



Estrategias terapéuticas para el manejo de la depresión en pacientes crónicos desde tres paradigmas de la psicología

Psicología Clínica y Psicoterapia

- **Amparo del Pilar González**
Leidy Alejandra Ríos
Lina María Ruiz
Wendy Mariza Solórzano
Fundación Universitaria Los Libertadores
Bogotá D.C., Colombia.

Resumen

- El presente trabajo busca orientar al lector, acerca de las estrategias terapéuticas de los paradigmas humanista, cognitivo conductual y psicodinámico para el manejo de la depresión en pacientes crónicos con enfermedades como: la diabetes, el cáncer y la insuficiencia renal crónica (IRC). Para llevar a cabo dicho objetivo, a lo largo del artículo se realiza una breve descripción de las características de dichos paradigmas con sus respectivos fundamentos epistemológicos, antecedentes históricos y estrategias terapéuticas, así como de las enfermedades crónicas como: el cáncer, diabetes e insuficiencia renal crónica. A partir de lo anterior, se encontró que los tres paradigmas se ajustan funcionalmente al manejo de pacientes oncológicos, diabéticos y con insuficiencia renal crónica que presentan depresión, ya que cada una de las terapias de estos enfoques poseen dentro de su modalidad sus propias bondades, que permite que el lector se oriente y elija de acuerdo a sus necesidades la estrategia terapéutica más oportuna.

Palabras clave: Depresión, enfermedad crónica, estrategias terapéuticas

Los pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas padecen afectaciones tanto físicas como psicológicas debido a factores como la medicación y el estrés generado por el diagnóstico. Por lo tanto, es importante realizar un adecuado abordaje psicológico a través de estrategias terapéuticas eficaces para el manejo de la enfermedad en relación a la aparición de la depresión, con el fin de contribuir a factores como el mejoramiento de la calidad de vida y autopercepción de la enfermedad, entre otros.

A lo largo del presente artículo se abordarán los enfoques humanistas, cognitivo conductual y psicodinámico, con el objetivo de orientar al lector respecto a las diferentes estrategias terapéuticas para el manejo de la depresión en pacientes con enfermedades como la diabetes, cáncer e insuficiencia renal crónica (IRC), esto ya que la OMS resalta que las enfermedades crónicas mencionadas anteriormente son las más recurrentes y con un alto índice de mortabilidad. De acuerdo a lo anterior, se pondrán a disposición las diferentes características de cada una de las estrategias terapéuticas para el abordaje de la depresión.

Inicialmente se expondrá el enfoque humanista centrado en la logoterapia, la cual busca que la persona encuentre un sentido y significado a su vida a pesar del problema o situación conflictiva por la que esté pasando, insistiendo en la actitud valerosa de desarrollar ante el sufrimiento inevitable, estrategias que permitan minimizar el dolor.

Por otro lado, el enfoque cognitivo conductual busca que la persona adquiera recursos y herramientas personales que le permitan afrontar los diferentes retos y situaciones que surjan a lo largo de su vida. De esta forma, la persona adquiere recursos de afrontamiento, autonomía e independencia personal.

En cuanto al enfoque psicodinámico, este busca modificar el comportamiento y la estructura de la personalidad por medio de la psicoterapia, la cual pretende analizar el origen de las experiencias subjetivas que son percibidas como sufrimiento.

Finalmente, nuestro interés se centra en poner a disposición las diferencias existentes en cuanto al modo de intervenir de dichos paradigmas, con el fin de que el lector obtenga una orientación acerca de cuál es la más pertinente para el manejo de la depresión en el paciente crónico.

Enfermedad Crónica

La enfermedad crónica es un proceso cuya duración supera los tres meses y posee las siguientes características: lento progreso o no percepción de los síntomas iniciales, poca probabilidad de curación, mínima posibilidad de prevenirlas y/o controlarlas. De igual manera se puede mencionar como enfermedades crónicas: las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, la insuficiencia renal crónica, las enfermedades respiratorias crónicas -enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma y la diabetes, entre otras (Beratarrechea, 2010).

Enfermedad crónica y depresión

Los cuadros depresivos y los síndromes dolorosos pueden estar relacionados y pueden potenciarse. Aunque no está demostrado totalmente, hay una relación causa-efecto y es muy frecuente la ideación suicida entre los pacientes cancerosos con dolor (Gilbert, 2006). Dado que la autopercepción de funcionalidad en el paciente crónico disminuye debido a los diferentes cambios que trae consigo el manejo de la enfermedad: la asistencia frecuente a centros hospitalarios, la toma rigurosa de medicamentos que en su mayoría tienen repercusiones, no solo físicas sino emocionales, pueden llegar a ser precipitantes de la aparición de la depresión.

La depresión se puede manifestar por síntomas emocionales y físicos. Entre los síntomas somáticos se encuentran aquellos como: el dolor de espalda, las cefaleas, pérdida de energía, cansancio y alteraciones gastrointestinales. En cuanto a los emocionales se pueden encontrar la ansiedad, irritabilidad y rumiación del pensamiento, entre otros. Un estudio epidemiológico reciente del

Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), mostró que pacientes con ansiedad y depresión presentaban síntomas dolorosos, especialmente las mujeres. De igual manera, este tipo de síntomas en la depresión podrían deberse a un aumento de la susceptibilidad a la disforia psíquica y a una tendencia a magnificar la pérdida de la funcionalidad física debido al estrés psicológico. Según Gilbert (2006), esto podría ser una respuesta comportamental mal adaptativa a un dolor que se sufrió al principio y que luego desapareció y, una segunda posibilidad, es que el dolor haya sido el desencadenante o agravante de la depresión.

