



## **TESIS DOCTORAL**

**Señales que guían las decisiones exploratorias durante los primeros minutos de una  
entrevista inicial en pacientes con trastorno depresivos**

**Doctorando:** Lic. Nicolás Martín Genise (Legajo: 21037)

**Directora:** Dra. Beatriz Gómez

31 de mayo 2022

## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO 1: TOMA DE DECISIÓN</b> .....	<b>20</b>
2.1	INTRODUCCIÓN .....	21
2.2	TEORÍA DE LA RACIONALIDAD LIMITADA: “DESDE LA MIRADA TRADICIONAL HASTA NUESTROS TIEMPOS” .....	31
2.2.1	<i>Algoritmos de satisficing: heurísticos</i> .....	39
2.2.2	<i>Toma de decisión en el ámbito de la clínica psicológica</i> .....	46
2.2.3	<i>Toma de decisión clínica basada en la evidencia</i> .....	56
2.2.4	<i>Las representaciones de los trastornos mentales de los clínicos</i> .....	70
2.2.5	<i>Diagnóstico de los trastornos mentales</i> .....	75
2.2.6	<i>Decisiones clínicas para la depresión</i> .....	85
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 2: TRASTORNO DEPRESIVO</b> .....	<b>87</b>
3.1	ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA DEPRESIÓN .....	87
3.2	EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN .....	93
3.3	PREVALENCIA.....	103
3.4	CURSO DE LA DEPRESIÓN .....	106
3.5	SUBTIPOS DE DEPRESIÓN .....	112
3.6	DEPRESIÓN PERSISTENTE O CRÓNICA.....	119
3.6.1	<i>¿Qué favorece el desarrollo de la depresión crónica?</i> .....	120
3.7	PRECURSORES DE LA DEPRESIÓN MAYOR: EN SINTONÍA CON LA CLÍNICA.....	125
3.8	PREDICTORES DE RECURRENCIA .....	155
3.9	COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS UNIPOLARES.....	159
3.9.1	<i>Depresión y su relación con condiciones médicas específicas</i> .....	163
<b>4</b>	<b>VULNERABILIDADES Y RIESGOS DE LA DEPRESIÓN</b> .....	<b>167</b>
4.1	ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN .....	167
4.1.1	<i>Anormalidades del sistema monoaminérgico</i> .....	168
4.1.2	<i>Sistema de serotoninas</i> .....	170
4.2	LA PSICOBIOLÓGÍA DE LA DEPRESIÓN: MODELO DIÁTESIS/ESTRÉS .....	174
4.2.1	<i>Diátesis</i> .....	175
4.2.2	<i>Estrés</i> .....	177
4.2.3	<i>Sistema dopaminérgico en la depresión</i> .....	180
4.2.4	<i>Anormalidades en el sistema regulador hormonal</i> .....	181
4.2.5	<i>Alteraciones en la neurofisiología del sueño</i> .....	182
4.2.6	<i>Desarrollo del modelo cognitivo de la depresión y su correlación neurobiológica</i> .....	183
4.3	VULNERABILIDADES COGNITIVAS .....	185
4.3.1	<i>Correlatos biológicos del modelo cognitivo</i> .....	188
4.3.2	<i>Diátesis genética, neuropsicología, sesgos y factores cognitivos</i> .....	189
<b>5</b>	<b>EL DESAFÍO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTOJUVENIL</b> .....	<b>191</b>
5.1	¿DE QUÉ HABLAMOS CUÁNDO HABLAMOS DE INTERNALIZACIÓN?.....	196
5.2	PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO DEPRESIVO NIÑO Y ADOLESCENTE .....	197
5.3	FACTORES DE RIESGO.....	199
<b>6</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>205</b>
6.1	HIPÓTESIS: .....	205
6.1.1	<i>Objetivo general:</i> .....	205
6.1.2	<i>Objetivos específicos:</i> .....	205
6.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	205

6.3	PARTICIPANTES .....	208
6.4	RECOLECCIÓN DE DATOS .....	209
6.5	PROCEDIMIENTO .....	210
<b>7</b>	<b>ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....</b>	<b>212</b>
7.1	MÁS DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA .....	214
7.1.1	¿Cómo inicia la entrevista? .....	214
7.1.2	¿Qué te genero la paciente? .....	222
7.1.3	¿Qué te generan los pacientes deprimidos? .....	229
7.1.4	Ideas Preconcebidas.....	232
7.1.5	Exploración de la sintomatología depresiva .....	236
7.1.6	Comparación entre la descripción sintomática general (código BB) y la descripción prototípica (código G).....	245
7.1.7	Factores de riesgo .....	249
7.1.8	Comorbilidad.....	255
7.1.9	Análisis integrador .....	264
7.2	GRUPO 11 A 15 AÑOS DE EXPERIENCIA .....	281
7.2.1	Inicio de entrevista .....	281
7.2.2	¿Cómo inicia la entrevista? .....	287
7.2.3	¿Qué te genero la paciente? .....	292
7.2.4	¿Qué te generan los pacientes deprimidos en general?.....	303
7.2.5	Ideas preconcebidas.....	307
7.2.6	Sintomatología depresiva relevada (código bb y a).....	313
7.2.7	Comparación sintomatología depresiva relevada e imagen prototípica (código bb y g).....	322
7.2.8	Factores de riesgo (código b) .....	328
7.2.9	Sintomatología comórbida con trastornos de ansiedad .....	336
7.2.10	Análisis integrador .....	341
7.3	GRUPO 6 A 10 AÑOS DE EXPERIENCIA .....	356
7.3.1	Inicio de entrevista .....	356
7.3.2	¿Cómo inicia la entrevista? .....	362
7.3.3	¿Qué te genero la paciente? .....	367
7.3.4	¿Qué te generan los pacientes deprimidos en general?.....	369
7.3.5	Ideas preconcebidas.....	370
7.3.6	Sintomatología depresiva relevada (código bb y a).....	378
7.3.7	Comparación sintomatología depresiva relevada e imagen prototípica (código bb y g).....	387
7.3.8	Factores de riesgo (código b) .....	395
7.3.9	Sintomatología comórbida con trastornos de ansiedad (código c).....	404
7.3.10	Análisis integrador .....	407
7.4	GRUPO DE 1 A 5 AÑOS DE EXPERIENCIA.....	424
7.4.1	Inicio de entrevista .....	424
7.4.2	¿Cómo inicia la entrevista? .....	432
7.4.3	¿Qué te genero la paciente? .....	437
7.4.4	¿Qué te generan los pacientes deprimidos en general?.....	442
7.4.5	Ideas preconcebidas.....	442
7.4.6	Sintomatología depresiva relevada (código bb y a).....	457
7.4.7	Comparación sintomatología depresiva relevada e imagen prototípica (código bb y g).....	472
7.4.8	Factores de riesgo (código b) .....	480
7.4.9	Sintomatología comórbida con trastornos de ansiedad (código C) .....	488
7.4.10	Análisis integrador .....	494
<b>8</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>539</b>
<b>9</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>567</b>

9.1 FUTURAS DIRECCIONES ..... 569

**REFERENCIAS..... 571**

## Resumen

Los profesionales de la salud mental toman muchas decisiones en su práctica diaria que dirigen su atención y el tipo de tratamiento que brindan. Los dilemas clínicos a los que se enfrenta a diario llevan gran parte de los procesos de decisiones que debe afrontar. A pesar del acceso a una gran cantidad de información basada en la evidencia como las guías clínicas y los criterios diagnósticos se observa que muchas de las decisiones que se toman son influenciadas por distintas variables dinámicas y contextuales. En consecuencia, muchos de los juicios y decisiones clínicos a menudo son propensos a la inexactitud.

Al mismo tiempo, mientras que en los últimos años hemos aumentado nuestro conocimiento acerca de cómo una persona toma decisiones en situaciones de incertidumbre, poco se ha estudiado en cómo funciona dentro del proceso psicoterapéutico. Comprender los procesos mediante los cuales los terapeutas interpretan las señales de información brindadas por los pacientes, así como la manera en que identifican, seleccionan y emplean intervenciones terapéuticas específicas debe ser una preocupación central en los esfuerzos por mejorar la difusión y la sostenibilidad de prácticas efectivas.

La siguiente investigación de carácter cualitativo busca determinar cuáles son las señales (cue) que detectan los psicoterapeutas para identificar a un posible paciente con depresión. A su vez, busca determinar si existen variaciones entre el espectro de señales utilizadas por los clínicos expertos y los noveles. El primer parte de la tesis describe los aspectos teóricos centrales de cada una de las variables intervinientes. La segunda parte de la tesis se centra en el análisis y reflexión de las entrevistas realizadas y sus conclusiones.

*Palabras clave:* toma de decisión, proceso diagnóstico, trastorno depresivo

## Agradecimientos

Quisiera aprovechar este primer espacio para agradecer profundamente a todas las personas que me acompañaron he hicieron posible en el desarrollo de la esta tesis.

A la Doctora Beatriz Gómez, mi directora de tesis, por guiarme, acompañarme y aconsejarme desde el primer momento en que comencé a transitar esta larga aventura. La calidez y honestidad de sus palabras y consejos fueron sostén y soporte para la reflexión y desarrollo de este trabajo. Sin su ayuda no podría haber encontrado el camino y la confianza.

Quisiera agradecer también a mis compañeros, amigos y maestros de la Fundación Aigle por trasmitirme la importancia y la pasión de esta profesión apoyados sobre valores como la ética, la solidaridad y el compañerismo.

A mi amada compañera, Carolina, que con su amor, paciencia, solidaridad y honestidad me acompaño a lo largo de todo este viaje. No podría haberlo hecho sin ella.

A mis padres y hermanos que me enseñaron a buscar lo valioso de la vida.

A las autoridades, directivos y docentes de la universidad por sus constantes apoyos, colaboraciones y confianza.

## 1 Introducción

“Los procesos en la mente de los psicoterapeutas en general, y el proceso de formular hipótesis sobre sus pacientes en particular, son aspectos de la psicoterapia en gran parte descuidados. Por supuesto, existen conceptos prescriptivos, y hay algunas investigaciones relacionadas con cómo los terapeutas tienen éxito o fracasan al trabajar con dichos conceptos prescriptivos. Sin embargo, estos conceptos no se basan en una visión empírica integral de cómo se lleva a cabo normalmente el procesamiento de la información del terapeuta, ni son descriptivos”. Caspar (1997)

En las últimas décadas los problemas relacionados con la salud mental han aumentado de manera significativa. Dichos problemas comenzaron a ser reconocidos como un factor importante en diversas patologías como las enfermedades crónicas, las enfermedades terminales, condiciones degenerativas y adicciones (Carey et al., 2015).

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008), dando cuenta de la magnitud de la cuestión, publicó en 2008 un informe sobre la carga mundial de enfermedades, en el cual se marcaba que, en países en vías de desarrollo, 3 de cada 10 personas enfermas padecían algún trastorno de salud mental, mientras que, en países desarrollados, este número ascendía a 4.

Junto a los incrementos en las prevalencias de los problemas de salud mental, se dio un aumento en la demanda de efectividad y eficacia en las terapias (Carey et al., 2015).

La preocupación por los niveles de eficacia y efectividad en los tratamientos psicoterapéuticos no es nueva, sino que vio su inicio en la década del 50 junto al comienzo del auge de la ciencia cognitiva. En 1952 Eysenck publicó un controvertido artículo en el cual sostenía que los índices de mejoría de los pacientes que realizaban tratamiento psicoterapéutico eran inferiores al que no lo recibía por lo que su aplicación no era recomendada. En dicha

publicación resaltó la falta de evidencia científica aplicada en los tratamientos así como también de cifras que sostuvieran a la hipótesis de que la psicoterapia facilitaba la recuperación de desórdenes neuróticos (Eysenck, 1952).

Desde esta publicación en adelante, el arduo trabajo emprendido para demostrar la efectividad de la psicoterapia aumentó notablemente, junto al esfuerzo por identificar qué técnica terapéutica o enfoque producía, mejores resultados (Winkler et al., 1989).

En la década del 80, Smith et al. (1980) en un estudio meta-analítico sobre la eficacia de la psicoterapia, concluyeron que aproximadamente el 80% de las personas que recibían tratamientos psicoterapéuticos mejoraban en relación aquellas que no lo recibían. A su vez, se comprobó que los objetivos alcanzados en los tratamientos se mantenían en la mayoría de las condiciones clínicas (Hubble et al., 1999).

Si bien, estos resultados obtenidos marcaron una notable diferencia con los publicados por Eysenck, las investigaciones continuaron en busca de mejorar los índices de eficacia. En una primera instancia los esfuerzos se dirigieron, hacia el estudio de las variables específicas o técnicas utilizadas en los tratamientos. Al dar cuenta de solo un porcentaje del cambio terapéutico, se comenzó a estudiar las variables inespecíficas, que compartían los distintos modelos terapéuticos.