Cáncer

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012), refiere que el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos, o masa anormal de tejido maligno conocido como neoplasias.

El cáncer es un proceso de crecimiento y propagación incontrolada de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Las características de esta enfermedad son: tamaño y número de tumores, diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos, tipo de célula y grado del tumor, qué tanto se parecen las células cancerosas al tejido normal, presencia o ausencia de metástasis (OPS, 2012).

Las personas hospitalizadas o con enfermedades crónicas complejas como el cáncer, pueden presentar síntomas que no les permiten alcanzar los criterios diagnósticos y no mostrar un deterioro significativo, por lo que a menudo son subdiagnosticadas y subtratadas por los médicos. Es allí donde se evidencia en pacientes con alguna enfermedad crónica que no percibieron los síntomas de ésta, la precipitación de síntomas de ansiedad y depresión que de alguna u otra manera desequilibran el funcionamiento de las áreas vitales como: área personal, familiar, laboral, etc.

Insuficiencia renal crónica

Según Torres (2003), la insuficiencia renal crónica (IRC) es definida como un problema de salud pública a nivel mundial, dicha enfermedad generalmente no muestra síntomas tempranos sino cuando se presenta una insuficiencia renal irreversible, que conlleva a posibles procedimientos de diálisis (hemodiálisis) y trasplantes de riñón. Se ha demostrado que los pacientes que presentan IRC, sufren afectaciones a nivel social, psicológico, económico, entre otros. Lo anterior basado en un estudio realizado en España cuyos resultados arrojaron que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis no solo presentan afectaciones a nivel físico, sino en el estado emocional y el grado de funcionalidad, interfiriendo en las actividades diarias y en su calidad de vida; según Seguí, Amador y Ramos (2010) la desesperanza, la depresión y el grado de preocupación, pueden ser consecuencias de esta disminución significativa de la calidad de vida.

Diabetes

La diabetes es una condición crónica, la cual no permite que el cuerpo produzca insulina o que no la pueda utilizar apropiadamente, resultando en exceso de glucosa en la sangre; la insulina es una proteína producida por el páncreas que ayuda al cuerpo a utilizar o almacenar la glucosa de la comida. Esta proteína transforma el azúcar, el almidón y otros compuestos orgánicos provenientes

de la comida en la energía necesaria para el funcionamiento del cuerpo. De esta manera, si la glucosa no puede entrar a las células y tejidos que la necesitan, se acumula en la sangre y produce una serie de efectos negativos en el cuerpo. Aunque no hay una causa identificada para la diabetes, tanto factores genéticos y ambientales (obesidad, falta de ejercicio, etc.) aparentan contribuir al desarrollo de la misma (OPS, citado por Jiménez y Dávila, 2007).

Jiménez y Dávila (2007) relacionan la depresión con la diabetes, refiriendo que dicho trastorno es una respuesta al estrés psicosocial que se da por la enfermedad y su manejo (restricciones en la dieta, carga económica, cambios en el estado de ánimo y los síntomas de la diabetes). Por otro lado, Lustman, Griffith y Clouse (citados por Jiménez & Dávila, 2007) refieren que se producen cambios neuroquímicos y neurovasculares asociados con esta patología, lo cual sugiere que la depresión en la diabetes también puede ser causada por cambios estructurales en el cerebro.

Con base en lo anterior, se relacionarán a continuación diferentes estrategias terapéuticas para el manejo de la depresión en el paciente con enfermedad crónica desde los paradigmas humanista, cognitivo conductual y psicodinámico.

Enfoque Humanista

Antecedentes históricos de la logoterapia

En este enfoque se tomará como referencia a la logoterapia, que tiene como objetivo la búsqueda del sentido ante situaciones adversas como puede ser el afrontamiento de una enfermedad crónica. Dicha técnica parece ser adecuada para el manejo de pacientes crónicos ya que proporciona herramientas para ayudar a contribuir a una mejoría en la calidad de vida por medio del reconocimiento de los propios recursos internos.

Según Martínez (2007), la logoterapia es la Tercera Escuela Vienesa de psicoterapia, esta nace en la década de los 30 con su creador Viktor Frankl (1905-1997). Dicha terapia, podría definirse como un modelo de pensamiento dirigido a capacitar a los clientes a descubrir significados en sus vidas. Según Salomón y Díaz (citado por Paredes, 2015), la logoterapia es una propuesta psicoterapéutica que se centra en hacer conciencia de la propia libertad, aumentando la responsabilidad ante la vida. Tal responsabilidad se relaciona con el hallazgo y vivencia de valores de estar abierto al mundo de forma auténtica. Según Kroeff (2011), para Viktor Frankl el objetivo de la logoterapia es acentuar el dinamismo de la existencia humana, el deseo de realizar acciones que justifiquen el sentido de la vida. Allí aparece el origen de la espiritualidad que conlleva a que la persona trascienda a un estado de paz y tranquilidad, mejorando su calidad de vida.

Estrategias terapéuticas para el manejo de pacientes crónicos.