Dentro de estas variables se encuentran las vinculadas con la figura del terapeuta, tales como: la actitud para favorecer un clima de cambio, caracterizada por cierto nivel de empatía, de calidez, de aceptación incondicional, la personalidad del terapeuta y su estilo particular de ser terapeuta, el nivel de experticia o experiencia clínica que tenga y las habilidades que posee para identificar las características que tiene el paciente que dificulten el cambio como el tipo de problema o trastorno, como así también, las variables del paciente que influirán en la toma de

decisión que deberá realizar en los distintos momentos del proceso psicoterapéutico (Beutler et al., 1995; Goodyear et al., 2017; Wampold & Budge, 2012; Winkler et al., 1989).

Como parte del esfuerzo por aumentar los niveles de efectividad y eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas, en los últimos años, se comenzó a estudiar cómo toman decisiones los terapeutas (Schottenbauer et al., 2007). En este sentido, por ejemplo, Beutler y Clarkin (Beutler & Martin, 2000) desarrollaron un modelo de planeamiento de decisiones terapéuticas a partir del inter juego de distintos niveles. En el primero de estos se toma en cuenta las cualidades que caracterizan al paciente (tipo de síntomas, diagnóstico, expectativas, estilo de afrontamiento, rasgos de personalidad, resistencias, características del entorno, y características demográficas del paciente.). En el segundo de los niveles se encuentra el contexto del tratamiento (encuadre, intensidad, modalidad y formato). En el tercer de los niveles se encuentran las variables relacionadas con la naturaleza de la relación y en el cuarto nivel se encontrarán las estrategias técnicas a utilizar con determinado paciente. Como esto, se han realizado distintos intentos para desarrollar algoritmos que faciliten las decisiones de tratamiento basados en las características del paciente (Beutler, 1991) y cómo, a su vez, el clínico deberá re evaluar sus decisiones a medida que el paciente cambie (Beutler, 1991; Safran et al., 1988).

Las investigaciones sobre toma de decisión incluyen una gran variedad de métodos que van desde: los primeros estudios centrados en la precisión de los juicios diagnósticos y la teoría de la utilidad (Slovic & Lichtenstein, 1971; Tversky & Kahneman, 1973) hasta la teoría contemporánea de racionalidad limitada (Gigerenzer & Todd, 1999).

El estudio sobre la toma de decisión comenzó a cobrar mayor relevancia a mediados del siglo XX. Uno de los mayores referentes fue Herber Simon y su teoría de Racionalidad Limitada (RL), la cual buscaba explicar el modo de razonar y de actuar de las personas tomando en cuenta

los límites que tiene esta ante la toma de decisión en situaciones de incertidumbre como la cantidad de tiempo, el conocimiento y la capacidad computacional (Gingerenzer & Todd, 1999)

Esta teoría intenta explicar cómo una persona toma decisiones de manera rápida y eficaz en pos de alcanzar sus objetivos (Schottenbauer et al., 2007). La teoría de Racionalidad limitada asume que la persona, puede focalizar y asimilar una pequeña porción de la información presentada, por lo que será importante desarrollar su capacidad de discriminación para seleccionar la información pertinente para la toma de decisión (Hanoch, 2002).

Simon propuso que las personas buscan satisfacerse en lugar de optimizar, es decir que buscan una solución buena y suficiente en lugar de buscar la optimización y con ella, encontrar la mejor solución. Según el autor, las personas tienden a elegir el primer objeto que satisfaga su nivel de aspiración sin la necesidad de tomarse el tiempo necesario de espera para supervisar todas las opciones disponibles, estimar todas las probabilidades y utilidades de cada alternativa y elegir así, al objeto óptimo. El nivel de aspiración se irá modificando según la experiencia de la misma (Gingerenzer & Brighton, 2009).

La persona tendrá un rol activo en la búsqueda de los datos o señales para poder clasificarlos, de manera tal, que pueda tener una mejor comprensión de los hechos en los que debe decidir. La búsqueda y el reconocimiento de las señales, en general se realiza, tanto de manera interna a través de nuestra memoria, como externa a través de nuestro ambiente (Gingerenzer & Todd, 1999).

Gingerenzer and Goldstein (1996) a través del marco de la teoría probabilística de los modelos mentales (PMM) plantearon un inter-juego entre las estructuras de la tarea y del ambiente. A través de mecanismos inductivos, la PMM, utiliza el conocimiento limitado de cierto tema para realizar rápidas inferencias, a diferencia de modelos que utilizan mecanismos

deductivos, los cuales se localizan en tareas lógicas de preservación de la verdad (Dougherty et al., 2008). Entonces, las características de la situación en la que se deba decidir modificarán el cómo se lleve a cabo. En situaciones en donde el tiempo apremia la persona no utilizará toda la información posible, siendo más selectivo en cual utilizará, para esto, usará estrategias no compensatorias, es decir, que el valor de una pieza de información (*cue*) no puede anular el valor de otra pieza (Smith & Gilhooly, 2006).

La toma de decisión que realiza el psicoterapeuta desde el inicio y a lo largo del tratamiento marca la necesidad de desarrollo de un importante conjunto de habilidades por parte del profesional. Al trabajar con pacientes, estos deberán ser capaces de tomar decisiones de forma efectiva, no solo con respecto al tipo de tratamiento que deberá realizar, sin que también deberá poder tomar decisiones más detalladas con respecto a cómo administrar el tratamiento (Park et al., 2016).

Para tomar tales decisiones, los terapeutas podrán optar por la información provenientes de informes de referencia, comentarios del paciente, movimientos del cuerpo, resultados de pruebas o informes de otros profesionales. También podrán considerar las investigaciones relevantes, su capacitación, sus propias experiencias y el conocimiento obtenido de pacientes anteriores. Las decisiones que tome el terapeuta podrán ser construidas en base de una alianza de trabajo efectiva y de apoyo que se irá fomentando a medida que el trabajo avance. Pero también existirá el momento en el que deba tomar decisiones rápidas, las cuales serán evaluadas luego de su aplicación en un proceso de supervisión. Cuando un terapeuta se encuentra frente a un nuevo paciente, este será bombardeado con un gran número de información que deberá descifrar y manipular de manera rápida. Esta combinación de elementos crea una situación poco óptima para el desarrollo de decisiones precisas (Pfeiffer et al., 2000).

La psicoterapia implicará, desde su comienzo hasta el fin, una serie de decisiones, explícitas e implícitas, que realizará el terapeuta. Estas decisiones influirán indudablemente en la planificación, implementación y evaluación de diversas estrategias terapéuticas. Para ello será indispensable que el terapeuta realice una constante evaluación sobre sus intervenciones, como así también, del proceso y deberá especificar en términos medibles los objetivos junto a las técnicas a utilizar (Woolfolk, 1974).

En el campo de la salud, las decisiones que se deben tomar, en general, se basan en muchos factores, de los cuales muchos de ellos son ambiguos e inciertos. Como ya se ha mencionado algunos tendrán que ver con las características del paciente y del terapeuta (Jette et al., 2003). Se han realizado diversas investigaciones en el campo del juicio y toma de decisión clínica, pero estos hicieron focos en temas relativamente fáciles de abordar. Por ejemplo, algunos estudios describieron la confiabilidad entre evaluadores. Otros estudios buscaron determinar si los juicios basados en una pequeña cantidad de información (por ejemplo, los resultados de una sola prueba) concuerdan con los resultados de un gran conjunto de información (por ejemplo, juicios basados en una entrevista e información histórica). Otros temas más complejos han quedado fuera de la investigación, como por ejemplo, cómo recopila información un psicólogo clínico, si la forma en que describe o formula la información es la correcta o no, etc. (Garb, 2005).

Describir los procesos cognitivos de un psicoterapeuta clínico podría ser beneficioso para mejorar el entrenamiento y la práctica clínica en sí, ya que permitiría guiar a los profesionales que busquen entrenarse en psicoterapia de una manera más precisa por parte del entrenador/supervisor como, por ejemplo: a que información atender y relevar para la comprensión correcta del problema que presenta el paciente, a que señales tener en cuenta para

llegar a generar un proceso diagnóstico inferencial correcto.

Existe un creciente cuerpo de evidencia que apoya la idea de que la mente humana busca reglas y explicaciones de manera constante, que le den sentido a los datos entrantes relativos a su entorno y forme conceptos basado en sus teorías sobre el mundo (Garb, 2005).

En el estudio realizado por Kim and Ahn (2002) investigaron cómo operan los psicólogos clínicos (cómo es el razonamiento) en el dominio de los trastornos mentales. En dicha investigación los autores demostraron que, a pesar del hecho de que los psicoterapeutas cuentan con un manual teórico bien conocido, estos utilizan sus propias teorías cuando razonan sobre los trastornos mentales. Además, el estudio pudo determinar que la gran mayoría de las relaciones de los trastornos mentales en los psicólogos clínicos pueden ser clasificadas tanto como causales o implicando causalidad, aunque no niega la utilización de prototipos por parte del psicoterapeuta.

Es importante remarcar que los psicólogos clínicos se han visto guiados desde 1980 por manuales teóricos para el diagnóstico de los trastornos mentales ya que la mayoría de los trastornos mentales carecen de una patogénesis reconocida universalmente, lo que en el pasado llevó a la falta de fiabilidad entre los clínicos en el diagnóstico. Dicho manual buscó, independientemente de la orientación teórica del profesional, presentar grupos de síntomas característicos de cada trastorno (Kim & Ahn, 2002).

La creación y el establecimiento de la utilización del DSM buscó desde sus orígenes establecer un lenguaje común entre los clínicos, investigadores y funcionarios de la salud pública (Regier et al., 2013). La respuesta de su inclusión fue dramática y eficaz. En su primera publicación se detallaba definiciones de los trastornos mentales que, al ser utilizadas adecuadamente, se lograban resultados certeros. Su introducción produjo una revolución en el campo de la salud mental.

La utilización de los criterios diagnósticos explícitos en psicología y psiquiatría fue en un comienzo establecido con el propósito de facilitar las investigaciones y luego, con la aparición del DSM-III, para la utilización ordinaria de la práctica clínica con el fin de superar, en ambos casos, la ambigüedad y subjetividad inherente al proceso diagnóstico clásico y la variabilidad en la inclusión y exclusión de criterios utilizadas por los clínicos cuando resumían la información del proceso de admisión de los pacientes la cual fue considerada la principal fuente de escasas de confiabilidad de esos diagnósticos. Desde el comienzo, sin embargo, hubo ciertas ambivalencias en la psiquiatría americana dominante sobre las restricciones que representaría la utilización de criterios diagnósticos fijos al juicio clínico (Maj, 2013).

Spitzer (1983) en uno de los primeros documentos realizados sobre el desarrollo del DSM-III reconoció y remarcó que el uso específico de los criterios no excluía al juicio clínico, sino que su uso requería de una cantidad considerable de experiencia clínica y conocimiento psicopatológico y que, a pesar de todo, el juicio clínico era el que debía primar. Esto queda mejor aclarado con la introducción del DSM-IV, donde se afirmó que los criterios de diagnósticos explícitos estaban destinados a servir como directrices del juicio clínico y no para ser destinados a utilizarse como un libro de cocina de moda. En muchos casos los clínicos realizaban diagnósticos a través del juicio clínico donde, la presentación clínica cumplía escasamente los criterios diagnósticos pudiendo llevar al profesional a “forzar” en cierta medida esos criterios si los encontraba apropiado.

Con la llegada del DSM-V se buscó incrementar el énfasis en el juicio clínico marcando las limitaciones del enfoque operacional el cual no reflejaba los complejos pensamientos que se encuentran por debajo de las decisiones clínicas. Este nuevo énfasis que se le pone al juicio clínico para el diagnóstico buscando aumentar la capacidad de distinguir entre las respuestas

normales a los estresores psicosociales y la presencia de un trastorno hace que aumente la carga de responsabilidad sobre los clínicos en contextos en donde los casos límites son frecuentes (en centros comunitarios que se encuentren en zonas altamente castigadas por crisis económicas). Aquí las habilidades diagnósticas tradicionales se pueden volver insuficientes, por ejemplo, (Maj, 2013).

En los últimos años el diagnóstico de la salud mental ha enfrentado nuevamente una gran crisis de confianza causada, en esta oportunidad, por la inflación diagnóstica. El DSM agregó una gran cantidad de diagnósticos que se presentaron como variantes más severas del comportamiento normal. El concepto de expansión del desorden mental trae consigo consecuencias poco deseables. Se calcula que aproximadamente el 5% de la población general tiene un desorden mental y que el 15 a 20% adicional tiene condiciones más leves y/o temporales que son sensibles al placebo y a menudo, difíciles de distinguir de los problemas esperables de la vida cotidiana. La disparidad creciente entre la necesidad de tratamiento y la administración de este está a punto de empeorar. La nueva edición del manual, el DSM-V, ha introducido varios trastornos nuevos con bordes borrosos y también ha relajado los requisitos para muchos trastornos existentes. Dentro de los problemas más grande se dan en la exclusión por aflicción o duelo para el trastorno depresivo mayor, agrega un trastorno de los síntomas somáticos muy poco definido, reduce el umbral para el TDAH en adultos y el trastorno de estrés postraumático, agregando el diagnóstico para las rabietas, entre otros. (Frances, 2013).

Esta nueva edición del DSM-V fue la primera revisión importante de los criterios y clasificaciones desde 1994, con la aparición del DSM-IV. Uno de los objetivos principales de la creación del nuevo manual fue el abordaje de las limitaciones del DSM-IV, como así también la integración de las últimas evidencias científicas y clínicas de los trastornos mentales. El DSM-V

se basa en criterios de desórdenes explícitos, los cuales constituyen una nomenclatura de los trastornos mentales, junto a textos explicativos. Este nuevo manual incluye aspectos dimensionales, además de los categoriales, aunque, en última instancia, el diagnóstico sigue siendo en mayor medida una decisión de “sí o no” presenta “x” criterio, la utilización de especificadores, subtipos, clasificaciones de gravedad y evaluaciones de síntomas transversales. También busca proporcionar información clínicamente útil para la planificación del tratamiento y el seguimiento de resultados que, en la versión anterior, quedaban enmascarados bajo el diagnóstico residual de “no especificado de otra manera” (Regier et al., 2013).

En relación a investigaciones realizadas sobre cómo se toma decisiones en el ámbito de la clínica, Smith and Gilhooly (2006) realizaron una investigación donde compararon dos modelos de toma de decisión: el modelo regresión lineal de toma de decisión y el modelo Fast and Frugal (FF) desarrollado por Gigerenzer and Goldstein (1996), en la prescripción, por parte de médicos generales, de tratamientos para la depresión en Grampian, Escocia, y en el norte de Inglaterra.

A diferencia del modelo FF, el modelo de regresión lineal supone que para cada decisión la persona utilizará un gran porcentaje de atención, memoria y habilidades de procesamiento ignorando el impacto de procesamientos secuenciales. Esta aproximación es, a su vez, inflexible ya que considera, a diferencia del otro modelo, que las mismas piezas/señales de información serán utilizadas para tomar las mismas decisiones en diferentes casos.

Smith and Gilhooly (2006) resaltan la existencia de reportes donde se indica que la depresión, a pesar de la existencia de sofisticadas guías clínicas que orientan el reconocimiento y posterior tratamiento del desorden, es subdiagnosticada. Los autores sostienen que esto es debido a las complejas reglas lógicas utilizadas por las guías diagnósticas.

En la investigación que realizaron realizada, compararon a través de la presentación de

distintas viñetas, el modelo Matching Heuristic (MH) creado por Dhami (2003) en su investigación realizada en la toma de decisión judicial a través del modelo F&F. Este modelo se basa en la utilización de esquemas de codificación estructurada de lo observado a partir de señales de información (*cue*) con distintos niveles de validez y el modelo de regresión lineal. Como conclusión los autores marcan que con la utilización del modelo MH no solo se obtuvieron buenos resultados, sino que también, resultó ser una estrategia más flexible, simple y económica que la utilización del modelo de regresión lineal.

Otro ejemplo de cómo influye el aumento de complejidad en la toma de decisión es la investigación realizada por Redelmeier and Shafir (1995), donde estudiaron como los médicos toman decisiones ante la oferta de múltiples alternativas. La investigación se realizó a dos grupos distintos de médicos. Ambos grupos reciben una situación hipotética donde un paciente con determinados síntomas se deriva a cirugía. Ante esta situación, al grupo A se le dio una nueva información: el médico se daba cuenta que no había probado una medicación. Aquí, los participantes debían elegir entre enviar al paciente a cirugía o probar el medicamento. La mayoría de los participantes eligieron la segunda opción. El grupo B, ante la misma situación, el médico descubre que se habían pasado por alto dos medicaciones, por lo que los participantes deberán elegir entre continuar con el proceso quirúrgico, probar los medicamento A y B. Aquí la mayoría de los participantes eligieron continuar con la derivación a cirugía. El resultado de la investigación demostró que las personas ante el aumento de opciones (aumento de la complejidad de la elección) deciden continua con su idea original. Tversky y Shafir sostienen que al agregar opciones aumenta el nivel de conflicto en la decisión exacerbando la dificultad para realizar una elección.

En el campo de la psicología, Caspar (1997) examinó las decisiones de los

psicoterapeutas en una primera entrevista, a través de técnicas de reconstrucción para analizar el proceso, de manera minuciosa, que se da en la cabeza del psicoterapeuta. Este, luego de la sesión le pidió 3 veces al psicoterapeuta que describiera que había pensado durante los primeros 15 minutos de la sesión. En la primera de las oportunidades lo hizo sin ningún tipo de estímulo. Luego volvió a preguntarle, pero utilizando una transcripción, buscando generar un pequeño estímulo a su memoria y, finalmente, se proyectó el video. Caspar encontró en su investigación, que los procesos de pensamientos junto a la atención dirigida a ciertos datos difieren según la orientación teórica y el nivel de experticia del terapeuta. Por ejemplo, los terapeutas con orientación psicoanalítica tienden a pensar de una manera más interpretativa y evaluar causas relacionales implícitas, mientras que los psicoterapeutas cognitivos tienden a pensar de manera más inductiva, causal e intuitiva. Por otro lado, los terapeutas más experimentados planifican de manera más cuidadosa la recopilación de datos procesando información más selectivamente y el pensamiento es más automático y complejo que en terapeutas noveles.

En Argentina Leibovich de Duarte et al. (2001) investigaron el proceso inferencial del psicoterapeuta, buscando estudiar cómo es el proceso por el cual el terapeuta selecciona datos relevantes y elabora hipótesis acerca del paciente que tiene enfrente. Se puso énfasis en la experiencia del terapeuta como así también, en su orientación teórica (Freudiano – Lacaniano). Se utilizó una misma entrevista inicial de tratamiento transcrita donde los evaluados debían señalar los indicadores que tomaban en cuenta para elaborar sus inferencias e hipótesis y, también, el tipo de intervención sugerida. Como resultado se obtuvo que la experiencia clínica afecta tanto, el número de inferencias que se realizan como así también en la complejidad de estas.

En un estudio posterior Rutzstein and Leibovich de Duarte (2005) exploraron la manera

en que psicoterapeutas y psicoanalistas elaboran inferencias clínicas y formulan hipótesis diagnósticas frente a un mismo caso clínico. En este caso la muestra fue de 32 terapeutas agrupados según marco teórico, experiencia y especialización en trastornos alimentarios. Se utilizó una entrevista grabada en audio. Los psicoterapeutas debían consignar qué elementos utilizaron para realizar las inferencias e hipótesis.

Como resultado se observó que más allá del marco teórico, la mayor diferencia se encontró en el hecho de estar especializado o no en trastornos alimentarios, ya que estos mostraron un mayor consenso a la hora de determinar un diagnóstico y detallar las hipótesis explicativas.

Continuando con las investigaciones enunciadas, Leibovich De Duarte et al. (2009) investigaron sobre las inferencias de psicólogos y médicos de la Capital Federal que se desempeñaban en el ámbito público. La muestra fue de 43 profesionales, con distintos grados de experiencia, a las cuales se le pidió que escucharan y leyeron una primera entrevista de tratamiento psicoterapéutico solicitándoles que anotaran ideas, pensamiento o conjeturas que tuvieran. Como resultado se obtuvo que, en el caso de los psicólogos, el grado de experiencia afecta el nivel de inferencia realizado. En el caso de los médicos, esta distinción no se aplica.

Los métodos de investigación utilizados por los psicólogos cognitivos para estudiar la categorización se han empleado de manera ventajosa para el estudio del juicio clínico. Distintos resultados sugirieron que los psicólogos frecuentemente realizan diagnósticos través de la comparación del paciente con prototipos (Garb, 2005).

Un prototipo es un concepto clínico de un paciente hipotético que explica de mejor forma un trastorno en particular. Este resultado es importante ya que sugiere que la confiabilidad entre evaluadores será baja cuando los psicólogos no compartan los mismos prototipos. Los resultados

también indican que la concordancia entre los diagnósticos de los clínicos y los diagnósticos basado en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) se verá afectada por la disimilitud de los prototipos de los clínicos con los criterios.

Resultados recientes indican que los profesionales de salud mental también realizan diagnóstico formando teorías causales. La visión de la categorización basada en la teoría propone que los conceptos se representan como teorías o explicaciones causales. Las personas tienen teorías sobre el mundo las cuales mantienen a las características de un concepto unidas en un paquete cohesivo. Por ejemplo, el concepto de anorexia que puede tener una persona no solo contiene las características de “miedo a engordar” y “se niega a mantener el peso corporal mínimo”, sino que también presenta la idea de que el miedo a engordar ayuda a la negativa a mantener el peso corporal mínimo. Entonces ¿Se adhieren realmente los clínicos a las pautas establecidas por el DSM en las situaciones diagnosticas? ¿Los clínicos expertos otorgan la misma credibilidad a todos los síntomas de un trastorno?

**La siguiente investigación de carácter cualitativo busca determinar cuáles son las señales (cue) que detectan los psicoterapeutas para identificar a un posible paciente con depresión. A su vez, busca determinar si existen variaciones entre el espectro de señales utilizadas por los clínicos expertos y los noveles y si dichas señales difieren de las explicitadas en los manuales diagnósticos.**

## 2.1 Introducción

“Solo sugiero que determinados aspectos del proceso de la emoción  
y del sentimiento son indispensables para la racionalidad...  
Los sentimientos nos encaminan en la dirección adecuada,  
nos llevan al lugar apropiado en un espacio de toma de decisión  
donde podemos dar un buen uso a los instrumentos de la lógica”

(Damasio, 1994)

Los humanos, como los animales, realizan inferencias sobre el mundo con limitaciones en el tiempo, el conocimiento y la capacidad de procesar de información. Muchas veces, elegir entre dos opciones no resulta ser una tarea sencilla, sobre todo si la persona se encuentra frente a una decisión relevante y ninguna de las dos opciones es favorecida por todos los atributos: algunos están a favor de la primera opción mientras que otros se inclinan hacia la segunda. Desde hace cientos de años nos preguntamos cuánto de la conducta humana (incluyendo los juicios y las decisiones) se deben a la persona o a la situación. Los griegos ya plantearon esta cuestión entre la tabula rasa de Aristóteles y la mente reformada de Platón. Hoy en día, esta pregunta continua vigente en medio de una creciente evidencia de que la respuesta no es ni una ni la otra, sino más bien la combinación de las dos. Weber and Johnson (2009) sostiene que las inferencias dibujan un mismo sistema cognitiva que las preferencias, quedando ambas incluidas en el proceso de toma de decisión.

Las inferencias inductivas, que realizan los organismos vivos, se basan, en general, en

señales inciertas, las cuales pueden llegar a engañar al ojo del observador (Gingerenzer & Goldstein, 1996). Si por ejemplo vemos a un padre sosteniendo a un niño, con una leve sonrisa en su rostro, podríamos inferir que este, muestra cierta alegría por estar compartiendo esa situación con el niño, mientras que, tranquilamente, el hombre podría estar recordando un chiste que escuchó en la radio mientras desayunaba.

Continuando con este ejemplo, Gingerenzer and Todd (1999) plantean una situación habitual a la que muchos médicos se deben enfrentar en la sala de emergencia:

“Un hombre X, es trasladado al hospital en ambulancia, en pleno proceso de un ataque cardíaco. Ante esta situación, los médicos son enfrentados a la necesidad de decidir de manera rápida, si debe ser tratado como un paciente de bajo riesgo o uno de alto riesgo, en el cual la persona debería recibir una atención más detallada y costosa.”

La decisión, que tome el cuerpo médico podrá salvar o costar una vida. Esta situación, además deberá ser la adecuada para no incurrir en gastos innecesarios y por sobre todas las cosas, la deberán tomar sin poder brindarse el lujo de una larga deliberación. Quien reciba a este paciente deberá decidir, de manera rápida, a partir de señales, que tipo de paciente es y cómo proceder.

Las investigaciones sobre toma de decisión se han preocupado en los últimos años en tratar de responder a la pregunta de cómo una persona decide ante situaciones similares a la presentada. Existe cierto acuerdo de que algunas personas resuelven el conflicto integrando una gran cantidad de información-señal sobre la opción, mientras que otras personas, en contraste, tienden a prestarle atención solamente a la información-señal de mayor valor (Dummel et al., 2016).

En distintas oportunidades el juicio de las personas parece ser intuitivo: la idea viene de repente a la cabeza de manera rápida y sin esfuerzo, apareciendo de la nada sin la necesidad de que la conciencia se deba esforzar para saber desde donde han venido o sido formados. Mientras que, otras veces, los juicios presentan largos procesos de deliberación y análisis accesibles a la conciencia. Ambos tipos de juicios han sido estudiados de manera separada por distintas ramas del conocimiento: ciencias cognitivas, filosofía, economía y teorías de la decisión (Kruglanski & Gigerenzer, 2011).

En las últimas décadas han surgido diversos modelos que sostienen que los juicios pueden ser formados a través de dos procesos o sistemas cualitativos distintos, uno de ellos es la teoría de los sistemas duales siendo sus dos mayor representante, Kahneman y Tversky. Los autores sostiene que con dicho modelo resulta posible unificar las explicaciones para varias regularidades empíricas tales como inconsistencia del tiempo e inconsistencias asociadas a la aversión de la pérdida (Keren & Schul, 2009).