Diálogo socrático. Esta psicoterapia según Martínez (2007) es definida como la conversación que busca de manera funcional ayudar al desarrollo del encuentro del cliente consigo mismo. Se da cuando el consultante enfatiza en los aspectos positivos, evitando la hiperreflexión, la cual se refiere (en el caso de un paciente con alguna enfermedad) a que esté únicamente centrado en la enfermedad, cuestionándose el porqué de la misma. Ayuda al paciente a cambiar la perspectiva desde la manera cómo interpreta los acontecimientos, dando por hecho que la persona busque en sí misma las respuestas. Como, por ejemplo: ¿Qué puedo hacer para asumir de la mejor manera mi

enfermedad?, ¿Qué cosas quiero hacer? ¿Qué metas quiero cumplir? Lo anterior, con el fin de encontrar un sentido verdadero en cada situación.

Dereflección. Según Martínez (2007), el objetivo de esta técnica de acuerdo con lo expuesto por Viktor Frankl, es que el consultante aprenda a ignorar los síntomas, apartando el sufrimiento o preocupación, dado que entre más haya rumiación del algún pensamiento relacionado a la problemática, la persona tiende a desgastarse mentalmente empeorando la situación. En el momento en que se rompe la hiperreflexión el organismo recobra su funcionamiento habitual normal y su estabilidad.

Círculos de diálogo existencial: Según Montaña, Knudson y Giraldo (2006), los círculos de diálogo existencial (CDE), fueron creados por el psicólogo colombiano José Arturo Luna, director del Instituto Colombiano de Logoterapia. Los CDE tienen como objetivo, buscar una comunicación existencial significativa entre las personas que participan para prevenir la soledad y la depresión, favoreciendo la catarsis en la persona. Lo anterior hace referencia a que determinada persona se pueda desahogar sin ser criticada ni juzgada. La dinámica de los CDE se desarrolla en encuentros semanales con un grupo de 10 o 15 personas de diferentes clases sociales y culturales, beneficiando la riqueza de opiniones, de diálogo y conocimiento.

Las sesiones del CDE se desarrollan con temas existenciales relacionados con el sufrimiento, la muerte, la voluntad, búsqueda de sentido, la responsabilidad, la libertad y el amor; esto a partir de un concepto denominado pistas primarias, que consisten en expresar de manera libre parte de la biografía de quienes participan, incluyendo experiencias dolorosas o agradables que hayan experimentado en el transcurso de la semana. Por otro lado, se encuentran también las pistas secundarias, que consisten en propuestas o inquietudes que son expresadas por los participantes o temas que el animador del círculo haya incluido en la sesión (Luna, citado por Montaña, Knudson & Giraldo, 2006).

Otra técnica desarrollada en los CDE son los diarios de viaje, consiste en hacer que los participantes describan voluntariamente en un cuadernillo o libreta al finalizar el encuentro, la forma como se sintieron durante la sesión con relación al grupo. El objetivo es que el diario de viaje recoja las impresiones sentimentales, afectivas y emotivas de las personas, favoreciendo de manera especial la espontaneidad (Luna, citado por Montaña, Knudson & Giraldo, 2006). Esto motiva a que las personas que se encuentran en profunda depresión, por ejemplo por el sufrimiento de una enfermedad crónica, sientan el apoyo y comprensión necesario para aferrarse a lo que realmente genera un sentido y significado en sus vidas.

Enfoque Cognitivo Conductual

Antecedentes históricos de la terapia cognitivo conductual

Para abordar las estrategias terapéuticas de este enfoque, es importante tener en cuenta que, a lo largo de su desarrollo, se dieron distintas etapas marcadas por tres generaciones, las cuales han tenido cambios que han venido transformando la terapia cognitivo conductual y sus diferentes estilos.

Primera generación

Esta etapa se sitúa en la década de 1950. Allí se instaura la terapia psicológica sustentada en principios científicos, dados generalmente sobre la psicología del aprendizaje, a partir de dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. La terapia de conducta en la línea del condicionamiento clásico maneja técnicas como la desensibilización sistemática y la exposición, las cuales dan respuesta a problemas clínicos relacionados con miedo, ansiedad y obsesiones. Por otro lado, en la línea del condicionamiento operante, se identificaría como análisis aplicado de la conducta y sus consecuencias (Pérez, 2006).

Segunda generación

Según Pérez (2006) esta generación estuvo marcada por la terapia cognitivo conductual, la cual es la terapia psicológica más representativa en el movimiento de los tratamientos psicológicos en las que intervienen las cogniciones, creencias, pensamientos, expectativas y atribuciones como causantes de los problemas emocionales y conductuales. En esta etapa cada trastorno posee su propia condición, déficit o disfunción cognitiva específica.

Tercera generación

Según Pérez (2006) se aprecian en las terapias concretas que la constituyen como, la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia de activación conductual, la psicoterapia analítico-funcional, entre otros, las cuales tienen como principio terapéutico el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida.

Estrategias terapéuticas para el manejo de pacientes crónicos

Echeburúa, Salaberria, De Corral y Polo-López (2010), en su artículo “Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos del futuro”, refieren una lista de diferentes trastornos con los respectivos tratamientos psicológicos para su manejo. Dentro de los cuales se encuentran el dolor crónico y cáncer, por lo que a continuación se revisará cada una de las terapias propuestas por dichos autores.

Técnicas cognitivas. Este tipo de técnicas se caracterizan por el desarrollo de un automonitoreo del paciente, desde lo habitual hacia zonas que corrientemente no son conscientes o están poco advertidas. Igualmente se caracterizan por dejar tareas a los pacientes, los cuales por medio de autoregistros deben identificar pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas imágenes y sentimientos espontáneos que rodean las situaciones cotidianas.