Aquí, el juicio intuitivo, denominado Sistema 1, es asociado a un tipo de juicio rápido, inconsciente, sin esfuerzo y heurístico, el cual es propenso a ser erróneo y llevar a la persona a cometer errores o lapsos en el razonamiento que indican cierto grado de irracionalidad. Entonces, los heurísticos son asociados a errores o desviaciones de las leyes de la probabilística, que puede por momentos funcionar y por otros no. Generalmente, son interpretadas como algún tipo de falacia atribuida a tres heurísticos: 1) **Representatividad**: Juicios influenciados por lo que es típico, 2) **Disponibilidad**: juicios basados en lo que viene fácilmente a la mente y 3) **Anclaje y ajuste**: juicios que dependen de lo que viene primero (Gigerenzer, 2000). Por otro lado, los juicios deliberados, denominado Sistema 2, son pensados como un tipo de proceso consciente y lento que se basa en reglas racionales y analíticas (Kahneman & Frederick, 2002).

Desde su nacimiento el marco de los dos sistemas ha recibido mucha atención, siendo nombrados de distintas formas dependiendo el autor. Por ejemplo, Epstein los denominó “Racional versus Experiencial”, Sloman “Basado en reglas versus Asociativo”, Loewenstein “Deliberado versus Afectivo”, entre otros. Pero todos los autores nombrados coinciden en que existen dos formas diferentes de procesar la información.

En los últimos años surgieron nuevas posturas que critican al modelo de los dos sistemas, buscando generar un nuevo marco superador. De hecho, en un artículo reciente donde se revisó detalladamente las teorías de doble sistema en las áreas de razonamiento, juicio y cognición social, Evans (2008) advierte a los lectores que se debe tener cuidado al inferir que hay necesariamente solo dos sistemas. Gigerenzer and Regier (1996) señalaron que la dicotomía de los dos sistemas es resbaladiza y conceptualmente confusa. Los autores observaron que diversas observaciones de esta teoría derivan aparentemente de respuestas contradictorias al mismo estímulo. Señalaron que la presencia de dos respuestas contradictorias no debería en si implicar necesariamente la existencia de dos sistemas. A su vez, también notaron que diferentes investigadores utilizan distintas dimensiones para describir sus dos modelos. Por ejemplo, Epsteins caracteriza al Sistema 2 como el encargado de codificar la realidad en símbolos abstractos palabras y números, mientras que Sloman lo define como un sistema que utiliza conceptos concretos, genéricos y abstractos. Evans lo define a este como lógico y abstracto. Tal diversidad conceptual genera grandes dificultades para la obtención de un apoyo empírico objetivo e inequívoco para una participación de los dos sistemas válida y significativa (Keren & Schul, 2009).

Por otra parte, Gigerenzer and Regier (1996) alegaron que, incluso si algunos de los atributos que se distinguen de los dos sistemas pueden proporcionar características

comprobables, gran parte de la claridad ofrecida se pierde cuando las diferentes características se superponen una encima de la otra en lo que supuestamente son dos sistemas que abarcan todo.

Dentro de las críticas realizadas se plantea que (a) las dimensiones asumidas para distinguir los dos sistemas, como por ejemplo la velocidad de discernimiento, facilidad o dependencias e recuerdos, son continuas en lugar de dicotómicas, (b) Estas dimensiones están no alineadas en lugar de alineadas y (c) las dimensiones fallan en el requerimiento de aislamiento el cual sostiene que los sistemas de juicio operan de manera independiente el uno del otro (Keren & Schul, 2009). Con muy pocas excepciones, los investigadores de los dos sistemas se suelen abstener de definir o explicar lo que significa para ellos un sistema mental y, a menudo se alterna entre el uso del término sistema y el uso de otros términos como procesos, modos o módulos. A su vez, suelen caracterizar a los dos sistemas utilizando conjuntos de pares de características dicotómicas o binarias, en el cual, en muchos casos, los atributos considerados son de hecho, intrínsecamente continuos en muchos casos. Por ejemplo Stanovich and West (2000) caracterizaron al Sistema 1 como asociativo, holístico, automático, relativamente poco exigente en relación a la capacidad cognitiva, y relativamente rápido. Al Sistema 2 lo caracterizaron por oposición: basado en reglas, analítico, controlado, con gran demanda de capacidad cognitiva y relativamente lento ([ver Figura 1](#)). Una de las dicotomías centrales utilizadas por muchos investigadores implica la dimensión caliente- frío (Hot -Cold), el Sistema 1 es relacionado con los afectos calientes mientras que el Sistema 2 es caracterizado por el razonamiento lógico frío. Esta dicotomía remarca una demarcación bien definida entre los procesos calientes (pasión) y frío (razón) (Keren & Schul, 2009).

**Figura 1:** Los términos para los dos sistemas utilizados por una variedad de teóricos y las propiedades de las teorías de doble proceso de razonamiento (Stanovich & West, 2000).

	System 1	System 2
<b>Dual-Process Theories:</b>		
Sloman (1996)	associative system	rule-based system
Evans (1984;1989)	heuristic processing	analytic processing
Evans & Over (1996)	tacit thought processes	explicit thought processes
Reber (1993)	implicit cognition	explicit learning
Levinson (1995)	interactional intelligence	analytic intelligence
Epstein (1994)	experiential system	rational system
Pollock (1991)	quick and inflexible modules	intellection
Hammond (1996)	intuitive cognition	analytical cognition
Klein (1998)	recognition-primed decisions	rational choice strategy
Johnson-Laird (1983)	implicit inferences	explicit inferences
Shiffrin & Schneider (1977)	automatic processing	controlled processing
Posner & Snyder (1975)	automatic activation	conscious processing system
<b>Properties:</b>		
	associative	rule-based
	holistic	analytic
	automatic	controlled
	relatively undemanding of cognitive capacity	demanding of cognitive capacity
	relatively fast	relatively slow
	acquisition by biology, exposure, and personal experience	acquisition by cultural and formal tuition
<b>Task Construal</b>	highly contextualized personalized conversational and socialized	decontextualized depersonalized asocial
<b>Type of Intelligence</b>	interactional	analytic (psychometric IQ)
Indexed:	(conversational implicature)	

Estas nuevas posturas buscaron generar una teoría de juicio unificada donde se cumplieran una serie de características (Kruglanski & Gigerenzer, 2011):

- 1- Ambos juicios, intuitivos como deliberados, están basados en reglas, las cuales puede, ser del tipo de optimización o de Satisficing (heurístico). A su vez, ambos juicios no necesitan estar basado en diferentes reglas. Por reglas se entiende distintos dispositivos inferenciales para la categorización, estimación, comparación y otras tareas de juicio que van

más allá de la información dada. El concepto de regla hace referencia a una relación “*Si, entonces...*”, es decir, “*Si* (Señal o cue), *entonces* (Juicio)”. Por consiguiente, las reglas de los juicios pueden ser pensadas como silogismos, es decir, dos premisas y una conclusión que se deduce directamente como resultado lógico de ambas premisas. La regla podrá afirmar que *Si la señal o cue* o la combinación dada de *señales* (X) aparece entonces el juicio (Y) es indicado con cierta probabilidad.

Algunas reglas constituyen algoritmos explícitos que son conscientes mientras que otros son implícitos e inconscientes. Según el grado de accesibilidad, la persona seguirá determinada regla, como por ejemplo una persona que al escuchar el ruido del despertador decide salir de la cama. En este caso la persona tendrá la representación mental de la alarma y su significado y esta, solamente seguirá la regla: *Si la alarma suena entonces es tiempo de levantarse*. El seguimiento de una regla podrá ser variado y flexible y esta será activada desde la memoria. En dicho sentido, las reglas son potencialmente maleables, podrán ser aprendidas y olvidadas. A diferencia de la teoría de los 2 sistemas, donde las reglas son diferentes para cada uno de estos (juicios deliberados son vinculados con las reglas de la lógica y estadística mientras que los juicios intuitivos son vinculados a diferentes reglas como por ejemplo las reglas estereotipadas sobre características de diferentes profesiones, reglas relacionadas con las características de la fuente como por ejemplo la experiencia, reglas relacionadas con la facilidad con la que distintos casos de categorías aparecen en la mente, entre otros.) aquí, la formación de los juicios intuitivos y deliberados siguen reglas que no necesariamente tienen que ser diferentes.

Las reglas inferenciales pueden venir de una amplia variedad de contenidos y pueden empezar en diferentes niveles de generalidad. Existe una marcada diferencia entre las reglas de optimización, como por ejemplo las reglas Bayesianas de maximizaron esperada donde se

plantea en análisis óptimo de todas la información y las reglas heurísticas donde ignorarán parte de la información dada.

2. El individuo podrá elegir entre distintas reglas para cada problema. Esta selección dependerá de la tarea en sí misma y la memoria individual limitarán el conjunto de reglas aplicables, considerando que el potencial de procesamiento individual y la racionalidad ecológica de la regla de la tarea dada guiarán la selección final. Pero ¿de dónde vienen las reglas? Las reglas y las situaciones apropiadas para su uso podrán ser adquiridas a través de la experiencia personal y el desarrollo social y cultural. Cada regla explotará las capacidades básicas y a su vez, las capacidades específicas determinaran el conjunto de reglas que la persona podrá ejecutar. Por capacidades básicas se entiende habilidades genéticas que típicamente el individuo necesita para ejercer y expresar su potencial (ejemplo: la memoria de largo plazo)

3. Cuando 2 o más reglas tienen una racionalidad ecológica muy parecida, se generará un conflicto. En estos casos, la aplicación correcta de la regla puede sufrir interferencias desde otras reglas competidoras.

4. Las reglas se basan en las capacidades cognitivas básicas, como la memoria de reconocimiento. Las diferencias individuales en estas capacidades, rasgos o estados influirán en la velocidad y en la precisión en que cada regla es ejecutada. A su vez, los mismos factores afectarán en la selección de las reglas para una misma tarea. Las reglas, típicamente caracterizadas como intuitivas puede ser, tanto fáciles como difíciles de aplicar (ejemplo: heurísticas basadas en estereotipos aprendidos). Esto dependerá en su grado de rutinización y de su accesibilidad momentánea.

5. Hay una relación recíproca entre el grado de dificultad de la aplicación de la regla y el potencial del procesamiento individual. Cuando mayor sea la dificultad, mayor deberá ser el potencial de procesamiento para la aplicación. Por lo que cuando este potencial sea limitado, solo las reglas fáciles de aplicar mediarán los juicios.

6. Las reglas que guiarán la producción de los juicios podrán adquirirse desde (Kruglanski & Gigerenzer, 2011):

- **La experiencia:** Las experiencias personales son una fuente de recurso desde donde se puede adquirir las reglas. La persona podrá aprender a asociar diferentes y específicas señales a estados específicos, entonces cuando la misma señal sea registrada, el estado que fue asociado será inferido. Por ejemplo, un niño podrá aprender que al abrir la canilla de la izquierda el agua saldrá caliente (si abro la canilla de la izquierda entonces el agua estará caliente) o que si desobedece a los padres este será castigado.

- **Desarrollo social y la aculturización:** Kruglanski et al. (2005) en la investigación que realizaron en el año 2005 describieron como a lo largo del desarrollo social el niño va desarrollando una serie de reglas que vinculan las fuentes sociales con determinados tipos de conocimientos otorgándoles autoridad epistemológica. En una primera instancia, este desarrollo de conocimiento conceptual dependerá de quienes cuiden del niño (agentes socializadores/ otros significativos). A medida que el niño vaya creciendo, se irán incorporando otros agentes socializadores, como por ejemplo el docente cuando este en la edad escolar o un experto-maestro cuando esté desarrollando en

su profesión u ocupación. Un aspecto crítico de las funciones sociales de las personas es que la información que manejen dependerá de la negociación que realice con otros y con las exigencias de la tarea a través de la comunicación. Tanto la socialización como las experiencias personales irán modelando el tipo de autoridad o conocimiento afectando, en una fase preliminar, todo el procesamiento de información que realice.

Las reglas que guiarán la selección “*Si... Entonces*” se irán haciendo rutina, lo que le permitirá a la persona liberar capacidades cognitivas de ser utilizadas. Por ejemplo, un músico novato deberá mantener un alto nivel de concentración y control sobre la actividad musical que realiza prestándole suma atención a las reglas musicales requeridas mientras que, un músico con experiencia las irá cumpliendo sin mucha conciencia de estas. En este proceso, los conocimientos deliberados se irán transformando en intuitivos. Entonces la persona irá construyendo un set de reglas que le permita economizar recuerdos en las actividades que realice para luego poder seleccionar alguna que crea convenientes para la situación. Dicha selección dependerá de un proceso que consta de dos pasos: 1) El primero de ellos, estará vinculado a las características de la tarea, ya que las reglas son especializaciones por lo que no todas las reglas podrán ser elegidas para la tarea dada y con las capacidades cognitivas (sobre todo la memoria) de la persona, las cuales limitarán al conjunto de reglas aplicables ya que, para ser incluidas en el set a considerar (mayor premisa del silogismo) las reglas deberán poder ser accedidas desde la memoria. Para el input de la regla (la premisa menor) posiblemente se necesite un input de la memoria. Es decir que ambas limitarán el set de reglas aplicables. 2) Cuando el set a considerar incluye más de una regla, será necesario agregar un paso de selección en donde la regla dada es elegida como un medio para llegar a un juicio. El primer factor que afecta este paso es la dificultad de instanciar o crear una instancia de la regla en un contexto específico. Así como

acceder a una regla o a la mayor premisa del silogismo desde la memoria es más o menos difícil, entonces las instancias en una condición dada, esto es reconocer la señal de coincidencia de la regla o premisa menor en una circunstancia dada.

El segundo factor que afecta el paso de selección de la regla cuando existen más de una de estas es el potencial individual de procesamiento, el cual estará conformada por dos aspectos: la capacidad atencional de la persona y la motivación de procesamiento que estará determinada por las tendencias estables de motivación del individuo, tales como su necesidad de cognición o de cierre cognitivo. Por ejemplo, las personas que presentan un agotamiento en su capacidad atencional o una baja en su motivación de procesamiento, posiblemente no realice una búsqueda extensa en su memoria o realice un gran esfuerzo en instanciar la regla (Kruglanski & Gigerenzer, 2011).

Además de estos dos aspectos, otro factor importante que se deberá tener en cuenta es la racionalidad ecológica de la regla para una tarea dada donde se tendrá en cuenta el match entre la regla y a la estructura del ambiente en búsqueda de llegar a un mejor resultado.

## **2.2 Teoría de la racionalidad limitada: “desde la mirada tradicional hasta nuestros tiempos”**

A mediados del siglo 17, con la llegada del Iluminismo, el paradigma académico hegemónico sostenía que las personas realizaban inferencias a partir de leyes probabilísticas y estadísticas (Gigerenzer & Todd, 1999).

Se asumía, que la mente humana era esencialmente ilimitada en su razonamiento, no

existía restricciones en relación con el tiempo, al conocimiento y a la capacidad de la mente para procesar la información. Esta mirada tradicional, sobre como las personas realizan inferencias y toman decisiones encontró su mejor realización en las teorías de: La maximización de las utilidades esperadas y en las teorías Bayesianas.

Esta concepción sobre como razona y toma decisión una persona entiende que es posible determinar ante cada ítem, todas las posibilidades, consecuencias y posibles combinaciones de alternativas, con sus respectivos porcentajes de probabilidad. Entonces si la persona se enfrenta a una duda, como, por ejemplo, “es paciente de riesgo o no”, la mente del sujeto podrá analizar cada una de las opciones, con sus respectivas combinaciones, determinando porcentajes que le permitan llegar a la mejor de las respuestas posibles. El profesional deberá, finalmente, decidirse por la alternativa con mayor porcentaje de utilidad esperada (Gigerenzer & Gaissmaier, 2011; Gigerenzer & Todd, 1999).

La postura tradicional de toma de decisiones y su mirada ilimitada sobre el razonamiento comenzó a ser cuestionado a mediados del siglo XX por Herber Simon y su teoría de Racionalidad limitada ([ver Figura 2](#)). Una de las principales críticas que se le realizaba a la postura tradicional es que, en realidad, esta no describía la forma en que las personas pensaba (Gigerenzer & Todd, 1999).

Desde la teoría Bayesiana, ante una situación determinada de la realidad, como por ejemplo una sala de emergencia, las múltiples piezas de información, que no son independientes, hacen que el análisis del escenario en donde una persona deba tomar una decisión en un corto plazo sea de tal complejidad matemática y computacional que la mente humana no pueda realizar. Su aplicación sugeriría que la mente humana es como una computadora con recursos ilimitados (Gigerenzer & Goldstein, 1996).

Raramente la información este completamente disponible ante situaciones de la vida diaria. En su lugar debemos buscar la información, tanto de fuentes internas (memoria) como de fuentes externas (medio ambiente), que puede incluir desde consultarle a alguien como de buscar en una biblioteca como por internet. Esta búsqueda deberá limitada ya que, en el mundo real, contamos con un porcentaje de tiempo, conocimiento, atención o recursos para gastar en una decisión.

La teoría desarrollada por Simon busca explicar el modo de razonar y de actuar de las personas desde un enfoque diferente del prevalente hasta ese momento (Hanoch, 2002). La Racionalidad Limitada (RL) intenta reconocer los límites que rondan alrededor de la toma de decisión, tales como el tiempo, el conocimiento, capacidad de cálculo en situaciones donde no siempre la certidumbre está presente. Esta teoría intenta explicar como una persona busca tomar

*Figura 2: Concepto de Racionalidad (Gigerenzer, 2000).*



una decisión de manera rápida y eficaz para alcanzar objetivos específicos, cuando no tiene demasiado tiempo para meditar las opciones (Schottenbauer et al., 2007).

La RL asume que, en el día a día, la persona solo puede comprender y asimilar una pequeña fracción de los estímulos o variables del presente. Entiende, a la mente de la persona, como una entidad limitada en nuestra capacidad de procesamiento de la información, pudiendo, solamente, prestar atención, focalizar y asimilar una pequeña porción de la información que se nos presenta en el presente (Hanoch 2002).

La visión de Simon sobre la RL cuenta con dos componentes centrales: las limitaciones de la mente humana y la estructura del ambiente en donde la mente se encuentra operando. Esto lleva, en consecuencia, el requisito de que el modelo que explica cómo piensa y toma decisiones una persona debe tener en cuenta las capacidades cognitivas de la mente. En muchas situaciones de la vida real, las situaciones/ estrategias óptimas no existen. Estas limitaciones cognitivas llevarán a que las personas deban usar un método de aproximación para manejar las mayorías de las tareas (Simon, 1990).

El concepto central para la RL es el de "Satisficing". Este término de origen escocés mezcla el significado de dos palabras: por un lado "Bastando" (sufficing) y por el otro "Satisfactoria" (satisfying). Este término fue creado y utilizado por Simon para caracterizar los algoritmos o estrategias que negocian, adecuadamente, con el tiempo, el conocimiento y la capacidad computacional. Según Gingerenzer and Todd (1999), Satisficing es un método para realizar elecciones entre un conjunto de alternativas encontradas secuencialmente, cuando no se sabe mucho y con antelación, acerca de las alternativas. El método envuelve una serie de algoritmos que intenta explicar como una persona elige ante la falta de tiempo.

Si bien las alternativas óptimas o ideales pueden llegar a existir (al igual que en un partido de ajedrez), las limitaciones cognitivas de la persona representan un obstáculo casi insoslayable para encontrarla. En lugar de realizar la búsqueda de todas las soluciones posibles, evaluar la utilidad computacional de cada estrategia y memorizar todos los hechos, las personas realizan deliberaciones a través de este mecanismo (satisficing), creando “accesos directos” mentales que permitirá realizar elecciones cumpliendo un cierto nivel de aspiración (Hanoch 2002).

El concepto de Satisficing, sostiene que las personas tienden a elegir el primer objeto que satisfaga su nivel de aspiración (el cual podrá irse modificando a medida que la experiencia del sujeto aumente). Es decir que, a diferencia del modelo clásico, el sujeto no busca tomarse el tiempo necesario para supervisar todas las opciones disponibles, estimar las probabilidades y utilidades de cada alternativa y elegir así, al objeto óptimo. La RL busca hacer foco en las limitaciones cognitivas de la mente y en como esta, busca adaptarse al medio en el que se desenvuelve (Gingerenzer 1996, Schottenbauer 2007).

Gingerenzer and Todd (1999) referente actual de la RL, sostiene que raramente la información es dada completamente y que será trabajo de la persona, el ir en búsqueda de ella, a partir de señales (cue) que nos permitan clasificar los datos para tener una mejor comprensión de los hechos. Por ejemplo, un médico de guardia, al agrupar una serie de señales o signos podrá comprender, en primer instancia, que el paciente está sufriendo un ataque cardiaco, para luego poder evaluar la gravedad del mismo y así decidir si es incluido o no como paciente de alto riesgo y con ello la ejecución del protocolo pertinente o el relato de una persona que se sienta por primera vez en el consultorio de un psicoterapeuta exponiendo una serie de señales que indiquen la presencia de un trastorno de ansiedad.

Los algoritmos de Satisficing operan con simples principios psicológicos en búsqueda de satisfacer las restricciones de tiempo, conocimiento y de capacidad computacional. Al mismo tiempo son diseñados para ser rápidos y frugales sin una pérdida significativa de precisión, tomando en cuenta las estructuras del ambiente (Gigerenzer & Goldstein, 1996). Vale aclarar que la existencia de este método no implica que no haya temas o decisiones que sean necesario destinarle tiempo de deliberación (Gigerenzer & Todd, 1999).

El algoritmo cognitivo propuesto por los autores Gigerenzer & Goldstein (1996) se sustenta en el marco (Framework) de la teoría probabilística de los modelos mentales (The theory of Probabilistic Mental Modelo - PMM), la cual asume que las inferencias acerca de cierto desconocimiento del mundo se basan en claves o señales de probabilidad. A diferencia del clásico modelo de racionalidad (como por ejemplo el modelo Bayesiano), donde se busca integrar óptimamente todos los bits de información disponible. Las inferencias inductivas, según los autores, seguirán 3 principios:

- Estas deberán ser estudiadas respecto al ambiente natural en el cual se realizan.
- Estas inferencias son llevadas a cabo a partir de algoritmos de satisficing.
- Se basarán en la frecuencia del evento en una clase de referencia.

La PMM sostiene que la búsqueda de información relevante, en la memoria, se reduce al mínimo y no hay integración de las piezas de información, sino más bien, una sustitución

(Gigerenzer & Goldstein, 1996). La PMM es invocada cuando los “Modelos Mentales Locales” (MML) no pueden llegar a una solución para un juicio específico. Los MML reflejan el proceso en donde se recupera una información específica desde la memoria y/o es obtenida a través de procesos básicos de operaciones lógicas. Al no poder ser llevado a cabo este proceso, se activará los Modelos Mentales Probabilísticos, los cuales requerirán un Inter juego entre la estructura de la tarea y la estructura del ambiente sumada a las señales (Dougherty et al., 2008).

La PMM, a través de mecanismos inductivos, utiliza el conocimiento limitado de cierto tema para realizar rápidas inferencias, a diferencia de modelos que utilizan mecanismos deductivos, los cuales se localizan en tareas lógicas. PMM realizan cálculos inteligentes acerca de las características desconocidas del mundo, basados en indicadores inciertos. realizará una búsqueda de conocimiento acerca de la clase de referencia  $R$  con  $a, b \in R$  (Gigerenzer 1996).

Es común que una persona, que se enfrenta a una decisión no cuente con toda la información disponible para realizar inferencias, por lo que recurrirá a datos parciales que le permitan llegar a una respuesta. Por ejemplo, si se le preguntase a una persona de la Ciudad de Buenos Aires, cuál de las siguientes ciudades (A- Rosario; B- Mendoza) cuenta con un mayor caudal de población (Clase  $R$ ), la persona podrá realizar la inferencia a partir de la información que cuenta en su memoria declarativa. Pero sin esta no cuenta con la información precisa, podrá intentar realizarla a partir de mecanismos inferenciales inductivos. La persona podrá buscar información de referencia a partir de señales (cue) de probabilidad  $C_i$  ( $i=1, \dots, 1$ ) y los valores de referencia  $a_i$  y  $b_i$  de los objetos por la señal  $i$ . El conocimiento limitado significa que en la matriz de objetos por señales hay faltantes o entradas que faltan. Entonces, por ejemplo, en el proceso de pensamiento el sujeto podrá determinar que una de las ciudades cuenta con equipos de fútbol en la primera categoría del país, y esto llevarlo a pensar, no con certeza, que dicha ciudad tiene

un mayor número de pobladores.

Al decir que el conocimiento que tendrá la persona es limitado se hace referencia a que en la matriz de objetos por señales habrá faltantes de entradas por desconocimiento (ver [Figura 3](#); dicho desconocimiento de información se encuentra representado con -).

**Figura 3:** búsqueda a través del conocimiento limitado. El objeto a, b y c son reconocidos, el objeto d no. ¿Las señales (cue) son + o - y el conocimiento desconocido es ilustrado con el signo? Tomado de Gingerener & Goldstein, 1996.

	a	b	c	d
<b>Recognition</b>	+	+	+	-
<b>Cue 1</b>	+	-	?	?
<b>Cue 2</b>	?	+	-	?
<b>Cue 3</b>	-	+	?	?
<b>Cue 4</b>	?	-	-	?
<b>Cue 5</b>	?	?	-	?