Cebolla y Miro (2006) realizaron una investigación acerca de la eficacia de un programa de ocho semanas de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) sobre población con sintomatología depresiva; la muestra estuvo constituida por 69 sujetos, de los cuales 38 recibieron el tratamiento en TCAP, y 31 recibieron la intervención usual en las unidades de salud mental, lo que indica que se tuvo un grupo control y un grupo experimental. De esta manera se adaptó el programa de TCAP con el fin de prevenir las recaídas a pacientes con síntomas de depresión, tanto de larga como de corta duración, que no estuvieran en fase aguda. Dicho estudio, dio como resultado que tal adaptación es viable y ofrece a los pacientes una nueva herramienta para enfrentarse al sufrimiento de un modo más eficaz.

Técnicas conductuales. Estas técnicas provienen del conductismo y de la teoría del aprendizaje, poseen diferentes objetivos para el manejo de la depresión con el fin de modificar conductas que no

contribuyen a un adecuado manejo de dicho trastorno en el paciente, dichos objetivos son: a) obtener durante el desarrollo de la primera sesión la historia, el diagnóstico, establecer tareas para el hogar y pautas para próximas sesiones. b) explorar el impacto de las actividades sobre el estado del ánimo y el impacto del pesimismo en las actividades diarias, igualmente discutir la adherencia al tratamiento. c) lograr con el paciente el conocimiento del concepto de pensamiento automático, disfunción cognitiva y autopercepción para la identificación de distorsiones cognitivas y su impacto en los pensamientos, así como técnicas para desafiar pensamientos automáticos (Figuroa, 2002).

Psicoterapia interpersonal para la depresión. Esta terapia está diseñada para el tratamiento psicoterapéutico de la depresión como una alternativa breve, concisa y complementaria para la Depresión Mayor (Heerlein, 2002). La PIPD está centrada en los problemas psicosociales e interpersonales de la persona en demanda de tratamiento, puede servirse de algunos de los conceptos de la terapia cognitiva, en la medida que contribuyan a acrecentar las habilidades interpersonales del enfermo y su dominio sobre el propio contexto psicosocial. Esto último hace de la PIPD una herramienta terapéutica esencialmente ecléctica.

Las principales características de la PIPD según Heerlein (2002) son: su racionalidad que supone una causalidad bio-psico-social y una limitación en la capacidad de adaptarse o manejar el estrés psicosocial o interpersonal, su foco se centra en problemas sociales o dificultades interpersonales actuales, el terapeuta ocupa un rol activo, de apoyo, esperanzador y no-neutral, se organiza en sesiones semanales individuales y su tratamiento posee una duración breve de 12-20 sesiones.

Terapia cognitivo conductual como complemento a los tratamientos médicos. Esta terapia tiene como objeto el análisis, la modificación y la reducción de conductas identificadas como conductas problema. Según Moix & Casado (2011), la terapia cognitivo conductual es una de las más eficaces para el tratamiento del dolor en pacientes crónicos. En un estudio realizado a este tipo de pacientes a los cuales se les aplicó la terapia cognitivo conductual y tratamientos médicos habituales a la par, se encontró como resultado el efecto adicional que dicha terapia ofrece como coadyuvante de los procedimientos médicos, comparados con las personas que únicamente reciben este último tipo de tratamiento. “Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos” (Moix & Casado, 2011, p. 44).

En la actualidad, son pocos los centros hospitalarios que ofrecen acompañamiento psicológico al paciente crónico, muchos de éstos los recibe el paciente cuando da muestra de síntomas psíquicos de trastornos como la ansiedad o la depresión, entre otros. Dado lo anterior, es importante que, y como lo demuestran los resultados del estudio citado anteriormente, a la par de los tratamientos médicos se realice un adecuado acompañamiento emocional por parte de profesionales en psicología, que ayuden a la mejoría de estados de ánimo negativos y a proporcionar herramientas al paciente crónico para la aceptación de su enfermedad.

Programa multicomponente. Dentro de la amplia gama de terapias que posee el enfoque cognitivo conductual, se encuentra el programa multicomponente, que según Vallejo (2005) es una de las técnicas más utilizadas en la psicología clínica para el manejo del dolor en pacientes con enfermedades crónicas. Dicho programa, además de incluir elementos cognitivos, conductuales y emocionales, maneja el uso de técnicas de afrontamiento y relajación, las cuales están compuestas por técnicas como el biofeedback o bioretroalimentación, (que consiste en que un sujeto mediante

instrumentos electrónicos sea consciente de los cambios fisiológicos como: la presión arterial, el ritmo cardiaco, entre otros).

En Madrid (España) fue realizado un estudio, en el cual se aplicó un programa multicomponente cuyo objetivo fue la reducción de tabaquismo de una paciente fumadora. Dicho estudio estuvo compuesto por técnicas como: control de estímulos, reestructuración cognitiva, técnicas de sugestión para incrementar la eficacia del condicionamiento aversivo, estrategias de reducción de ansiedad y prevención de recaídas en situaciones difíciles, entre otros.

Los resultados arrojaron un descenso significativo en el consumo de tabaco (Montero & González, 2001). Dichos resultados, a pesar de no estar relacionados con el manejo de pacientes crónicos, son una muestra de que el programa multicomponente es eficaz y su aplicación se puede dar en pacientes crónicos, siempre y cuando se haga un análisis detallado sobre las conductas de éste y las estrategias terapéuticas que mejor le convendrían de acuerdo con las problemáticas presentadas.

Terapia de grupo. Es una forma poco convencional de terapia, guiada por un psicólogo profesional, a la cual normalmente asiste un grupo pequeño de personas que comparten una temática en común. El objeto de esta terapia es ayudarse individual y mutuamente para la adquisición de habilidades cognitivas y conductuales por medio de la experiencia grupal. Esta terapia parece ser eficaz para el tratamiento de pacientes crónicos, teniendo en cuenta las problemáticas de tipo psicosocial que normalmente subyacen a la enfermedad y el alto número de pacientes que actualmente han sido diagnosticados con algún padecimiento crónico.

Los resultados de un estudio pre y post test realizado en Barcelona por Font y Rodríguez (2004), aportan evidencia sobre la eficacia de esta estrategia terapéutica. En dicho estudio se trabajó con 69 pacientes con cáncer de mama por medio del cuestionario de calidad de vida de Font cuyos resultados indicaron que “las pacientes que participaron en el grupo de apoyo valoran su vida actual de manera mucho más satisfactoria que cuando iniciaron la intervención después de la terapia de grupo, también se evidenció mejoría en el estado emocional y una disminución significativa de la depresión” (Font y Rodríguez, 2004, p. 67). La expresión emocional como bondad de esta terapia, contribuye en pacientes crónicos emocionalmente resistentes a la liberación emocional y ayuda a la adaptación emocional de su enfermedad, evitando la aparición de trastornos como la depresión.

Enfoque Psicodinámico

Antecedentes históricos de la terapia psicodinámica

El origen del psicoanálisis se remonta a tiempos de Charcot, en Francia a finales del siglo XVIII por medio de un caso hipnosis necesario para su nacimiento. Dicho enfoque inició con el tratamiento de pacientes llamadas “histéricas” que presentaban diversos síntomas, como cegueras o parálisis, sin explicación biológica alguna, provocando actitudes diversas dentro de la medicina. La hipnosis fue uno de los recursos que propuso el padre del psicoanálisis Sigmund Freud, en 1856. Freud propuso la teoría del psicoanálisis que tuvo su máximo clímax en el mundo occidental durante la primera mitad del siglo XX, siendo uno de los precursores de la psicoterapéutica breve psicoanalítica, la cual se interesa en conocer el pasado como verdad objetiva del conocimiento en sí mismo, también señala que la mente guarda recuerdos y emociones en nuestro subconsciente transformando la manera en la que los profesionales estudiaban la mente humana (Rodríguez, 2003).

Estrategias terapéuticas para el manejo de pacientes crónicos

“La psicoterapia dinámica breve es un práctica que nació del psicoanálisis, demostrando una adecuada eficacia y efectividad en la atención a la salud mental” (Sánchez & Barranco, 2001, p. 9). Según Brainsky (2003), el objeto de la terapia psicodinámica es modificar el comportamiento y la estructura de la personalidad del paciente mediante la utilización de la relación analista-analizado a través del lenguaje verbal y en el contexto específico en el cual se ubica esta relación. El modelo básico sobre el cual se fundamenta la gran mayoría de las psicoterapias es la necesidad de compartir los conflictos y de intentar resolver las contradicciones.

Situación analítica. Abarca la totalidad de las transiciones que se llevan a cabo en el campo configurado por el psicoanálisis y el analizado desde el comienzo de su tratamiento hasta su finalización, comprendiendo la aplicación de un encuadre y proceso (Brainsky, 2003). Durante dicha intervención es importante ubicar al analizado en condiciones operativas constantes, favoreciendo el relajamiento de las actitudes de control, es decir regulando los niveles de ansiedad o estrés que se presenten en el analizado. De esta manera, se aseguran las capacidades de observación del yo y se evita que el analizado encuentre en el tratamiento satisfacciones sustitutivas, pues el fin es modificar los mecanismos de defensa a favor del consultante.

La Psicoterapia breve intensiva y de urgencias (PBI). Según Sánchez y Barranco (2001), la PBI se considera una técnica terapéutica que aporta cambios psicológicos significativos en un tiempo menor del requerido habitualmente, el proceso de psicoterapia breve se desarrolla en un lapso de 1 a 6 sesiones, una sesión por semana. Dado lo anterior, es importante tener en cuenta los siguientes factores para la aplicación de la PBI:

Énfasis en el afecto y la expresión de la emoción. Según Bellak (2000), la terapia psicodinámica anima a la exploración y la discusión de todo el abanico de emociones del paciente. El terapeuta lo ayuda a describir y a poner en palabras los sentimientos, incluyendo aquellos que son contradictorios. Por otro lado, se reconoce que la perspectiva intelectual no es la misma que la perspectiva emocional, la cual se encuentra en un nivel profundo y conduce hacia un cambio, razón por la cual las personas que son conscientes de sus emociones, afectos y sentimientos, pueden explicarse a sí mismos los motivos de sus dificultades, aunque el hecho de entenderlas no les ayude a superarlas.