La persona de la figura 2 ha escuchado acerca 3 ciudades de Argentina (a, b y c) pero no de la cuarta (d). El sujeto conoce cierta información sobre estas ciudades que son representadas en a través de 5 señales o valores de referencia binarias. Un ejemplo representado con signo + sería que la persona sepa que la ciudad cuenta con un equipo de futbol en primera división y una señal negativa sería que no cuente con el mismo. En este sentido, que la ciudad cuente con un equipo de futbol en primera división podría ser correlacionado con un mayor nivel de población. El desconocimiento de valor de referencia es mostrado por un signo de pregunta, porque la persona nunca ha escuchado acerca d, por lo tanto, todos los valores de referencias son

desconocidos.

Raramente la persona tendrá toda la información para realizar una inferencia. La persona podrá tener (a) un conocimiento incompleto acerca de los objetos de la clase de referencia (él reconoce solo algunas ciudades), (b) conocimiento limitado acerca de los valores de referencia (hechos acerca de la ciudad) o (c) ambos (Gigerenzer & Goldstein, 1996).

### *2.2.1 Algoritmos de satisficing: heurísticos*

Dentro de la PMM, bajo la premisa “tomar la opción que sea mejor e ignorar el resto”, existen diferentes algoritmos de Satisficing:

- TAKE THE BEST

Este mecanismo de Satisficing toma una de las opciones ignorando las restantes. Asume que la persona dará un orden subjetivo a las señales, según su validez, llegando a poder determinar la mejor alternativa (Como en la imagen 2).

A diferencia de las estrategias clásicas de toma de decisión, en donde se busca integrar toda la información, en TTB se busca utilizar la mejor pieza de información en una situación determinada (Newell & Shanks, 2003).

Este algoritmo opera a partir de dos principios:

- **Reconocimiento:** Este principio establece que, en cualquier decisión realizada bajo incertidumbre, solo una de las alternativas es reconocida, entonces esta será elegida. Por ejemplo, una persona está por apostar en una carrera de caballos y solo reconoce a uno de los jockeys de la carrera, entonces la persona elegirá al caballo que este está montando.

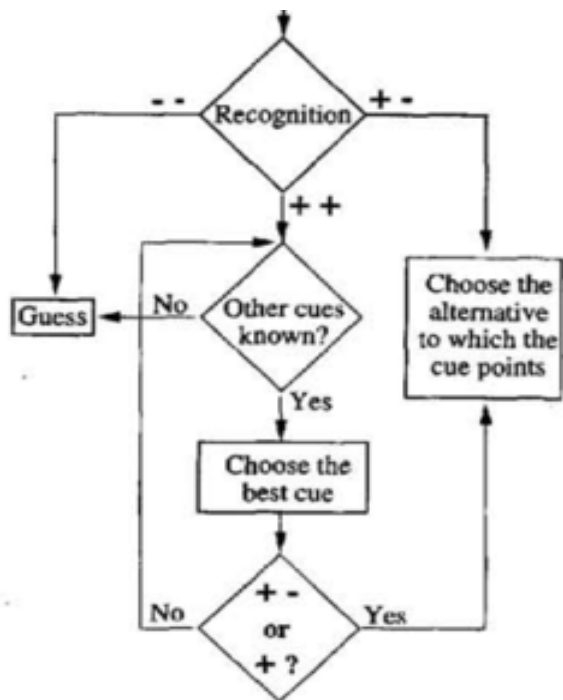
- El segundo de los principios es invocado cuando más de una de las alternativas es reconocida, por lo tanto, el primer principio no puede ser llevado a cabo ya que este no proveerá una discriminación de la información. En dichos casos, se asume que las personas tendrán acceso a la clase de referencia de las señales o a características, clasificadas y jerarquizadas subjetivamente de acuerdo con su validez. Aquí, la validez es entendida como la probabilidad de que esa característica identificará la alternativa correcta en una selección aleatoria de alternativas que se diferencian en su función/ característica. La persona buscará señales en un orden descendente de validez, hasta que descubra una característica que discrimine una alternativa de las otras y pueda realizar la toma de decisión. Este algoritmo puede ser pensado como un conjunto de 3 bloques: (a) La búsqueda de regla (búsqueda en orden de validez), (b) La regla de detención (detención que se produce luego de que la primera discriminación de señal es descubierta) y (c) la regla de decisión (elección de respuesta por la primera señal). (Newell & Shanks, 2003).

Según Gigerenzer and Goldstein (1996) la elección del mejor algoritmo para la PMM se realiza de la siguiente manera:

## PASO 1: PRINCIPIO DE RECONOCIMIENTO

Este principio es invocado cuando el reconocimiento de un objeto es predictor de la variable de destino (como por ejemplo “Población”). Este principio funciona de la siguiente manera: Si solo es reconocido uno de los objetos, entonces este será elegido. Si no se reconoce ninguno de las dos opciones, entonces se elegirá de manera aleatoria. Si se reconocen los dos se pasará al próximo paso. Los autores demostraron que, este principio logra predecir las elecciones de los participantes entre un 90 y 100%, incluso cuando se les enseñó a los participantes información que sugería lo contrario (Gingerenzer & Goldstein, 1996)([ver Figura 4](#)).

**Figura 4:** Diagrama del algoritmo *Take the Best* (G. Gingerenzer & Goldstein, 1996).



## PASO 2: BUSQUEDA DEL VALOR DE REFERENCIA

La persona buscará su memoria valores de referencia, tratando de determinar cuál de las dos opciones tiene uno mayor.

## PASO 3: REGLA DE DISCRIMINACION

Aquí, lo que se debe decidir es si la señal discrimina. La señal discriminará entre dos objetos si uno de ellos tiene un valor de referencia positivo y el otro no ([ver Figura 5](#)).

**Figura 5:** Regla de discriminación. Discriminación de una señal entre dos alternativas si una tiene un valor positivo y la otra no. Se encuentran sombreados los 4 casos de discriminación (Gigerenzer & Goldstein, 1996).

		Object a		
		positive	unknown	negative
Object b	positive			
	unknown			
	negative			

#### PASO 4: PRINCIPIO DE SUSTITUCION DE LA SEÑAL

Si la señal ha discriminación, entonces la búsqueda de valor de referencia es detenida. Si esta no lo consigue, volverá al paso número 2 continuado con la siguiente referencia hasta que logre encontrar una que si discrimine.

#### PASO 5: REGLA DE MAXIMIZACIÓN PARA LA ELECCIÓN

Aquí, se eligiera el objeto con referencia positiva. Si no se consigue discriminar la señal, entonces esta será elegida aleatoriamente. Si por ejemplo una persona quisiera saber qué ciudad es más grande y reconociera a ambas (paso 1), buscaría los valores de referencias positivas y negativas de estas (paso 2), logrando discriminar (paso 3) terminando la búsqueda (paso 4) y realizando la inferencia de cuál es la ciudad más grande (paso 5).

Ahora bien, otra posibilidad es que la persona, al igual que en el ejemplo anterior, quisiera saber qué ciudad es más grande y reconociera a ambas (paso 1) pero no logra encontrar valor de referencia positivo para la señal 1 en la ciudad A y desconoce el valor de referencia de la ciudad B (paso 2) y las señales no discrimina (paso 3), entonces la búsqueda continua (paso 4). Se pasará a buscar una nueva señal con valor de referencia positivo y negativo (paso 2), si esta discrimina (paso 3) la búsqueda finalizará (paso 4) y la persona hará la inferencia (paso 5).

Las características de este algoritmo es que realizará una búsqueda extensa sobre solamente una porción del conocimiento de la memoria y la misma se detendrá inmediatamente

cuando una señal haya discriminado. El algoritmo no intentará integrar toda la información y toda la que procese será contingente a la tarea (Gingerenzer & Goldstein, 1996).

- **TAKE THE LAST**

Este algoritmo tomará a la última señal discriminada cuando en la nueva búsqueda una señal (cue) no discrimine. Este algoritmo difiere del anterior en el paso número 2. Aquí, ante los objetos que se encuentran en disputa para ser elegidos, se recuperará el valor de referencia de la señal utilizada recientemente. Si este es el primer juicio y no hay registro de una discriminación disponible, se recuperarán los valores de referencia de una señal elegida al azar. Este algoritmo no necesita un orden jerárquico de valores de referencias o señal de acuerdo así validez. Todo lo que se necesita saber es la dirección en que apunta una señal (cue). El conocimiento acerca del orden jerárquico de un valor de referencia es reemplazado por la memoria de que señales fue usada la última vez (Gingerenzer & Goldstein, 1996).

- **ALGORITMO MINIMALISTA**

Este algoritmo no necesita ni información acerca del orden jerárquico de los valores de referencia ni la discriminación histórica de las mismas. A partir de esta ignorancia es que el algoritmo tomara señales en un orden aleatorio. A diferencia del algoritmo Take the best, este se diferenciará también en el paso número 2, donde se realizará una búsqueda aleatoria de los dos

objetos, se recupera el valor de referencia de la elección aleatoria de señal. Este algoritmo no necesita acelerar la búsqueda, pero esta intenta pasar con mucho menos conocimiento que cualquier otro algoritmo (Gigerenzer & Goldstein, 1996).

- **ALGORITMOS COGNITIVOS QUE SATISFACEN**

Este grupo de algoritmos cognitivos, son agrupados por Gigerenzer and Goldstein (1996), en lo que denominaron “*One reason decision making*”, siendo estos una forma específica de “Satisficing”. Estos algoritmos tienen como características principales que, en las inferencias o decisiones que se toman no hay una compensación entre las señales (por ejemplo: una señal). Cada decisión que se tome estará basada exclusivamente en una sola razón (señal), pero esta razón podrá ser diferente en cada decisión. Por ejemplo, las jerarquías de valores éticos y morales suelen ser no compensatorio como por ejemplo la amistad.

El principio de reconocimiento es una versión de “*One reason decision making*”, que explora una parte del conocimiento. Este, es un principio intuitivo que utiliza una búsqueda limitada de información en búsquedas bajo la presión de un tiempo escaso, a partir de la utilización de un punto de detección.

Otra característica que lo representa es la no linealidad. En la teoría de las elecciones racionales, la función matemática de linealidad fue una herramienta dominante. Esta supone que varios componentes de una alternativa son sumados independientes de la suma estimada o utilidad. En contraste a esto, las inferencias no lineales no operan a partir de sumas lineales de

valores de referencia. Este tipo de inferencia incluye diferentes variantes como por ejemplo los algoritmos conjuntivos, disyuntivos o regresivos como “Take the Best”.

Otra característica que lo distingue a estos algoritmos es la intransitividad. Los algoritmos lineales suelen producir inferencias transitivas. Si por ejemplo nosotros preferimos ha “a” en lugar de “b” y “b” en lugar de “c”, entonces preferimos ha “a” en lugar de “c”. Algunos de los algoritmos propuestos por la PMM respetan el principio de transitividad como por ejemplo “Take de Best”, otros, como por ejemplo el algoritmo Minimalista que selecciona de manera aleatoria señales en cual basa su inferencia, puede caer en la intransitividad.

### ***2.2.2 Toma de decisión en el ámbito de la clínica psicológica***

En la mayoría de las tareas quién es responsable de tomar las decisiones, deberán imponer una estructura al problema para poder realizar una búsqueda de la solución (Simon, 1973). Tomemos la tarea de un clínico como ejemplo. Esta tarea es similar a la de un detective en donde se utilizarán pistas (es decir, datos) para generar posibles explicaciones de los síntomas presentes y luego buscará más pistas para probar las explicaciones.

Presumiblemente, el clínico generará hipótesis probables y examinará activamente información para evaluar los diagnósticos generados. La búsqueda del clínico de información será guiada por la hipótesis diagnóstica que cobre más fuerza y considere más adecuada. Si esta llegará a quedar descartada podrá seguir con la siguiente hipótesis, lo que podrá generar la búsqueda de nueva información. Este proceso (tal como hemos visto anteriormente), continuará hasta que el clínico considere haber llegado a un diagnóstico de confianza. En todos los casos, la generación de hipótesis será el eje en la realización de las inferencias inductivas, junto a la

evaluación de la probabilidad de varias hipótesis y la búsqueda de información en el entorno que pruebe la misma. Obviamente, la estimación de probabilidades y la prueba de hipótesis no podrá iniciar hasta haberse generado al menos una hipótesis (R. P. Thomas et al., 2008).

En el universo de la toma de decisión, resulta importante distinguir entre eventos externos e internos al sujeto que toma las decisiones. Por eventos externos o “universo de estados posibles” se entiende a la recopilación exhaustiva de eventos que están relacionados (en algunos casos, de manera causal) con los datos. Se supone que, quien toma las decisiones ha internalizado (a través del aprendizaje) algún subconjunto de los eventos externos.