Exploración de los intentos de evitar pensamientos y sentimientos angustiantes. Las personas basan su manera de actuar de manera consciente e inconsciente para evitar la angustia. Esta evitación defensiva o de resistencia en términos teóricos, pueden adoptar actitudes como: el no presentarse a las sesiones, llegar tarde o mostrarse evasivo, cambios sutiles de tema cuando aparecen en la conversación ciertas ideas, centrarse en aspectos secundarios de una experiencia en lugar de centrarse en lo que es psicológicamente significativo, poner atención en hechos y acontecimientos, excluyendo el afecto y centrándose en circunstancias externas en lugar de centrarse en el propio rol en la configuración de los acontecimientos. Todos estos elementos son de vital importancia para los terapeutas psicodinámicos quienes ponen énfasis y exploran activamente dichas evitaciones (Bellak, 2000).

Identificación de temas y patrones recurrentes. Los terapeutas psicodinámicos trabajan para identificar y explorar temas y patrones recurrentes en los pensamientos, sentimientos y

autoconceptos, relaciones y experiencias vitales del paciente. En algunos casos el analizado puede ser plenamente consciente de los patrones recurrentes que le resultan dolorosos o autodestructivos, pero se siente incapaz de escapar de ellos (Bellak, 2000).

Discusión sobre experiencias del pasado (enfoque evolutivo). En cuanto a la identificación de temas y patrones recurrentes, Bellak, (2000) refiere que el reconocimiento de las experiencias del pasado, especialmente las experiencias tempranas relacionadas con la afectividad, tienen un efecto sobre nuestra relación con el presente.

Énfasis en las relaciones interpersonales. La terapia psicodinámica hace fuerte énfasis en las relaciones y en la experiencia interpersonal del paciente: relaciones objétales y afectivas, en términos teóricos (Bellak, 2000). Los aspectos adaptativos como los no adaptativos de la personalidad, así como el concepto de sí mismo, se forjan en el contexto de las relaciones afectivas, y las dificultades psicológicas que surgen con frecuencia cuando patrones interpersonales problemáticos interfieren en la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades emocionales.

Exploración del mundo de la fantasía. En contraste con otras terapias en que el terapeuta puede estructurar las sesiones activamente o seguir un orden predeterminado, la terapia psicodinámica anima a los pacientes a hablar libremente sobre cualquier cosa que tengan en su cabeza. Cuando los pacientes lo hacen necesitan una ayuda considerable del terapeuta antes de poder hablar libremente, sus pensamientos tocan muchas áreas de la vida como: deseos, miedos, fantasías, sueños e ilusiones, que en muchos casos nunca antes habían intentado poner en palabras (Bellak, 2000).

La Psicoterapia breve intensiva y de urgencias de las enfermedades físicas o cirugías. Según Bellak (2000) la psicoterapia breve juega un papel muy importante en los casos de enfermedades físicas. Dicha terapia se utiliza a solicitud del médico o del paciente y normalmente se realiza en aquellos que presentan un estado de shock cuando se les informa de una posible afección maligna o intervención quirúrgica, aún más cuando la enfermedad o la secuela física se convierte en una perturbación crónica. Durante el curso de la enfermedad se establece una relación entre el paciente y su órgano afectado provocando cambios en la imagen corporal e imagen del órgano, por lo tanto, dichos cambios deben explorarse.

Las enfermedades crónicas pueden tener lugar en determinado contexto y dependiendo el caso a tratar, se establecen los objetivos y el tipo de técnica que se debe usar respecto a la enfermedad crónica que es percibida como la expresión sintomática de un aislamiento durante toda la vida. Por lo general, las medidas de apoyo son la mejor manera de tratar a estas personas y según Bellak (2000) se deben tener en cuenta los siguientes parámetros: a) explorar el concepto del paciente sobre la enfermedad o cirugía inminente, b) explorar el significado personal y el papel que juega la enfermedad, c) aplicación de la psicología de enlace con el paciente, d) establecer contacto con el médico o cirujano: en consecuencia, el terapeuta debe comunicar sus vivencias profesionales con el fin de aliviar el malestar psicológico, e) explorar el significado de la ansiedad: es necesario explorar los miedos específicos del paciente respecto a la enfermedad, y f) identificar ideas y miedos específicos a la muerte.

La Psicoterapia breve intensiva y de urgencias de la depresión

Según Bellak (2000), para el manejo de la depresión en psicoterapia breve es importante tener en cuenta la presencia y orden de los síntomas presentados en el paciente y atender los denominadores

comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. Después de escuchar con cuidado una historia, es importante formular el plan general de tratamiento en términos de las dinámicas generales y la estructura del trastorno, con el objetivo de realizar un plan individual para las áreas y métodos de intervención, adecuados para un paciente con pérdida de autoestima e inestabilidad psicológica.

Problemas de la autoestima. Explorar los antecedentes del paciente respecto a su autoestima o falta de ella, su nivel de introyección, el tipo de trauma o el nivel de aspiraciones (Bellak, 2000).

Un súper yo severo. Entendido como un componente que hace necesario desviar la agresión en contra del yo. El tratamiento debe incluir una exploración de la formación del superyó, sus componentes; manifestaciones y situación actual, encontrando denominadores comunes entre el pasado y presente a través de la interpretación (Bellak, 2000).

Sentimientos de desilusión y decepción. Los antecedentes deben estudiarse respecto a eventos previos relacionados al sentimiento de desilusión por objetos de amor (Bellak, 2000).

Narcisismo. Los pacientes depresivos por lo general padecen más narcisismo secundario que otros pacientes neuróticos. Sus relaciones son usualmente de naturaleza analítica (Bellak, 2000).

Negación. Para el tratamiento de la negación como el mayor mecanismo de defensa en la depresión, deben examinarse los antecedentes, buscando ocurrencias previas de negación y si fueron seguidas por depresiones o subsecuentes (Bellak, 2000).