Por hipótesis se entiende a la representación mental de un evento externo. La distinción entre un evento externo y una representación mental de un evento externo (es decir, una hipótesis) se representa en los dos círculos más grandes del diagrama de Venn (ver Figura 6). Los eventos no representados se denotan con un signo de interrogación (?) indicando que estos estados del universo son desconocidos para quien toma las decisiones. Sin bien estos eventos desconocidos existen en la ecología, no han sido experimentados o registrados por el sistema de memoria semántica de quién tome las decisiones. Las hipótesis se encuentran denotadas con una H las cuales son parte de la memoria semántica. Se supone que esta memoria se encuentra poblada con representaciones de hipótesis experimentadas (H) y los datos (D) con los que normalmente están asociados. Se puede pensar que las hipótesis asociadas con datos superpuestos forman clústers o “conjuntos esencialmente similares”. Por ejemplo, un grupo puede representar un conjunto de enfermedades que comparten al menos algunos síntomas. Cuando estas hipótesis se asocian con un patrón de datos observables ( $D_{obs}$ ), las personas generarán un conjunto de hipótesis principales contendientes ( $H_{pc}$ ) (marcadas con un pequeño círculo) las cuales serán consideradas las mejores opciones que la persona podrá generar con la

información dada, es decir que serán un subgrupo del total del conjunto de hipótesis que son mantenidas en el foco de la atención (Rick P Thomas et al., 2008).

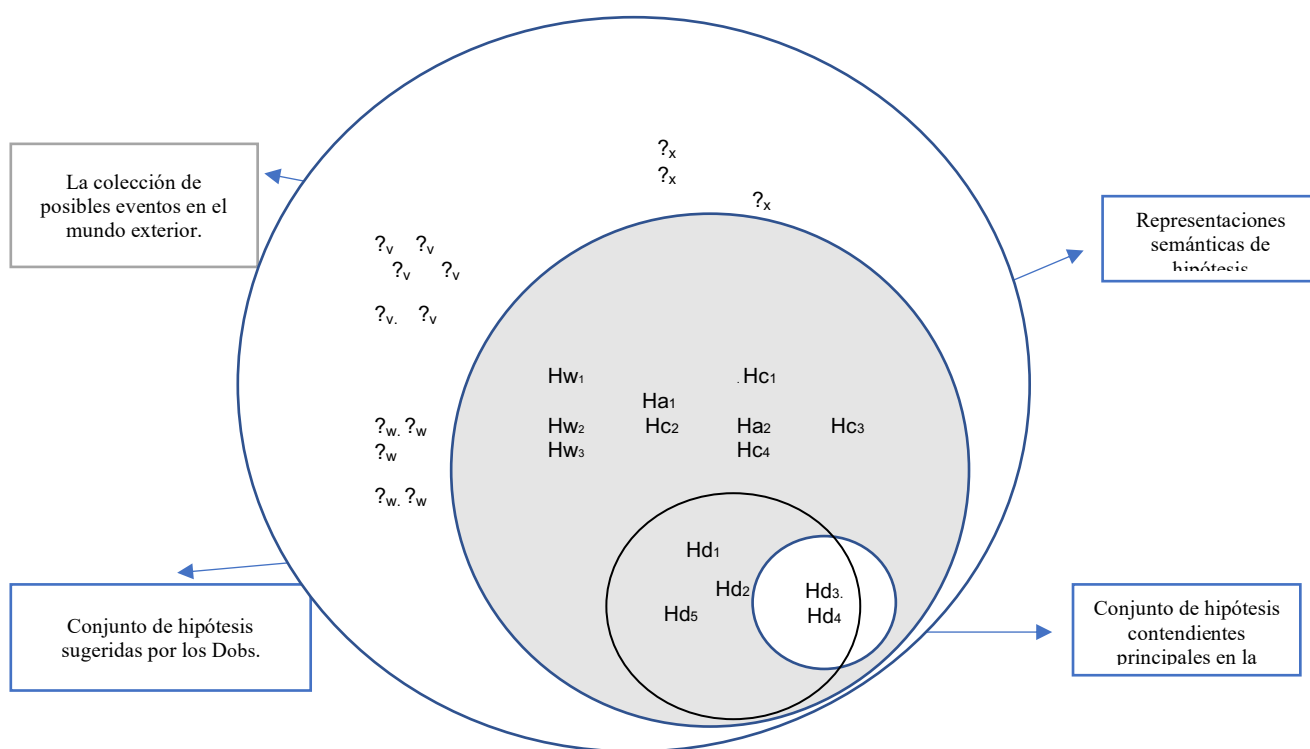


Figura 6: Diagrama de Venn que representa el universo de quién toma decisiones (R. P. Thomas, M. R. Dougherty, A. M. Sprenger, & J. I. Harbison, 2008)

Debido a que los grupos de hipótesis tienden a compartir datos, el Hpc tenderá a estar compuesto de hipótesis del mismo grupo, aunque las limitaciones cognitivas (capacidad de la memoria de trabajo) o las características de la tarea (por ejemplo, presión del tiempo) podrían impedir que la persona genere un conjunto exhaustivo de hipótesis.

Dentro de la memoria episódica se encantarán la colección de datos que representarán una base de datos de experiencias pasadas para quien tome decisiones. Aquí, se conservarán las tasas de base experiencial de las diversas hipótesis dentro de la ecología del tomador de decisiones, así como un registro de las señales que coincidieron con esas hipótesis. Esto representará la base de datos internalizada por la persona. La representación de la memoria episódica se utilizará como un medio para extraer información de la experiencia pasada que se relacionó sistemáticamente con los patrones de datos observados en el ambiente.

Por su parte, se asume que la memoria semántica mantendrá tanto las abstracciones del sistema episódico como el conocimiento generalizado obtenido fuera de la experiencia directa (por ejemplo, el conocimiento adquirido a través de la lectura).

Según Dougherty et al. (1999) las huellas conceptualizadas en la memoria consistirán en tres tipos de información que son relevantes para modelar los fenómenos de toma de decisiones: datos, hipótesis y contexto. Por ejemplo, los clínicos formularán hipótesis de trastornos a partir de síntomas (datos) e información de antecedentes del paciente (contexto).

Siguiendo el marco teórico propuesto por R. P. Thomas et al. (2008) denominado HyGene, existen tres principios básicos:

1. Los datos extraídos del entorno sirven como señales de recuperación de memoria que impulsan la recuperación de hipótesis diagnósticas de la memoria de largo

plazo. Este principio sugiere que los procesos de generación de hipótesis son recordatorios de datos o síntomas observados recuperados a partir de hipótesis diagnósticas con base en la memoria o el conocimiento episódico a largo plazo. Sin embargo, es importante remarcar que los objetivos de recuperación en una tarea de generación de hipótesis difieren de los objetivos de recuperación en una tarea típica. Por ejemplo, en muchas tareas de recuperación en laboratorio, el objetivo es recuperar un simple ejemplar o un rastreo de memoria en respuesta a una señal de recuperación. Por lo tanto, el número de posibilidades ejemplares de recuperación que podría ser considerado correcto consistiría en un conjunto relativamente pequeño de posibilidades. Por el contrario, el objetivo de recuperación en la tarea de generación de hipótesis es concebir un conjunto de posibles explicaciones para una señal o un conjunto de claves determinadas. En la mayoría de los casos, una sola señal (es decir, un síntoma) se relaciona con múltiples hipótesis posibles, y el conjunto de estas suelen ser indeterminadamente grande (por ejemplo, dificultades para dormir puede deberse a diferentes factores/diagnósticos). Es decir, el conjunto de posibles hipótesis alternativas que podría explicar (o causar) una señal en particular (es decir, un síntoma) no está bien definido. El componente de recuperación en la mayoría de las tareas de juicio es la primera etapa en un conjunto de procesos que requieren que el responsable de la toma de decisión evalúe la probabilidad de un conjunto de hipótesis y/o busque información que pueda utilizar para probar (y potencialmente eliminar) las hipótesis bajo consideración. Aunque el objetivo final es llegar a la mejor explicación de los datos, este proceso requiere que uno evalúe y pruebe múltiples explicaciones Hasta encontrar la indicada.

2. El número de hipótesis diagnóstica que uno puede utilizar activamente en

cualquier momento está reducido por las limitaciones cognitivas y las características de la tarea. Este principio indica que, el número de hipótesis diagnóstica que un responsable en la toma de decisión puede generar y mantener en el foco de atención estará limitado por la capacidad de la MT y estará sujeto a las restricciones de la tarea como la presión del tiempo (Dougherty & Hunter, 2003).

3. Las hipótesis mantenidas en la memoria de trabajo sirven como entradas en el proceso de comparación que derivará en juicios de probabilidad y búsqueda de información de marco. La confianza que tenga quien tome la decisión en una hipótesis estará determinada por las hipótesis que haya considerado activamente.

- **Generación de hipótesis**

El primero de los procesos que realizará quien tome la decisión será el de generar las hipótesis que luego evaluará y probará. Varios estudios han demostrado que la gente suele generar un número relativamente pequeño de hipótesis. Es decir, solo un subconjunto del total posible (Dougherty & Hunter, 2003; R. P. Thomas et al., 2008).

En un segundo hallazgo presente en la literatura de generación de hipótesis, se observó que los participantes tienden a generar hipótesis que tienen las más altas probabilidades a priori. Por lo tanto, aunque las personas tienden a generar solo un subconjunto de las hipótesis plausibles, las que se generan tienden a tener la mayor probabilidad a priori. Este número de hipótesis estarán condicionadas por las limitaciones de la MT y la presión del tiempo disponible.

Dougherty and Hunter (2003) estudiaron el rol que tiene la limitación en el tiempo en el proceso de generación de hipótesis obteniendo que, dado que este proceso involucra la recuperación de hipótesis de la memoria a largo plazo, los participantes que estaban bajo presión

de tiempo, en comparación con los participantes sin dicha presión, generaron menos hipótesis alternativas y, por lo tanto, dieron una mayor probabilidad de juicio.

- **Evaluación de hipótesis y juicio de probabilidad**

Uno de los comportamientos más estudiados en las investigaciones de decisiones ha sido cómo los responsables de la toma de decisiones realizan evaluaciones de probabilidad con respecto a hipótesis pre-especificadas (es decir, evaluación de hipótesis).

La prueba de las hipótesis implica haber buscado o seleccionado información para probar la verdad de una hipótesis. Dentro de la literatura, un hallazgo común es el de la búsqueda confirmatoria en donde, las personas seleccionan información relevante para evaluar solo una hipótesis. El responsable de tomar las decisiones buscará información a partir de sus hipótesis actuales (es decir, se involucran en hipótesis guiadas). Si solo se mantiene una hipótesis en la memoria de trabajo, entonces la búsqueda guiada por hipótesis seguirá, necesariamente, una estrategia de búsqueda de confirmación. Sin embargo, si hay más de una hipótesis en la memoria de trabajo, el responsable de la toma de decisiones podrá realizar una búsqueda diagnóstica (Thomas et al., 2014).

Los juicios de probabilidades tienden a ser subaditivos, es decir que la probabilidad juzgada de una disyunción implícita (por ejemplo, muerte por causa natural) es menor que la suma de la probabilidad juzgada de sus elementos (Tversky & Koehler, 1994). A su vez, la probabilidad estimada de un evento será sensible a la fuerza de sus alternativas. Por último, aquí también la capacidad de la MT y la presión del tiempo afectaran la probabilidad de juzgamiento de las hipótesis (R. P. Thomas et al., 2008).

El proceso de toma de decisión comienza cuando datos,  $D_{obs}$  (ejemplo, síntomas o grupos de síntomas), se presentan u observan en el ambiente. En el caso del clínico, estos datos pueden ser la identificación inicial de un síntoma de presentación o de un conjunto de síntomas de presentación. Este muestreo inicial de datos sirve para comenzar la activación de trazas en la memoria episódica que representan pacientes pasados que han mostrado síntomas similares a  $D_{obs}$ . Las trazas activadas por encima de un valor umbral se obtiene de la extracción, desde la memoria episódica, de una inespecífica examinación que se asemeja a las hipótesis que están más comúnmente (y fuertemente) asociadas con los datos.

El examen no específico se compara luego con hipótesis conocidas (por ejemplo, prototipos de enfermedades) en la memoria semántica para determinar las posibles hipótesis generadas a partir de los datos iniciales  $D_{obs}$ , su combinación con los síntomas y los posibles tratamientos que se han asociados en el pasado con dichos  $D_{obs}$ . Las hipótesis en la memoria semántica se generan y se pueden colocar en las hipótesis principales contendientes (Hpc), si están suficientemente activadas por la exploración inespecífica. El Hpc es una construcción de la memoria de trabajo, por lo que tiene una capacidad limitada. Las hipótesis principales contendientes representarán las explicaciones principales del clínico para los síntomas presentados. Una vez que la generación de hipótesis cesa, se evaluará las probabilidades.

En el marco presentado, se asume que hay 3 procesos principales involucrados: (1) recuperación (se recupera la información almacenada en la memoria), (2) mantenimiento (sustentación de hipótesis recuperadas en la consciencia) y (3) juicio (toma de decisiones).

El primer proceso funcionará cuando la información del entorno (por ejemplo, los síntomas de un paciente) solicita la recuperación de las hipótesis asociadas a la experiencia y a la memoria. La persona mantendrá las hipótesis mentalmente a disposición para poder compararlas

con los datos disponibles y buscar la explicación más probable.

Se ha encontrado que la capacidad de mantener los datos (por ejemplo, síntomas) y las hipótesis (por ejemplo, trastornos) difiere entre los individuos. Es importante destacar que solo las hipótesis mantenidas activamente en la memoria de trabajo parecen influir en los procesos posteriores involucrados en el juicio.