Relaciones Objetales. La perturbación en las relaciones objétales es una variable principal en la depresión, esta debe tratarse examinando los antecedentes del paciente con el fin de observar la naturaleza de las relaciones. En los pacientes depresivos, la presencia de la perturbación es frecuente en la naturaleza analítica con un complemento del lenguaje que juega un papel predominante (Bellak, 2000).

DISCUSIÓN

Las estrategias terapéuticas de los paradigmas humanista, cognitivo conductual y psicodinámico se consideran fundamentales y juegan un papel muy importante a la hora de realizar una intervención en pacientes crónicos con depresión. A partir de la revisión documental se pudo concluir que los cuadros depresivos y los síntomas dolorosos pueden estar relacionados y pueden potenciarse. Aunque esto no está demostrado totalmente, hay una relación causa-efecto y es muy frecuente la ideación suicida entre los pacientes crónicos con dolor (Gilbert, 2006). Dado que la autopercepción de funcionalidad en dicho paciente disminuye debido a los diferentes cambios que trae consigo el manejo de la enfermedad, la asistencia frecuente a centros hospitalarios, la toma rigurosa de medicamentos (que en su mayoría tienen repercusiones no solo físicas sino emocionales en el paciente), pueden llegar a ser precipitantes de la aparición de la depresión.

De acuerdo a los enfoques revisados se identificaron variables como: el objetivo de cada uno de ellos, la duración de las terapias, si hay o no asignación de tareas para el paciente y que tan pertinentes son para el manejo de las enfermedades crónicas como: el cáncer, la insuficiencia renal crónica y la diabetes.

En cuanto a los objetivos de las tres terapias se evidencia similitud en el paradigma humanista y psicodinámico dado que ambos buscan tratar el sufrimiento. El primero, insistiendo en la actitud valerosa a desarrollar ante el sufrimiento inevitable, y el psicodinámico por medio de la psicoterapia al analizar el origen de las experiencias subjetivas que son percibidas como sufrimiento. En cuanto al enfoque al enfoque cognitivo conductual este busca que la persona adquiera recursos y herramientas personales que le permitan afrontar los diferentes retos y situaciones que le surjan a lo largo de su vida.

En relación a la duración de las terapias manejadas por los tres paradigmas, se identifica que el enfoque cognitivo conductual y psicodinámico son similares, el primero maneja de 6 a 8 sesiones dependiendo del logro de los objetivos terapéuticos. El segundo realiza 6 sesiones en las cuales se pretende focalizar en la comprensión del síntoma principal, resolver el conflicto y la recuperación de los recursos yoicos. Contrario al enfoque humanista que trabaja de 8 a 9 sesiones, obedeciendo a la evolución y aceptación del cliente. Respecto a la asignación de tareas, tanto el enfoque humanista como el cognitivo conductual designan tareas para realizar en casa, en cambio el enfoque psicodinámico no fija alguna actividad a realizar fuera de la psicoterapia.

Por otro lado, se encontró que los tres paradigmas se ajustan funcionalmente al manejo de pacientes oncológicos, diabéticos y con insuficiencia renal crónica que presentan depresión, ya que cada una de las terapias de estos enfoques poseen dentro de su modalidad sus propias bondades, lo que hace pertinente que el lector elija de acuerdo con sus necesidades, la estrategia terapéutica más oportuna para el manejo de determinado caso. Igualmente se recomienda para futuras investigaciones, contrastar la información con otros paradigmas para el enriquecimiento de la investigación.

Tabla 1.

Comparación por paradigmas en cuanto a: objetivo, duración, tareas asignadas y pertinencia en el manejo de enfermedades crónicas.

Humanismo	Cognitivo- Conductual	Psicodinámico
<p>Objetivo Busca que la persona encuentre un sentido y significado a su vida a pesar del problema o situación conflictiva por la que esté pasando, insistiendo en la actitud valerosa de desarrollar ante el sufrimiento inevitable, estrategias que permitan minimizar el dolor.</p>	<p>Objetivo Busca modificar los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales, en el pensamiento de sí mismo, del mundo y del futuro, con el fin que la persona adquiera recursos y herramientas personales que le permitan afrontar los diferentes retos y situaciones que le surjan a lo largo de su vida.</p>	<p>Objetivo Busca modificar el comportamiento y la estructura de la personalidad por medio de la psicoterapia, la cual pretende analizar el origen de las experiencias subjetivas que son percibidas como sufrimiento.</p>
<p>Duración de la terapia: Aproximadamente pueden ser de 8 a 9 sesiones dependiendo de la evolución y si el cliente presenta algún trastorno.</p>	<p>Duración de la terapia: De 6 a 8 sesiones dependiendo el cumplimiento de los objetivos propuestos inicialmente.</p>	<p>Duración de la terapia: Se realizan 6 sesiones, focalizado en la comprensión del síntoma, resolver el conflicto, y recuperación de los recursos yoicos.</p>
<p>Tareas a realizar: La asignación de tareas depende del motivo de consulta del cliente, sin embargo, es muy común el uso de diarios de viaje, los cuales consisten en que los participantes describan voluntariamente en un cuadernillo o libreta al finalizar del encuentro la forma como se sintieron durante la sesión.</p>	<p>Tareas a realizar: Si se maneja asignación de tareas, las cuales se caracterizan normalmente por auto registros, que buscan identificar pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, imágenes y sentimientos espontáneos que rodean las situaciones cotidianas.</p>	<p>Tareas a realizar: Este enfoque no maneja la asignación de tareas durante la psicoterapia.</p>
<p>Pertinencia en el manejo de enfermedades crónicas: El uso de la logoterapia en pacientes crónicos, permite manejar la ansiedad que produce el dolor de la enfermedad. Esta técnica maneja distintas estrategias funcionales para el manejo del sentido de vida (normalmente alterado en pacientes con enfermedades crónicas como: el cáncer, la diabetes y la insuficiencia renal crónica). Por lo que el uso de técnicas como el "optimismo trágico" que refiere que el paciente pueda sacar el mejor partido a partir de la tragedia, para luego ponerle al servicio del otro dejando en él y a otros una enseñanza de vida a lo que Frank llama reciclaje existencial.</p>	<p>Pertinencia en el manejo de enfermedades crónicas: Cáncer: de acuerdo a Colín (2008), la terapia cognitivo conductual contribuye de manera positiva en el manejo de pacientes oncológicos que presentan ansiedad y depresión, ya que interviene con las cogniciones, emociones y comportamientos. De igual forma, dicho enfoque aborda los eventos secundarios del cáncer como es el insomnio, entre otros. Insuficiencia Renal Crónica: para el tratamiento de la depresión en pacientes con esta enfermedad, se utiliza principalmente la técnica del auto registro.</p>	<p>Pertinencia en el manejo de enfermedades crónicas: Cáncer: La intervención profesional en el caso de un individuo diagnosticado con una afección maligna, sigue por lo general una serie de procedimientos. El primero de ellos permite que el paciente responda y se ajuste a su estado, con la ayuda del terapeuta quien hace lo posible para mejorar la respuesta adaptativa. El segundo se aplica cuando el paciente no puede sobre llevar la crisis de enfermedad mortal y se entrega a una negación masiva. Insuficiencia Renal Crónica: para pacientes con esta enfermedad, esta terapia contribuye frecuentemente al manejo de los rasgos típicos de una psicosis orgánica.</p>

Referencias

- Bellak, L. (2000). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva de Urgencias*, Mexico DF, El manual moderno, S. A. de C. V. México, recuperado de: <http://bit.ly/2V5jeoB>
- Beratarrechea, A. (2010). Actualización: Las enfermedades crónicas (Primera parte). *Evid Act Pract Ambu*, 13, (2) 68-73. Recuperado de: <http://bit.ly/2V9G12n>
- Brainsky, S (2003). *Manual de psicología y psicopatología dinámicas*. Bogotá: El ancora editores, 3R editores.
- Cebolla, A. & Miro, M. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista De Psicoterapia*, 18 (66/67), 135-153. Recuperado de: <https://bit.ly/2H8Or6w>
- Colin, A (2008). CBT. Improves quality of steep and reduces depression in cancer survivors. *Oncology Times* 5, 21. 69 -74. Recuperado de: <https://bit.ly/2WxbNrI>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. & Polo-López, R (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos del futuro. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 19 (3) 247-256. Recuperado de: <https://bit.ly/2YeS28M>
- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (1), 46-62. Recuperado de: <http://bit.ly/2V6IDhG>
- Font, A. & Rodríguez, E. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10 (2), 275 – 287 Recuperado de: <http://bit.ly/2V5JRtv>
- Gilbert, J. (2006). Antidepresivos, dolor y cáncer. *Psicooncología*, 3 (1), 107-120. Recuperado de: <https://bit.ly/2H6YQOJ>
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 40 (1), 63-76. Recuperado de: <https://bit.ly/2J4CuAQ>
- Jiménez, M., & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en psicología Latinoamericana*, 25 (1), 126-143. Recuperado de: <http://bit.ly/2V9t9tk>
- Kroeff, P. (2011). Logoterapia: Una visión de la psicoterapia. *Revista Enfoque Gestalt: Estudios fenomenológicos*, 17 (1), 68-74. Recuperado de: <http://bit.ly/2V9cupB>
- Martínez, E. (2007). *Psicoterapia y sentido de vida. Psicología clínica de orientación logoterapéutica*. Bogotá: Editorial Herder Ltda.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la Deprecian en adultos*, Pontevedra: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Moix, J. & Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud*, 22 (1), 41-50. Recuperado de: <http://bit.ly/2V4EVVD>
- Montaño, K., Knudson, P. & Giraldo, R. (2006). Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial. Editorial. 4, 65-79. Recuperado de: <http://bit.ly/2VbwMPk>

Montero G. & González, O. (2001). El empleo de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los programas multicomponentes en el tratamiento del tabaquismo: Estudio de caso único. *Clínica y Salud*, 12 (1), 121-139. Recuperado de: <http://bit.ly/2VcXl6V>

OPS (2012). *Cancer Publications*. [blog]. Recuperado de: <http://bit.ly/2V6LeIs>

OPS (2018). *El cáncer infantil*. [blog]. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/es/>

Paredes, A. (2015). La logoterapia: Una Psicoterapia fenomenológica. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 4 (2), 99-107. Recuperado de <http://bit.ly/2V4FcYI>

Pérez, A. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*. 5 (2), 159-172. Recuperado de: <http://bit.ly/2V4FVZW>



Rodríguez, A. (2003). Historia y Psicoanálisis, *Revistas Científicas de* 3). Insuficiencia Renal Crónica. *Revista*