Por ejemplo, los juicios de probabilidad (la probabilidad de que piense que es cada opción) parecen calcularse sobre la base de una comparación de una hipótesis “focal” con las hipótesis alternativas que están activadas en la memoria de trabajo. Por ejemplo, la probabilidad de que un psicoterapeuta determine que el paciente presenta un cuadro depresivo mayor variará según la calidad y la cantidad de diagnósticos alternativos que considere activamente. La comparación del cuadro depresivo con un solo diagnóstico alternativo de baja calidad (por ejemplo, un tumor cerebral) hará que la depresión parezca más propensa a su psicoterapeuta que la comparación de la depresión con varios diagnósticos alternativos de mayor calidad (por ejemplo, hipotiroidismo, ansiedad generalizada de base con comorbilidad depresiva, etc.) (Thomas et al., 2014).

De manera similar, la composición del conjunto de hipótesis que se mantiene activamente se usa para identificar la información relevante a buscar para probar la validez de hipótesis particulares, es decir, realizar una búsqueda guiada por hipótesis. Sin embargo, resulta importante remarcar que las variables que restringen el proceso de generación o reduce la capacidad de la memoria de trabajo conducirán a aumentos en la probabilidad calculada ya que habrá menos hipótesis disponibles para el proceso de comparación.

El clínico podrá participar de la búsqueda guiada a través de las hipótesis generadas para

la selección de señales o atributos que permitan confirmarlas. El razonamiento utilizado para realizar diagnósticos, a grandes rasgos, se basa en la observación de datos o información del entorno, y la generación de explicaciones probables de esos datos (hipótesis). En muchas situaciones, las acciones y decisiones que se tomen dependerán de los resultados del proceso de generación de hipótesis. Los procesos de generación de hipótesis son generalizados y ocurren en tareas que van desde lo mundano (por ejemplo, predecir lo que podría suceder en el programa de televisión) hasta decisiones más importantes como un diagnóstico psicológico. En este proceso de generación de hipótesis la memoria jugará un papel destacable.

El modelo presentado resalta la importancia de la selección de hipótesis con una alta probabilidad de éxito con relación a la meta para la cual se emplee. Al igual que el modelo de toma de decisión presentado por Gigerenzer and Goldstein (1996), la persona utilizará, en situaciones donde el tiempo apremia, diferentes heurísticos frugales, ya que utilizarán una pequeña porción de la información disponible, para resolver problemas a través de inferencias probabilísticas con múltiples señales, estimación de magnitud y categorización. Como consecuencia, estas inferencias serán más rápidas ya que la búsqueda de la información y la integración serán de menor exigencia. Gigerenzer and Selten (2002) plantearon a la mente como una caja de herramientas adaptativa que está equipada con una multitud de heurísticos diferentes diseñados para manejar situaciones de problemas específicos. Las personas reaccionarán de manera adaptativa a su entorno eligiendo los heurísticos adecuados en función de las demandas de las tareas (Bröder, 2003).

### ***2.2.3 Toma de decisión clínica basada en la evidencia***

Los esfuerzos recientes realizados por el movimiento de “práctica basada en la evidencia” (PBE) para fundamentar la práctica de la salud mental en la mejor evidencia disponible es una iniciativa pendiente desde hace mucho tiempo. La misma busca generar importantes avances en los resultados de la práctica, dadas las nuevas metodologías de investigación, como por ejemplo las revisiones sistemáticas y metaanálisis, razonamiento basado en casos y el modelado de sistemas complejos, triangulados con una variedad de métodos cualitativos y el impacto de internet. La idea central detrás de PBE es que los profesionales tienen la responsabilidad de dar cuenta de los métodos que utilizan en base a la mejor evidencia disponible (Hudson, 2009). Según O'Hare (2015) la PBE puede ser definida como el uso planificado de métodos de evaluación e intervención con apoyo empírico el cual debe ser combinado con el uso juicioso de las estrategias de monitoreo y evaluación con el fin de mejorar el bienestar psicosocial del paciente. La PBE hará hincapié en las investigaciones de resultados para ayudar a guiar las elecciones iniciales, las intervenciones y métodos de monitoreo y evaluación para facilitar la implementación óptima.

Sin embargo, aún existen numerosas barreras sustanciales para cumplir con la visión del movimiento PBE dentro del campo de la salud mental. Existe una variedad de problemas prácticos, que incluyen la capacitación de profesionales de la salud mental, el diseño de sus trabajos y la difusión efectiva de los resultados de las investigaciones. Hay, además, problemas aún más fundamentales. Estos implican la dificultad de traducir los resultados de los estudios de investigación dentro de la práctica. Existe aún hoy un abismo entre los objetivos, los valores y las epistemologías de los investigadores y los clínicos. Por un lado, la mayoría de los

investigadores están interesados en un conocimiento generalizable que sea aplicable a una gran variedad de personas, problemas y situaciones y en intervenciones que puedan ser especificadas, replicadas y monitoreadas con cierta fidelidad. Por otro lado, los clínicos parecen estar más interesados en individualizar sus intervenciones para un paciente en particular o a una situación específica, y en comprometer a sus pacientes para que logren metas significativas. Además, los investigadores suelen estar interesados en casos sin complicaciones, sin tratamientos previos, comorbilidades múltiples o tendencias peligrosas. Se ha informado que el promedio de los ensayos controlados aleatoriamente excluyen alrededor de dos tercios de los posibles pacientes, por lo que se termina socavando gravemente la representatividad de dichos estudios (Ruscio & Holohan, 2006).

Algunas de las condiciones que suelen justificar la exclusión de los pacientes de los grupos a investigar son:

- Presentación de síntomas: tales como severidad, cronicidad, comorbilidad.
- Características de seguridad: suicidio, homicidio, peligro continuo.
- Características de la personalidad: hostilidad, dependencia, externalización, baja autoestima, baja mentalización.
- Rasgos psicosociales: trauma repetido, estresores múltiples, severos, inestabilidad financiera, asilamiento social, entorno social poco favorable.
- Motivación: desesperanza severa y desmoralización, etc.
- Historial de tratamiento: fracasos repetidos, tratamientos sin éxito, etc.

Otras barreras son las limitaciones en la capacitación de los profesionales, incluyendo la

de los investigadores, la estructura de empleos y los métodos de difusión de las investigaciones (Hudson, 2009).

Rosen (2003) ha identificado que los clínicos presentan dificultades en la utilización de formas racionales y científicas de construcción de conocimiento y utilizan de manera indiscriminada decisiones heurísticas como por ejemplo las denominadas “de sentido común”. Por ejemplo, con la finalidad de facilitar las decisiones Ruscio and Holohan (2006) recomiendan la utilización de un enfoque jerárquico de las PBE, donde se inicie con la intervención con mayor evidencia. Si esta no existiera, no funcionara o no se pudiera aplicar por alguna razón, el clínico se pueda mover hacia una alternativa menos potente, pero con evidencia. Por ejemplo, muchas intervenciones PBE se encuentran dirigidas hacia la eliminación sintomática como por ejemplo en las fobias o en el lavado de manos compulsivo. En muchas situaciones este tipo de intervención es suficiente, pero en muchos otros es solo un primer paso. La utilización de árbol de decisiones tanto para el diagnóstico como para el tratamiento psicofarmacológico y solo, ocasionalmente ha sido propuesto para las intervenciones psicosociales.

En general, las investigaciones relevantes para las distintas condiciones en salud mental y sus tratamientos solo proporcionan parámetros generales para las decisiones de intervención, para la selección de los principales modalidades y estrategias de atención. Las teorías prácticas proporcionan algunas orientaciones adicionales o guías de intervención. Pero incluso después de considerar la investigación y la teoría en la práctica de la toma de decisiones, persistirán muchas ambigüedades y conflictos. Muchas decisiones solo se podrán tomar a través de las aplicaciones críticas de los principios comunes de práctica, valores y ética. Las recomendaciones para individualizar el tratamiento, llevar a cabo evaluaciones biopsicosociales, utilizar enfoques de práctica por niveles y considerar las dimensiones empíricas, teorías y éticas son todas

importantes, pero colocan al profesional bajo una especie de sobrecarga decisional. (Hudson, 2009).

Muchos de los enfoques actuales para la toma de decisión toman como punto de partida el ideal tradicional de optimización. Esto tiene cierta importancia, ya que muchos de los enfoques recomendados para la resolución de problemas y la planificación del tratamiento están infundidos por este ideal. Este enfoque también es conocido como el modelo racional-integral dentro de la ciencia política y la economía (Newton & Van Deth, 2016).

Este modelo solo puede ser intentado seriamente cuando los problemas son inusualmente simples y hay acuerdo sobre los objetivos preferidos. Este modelo recuerda a las estrategias de resolución de problemas (Perlman, 1957) en el trabajo social con respecto a (1) definir el problema, (2) establecer los objetivos, (3) la determinación, (4) el pronóstico de medios alternativos para lograr los objetivos y (5) la selección de la alternativa óptima. Una alternativa temprana a la toma de decisión integral y racional fue la propuesta por Etzioni (1967), conocida como exploración mixta en donde, se recomienda un incremento en los procesos de toma de decisión para decisiones rutinarias y el método comprensivo racional para cuestiones fundamentales, reduciendo así los costos y el tiempo involucrado en los métodos de decisiones basados en la evidencia. Un tercer método es el propuesto por Simon (RL) caracterizado por razonamientos deductivos e inductivos más conocido como *satisficing* (Hudson, 2009).

A partir de la década del 70', se ha desarrollado un amplio campo conocido como toma de decisiones de comportamientos la cual busca comprender los procesos de toma de decisión personales y profesionales. Dos de los pioneros en este campo fueron Janis y Mann. A partir de allí, este campo se fue dividiendo entre aquellos que estudian las condiciones asociadas a la toma de decisión racional en el entorno de laboratorio y aquellos que buscan estudiar el proceso de

toma de decisión del profesional en situaciones de vida real, conocido como toma de decisión naturalista (TDN). Este segundo grupo es tan diversos que pueden incluir desde psicoterapeutas, pilotos hasta bomberos. Es posible utilizar tanto métodos cuantitativos como cualitativos para estudiar las decisiones con (1) problemas estructurados, (2) entornos dinámicos, (3) objetivos de cambio, (4) ciclos de acción/retroalimentación, (5) presión de tiempo, (6) apuestas, etc. (Orasanu & Connolly, 1993). Estas investigaciones generalmente involucran a expertos como agente tomar de decisión, problemas que involucran a situaciones difíciles, el modelado informal en el lugar de estas situaciones, un enfoque en el proceso y la presión para fundamentar las respuestas en la evidencia (Lipshitz et al., 2001).

Dentro del campo de TDN, hay quienes se enfocan principalmente en el uso de heurísticos o reglas de decisión, por ejemplo, los principios de práctica, incluidos los diversos errores que se comenten en su formulación o aplicación. Esta orientación está estrechamente relacionada con el estudio de la resolución de problemas, incluidos el uso de habilidades tan diversas como el pensamiento crítico, la metacognición, el pensamiento lateral, el aprendizaje consciente, la creatividad y la intuición. Otros dentro de este campo han tratado de extender estos enfoques a través de la formulación de modelos más abstractos de toma de dedición profesional, basados en el estudio de como los profesionales realmente toman decisiones en contextos naturales, Por ejemplo, el desarrollo de patrones de lenguaje, el razonamiento basado en casos y el modelo de reconocimiento/metacognición.

El campo de la toma de decisiones clínicas, que inicialmente se desarrolló dentro de la medicina, ha intentado combinar lo mejor de distintos enfoques. Los heurísticos generalmente se enmarcan como reglas o principios simples “*si/entonces*” que son fáciles de recordar y usar. Estas reglas pueden derivar puramente de la teoría, de la investigación empírica, o simplemente

pueden reflejar la sabiduría práctica o creencias comunes de una profesión (ver Figura 7).

Simon et al. (1987) demostraron mediante sus investigaciones que las personas suelen resolver problemas mediante una búsqueda heurística selectiva a través de grandes espacios problemáticos y grandes bases de datos utilizando el análisis de medios y fines como una técnica principal para guiar la búsqueda. Los heurísticos de decisión pueden prescribir el uso de estrategias generales, o estar integradas en la estructura de un modelo de contingencia, o pueden ser independientes. Su poder radica en la capacidad para simplificar la toma de decisiones basadas en experiencias pasadas, pero su aplicación indiscriminada puede crear problemas. Cuando los heurísticos están claramente definidos y priorizados de una manera lógica, es posible construir protocolos o algoritmos de toma de decisión. Estos pueden estar

*Figura 7: Ejemplos de Heurísticos (Hudson, 2009).*

Los heurísticas son simples "reglas de juego" o principios de práctica que a menudo se usan para guiar la toma de decisiones en problemas complejos. Aunque algunos pueden basarse en investigaciones o teorías formales, muchos reflejan la sabiduría práctica aceptada de una profesión, cuya validez no se ha probado.

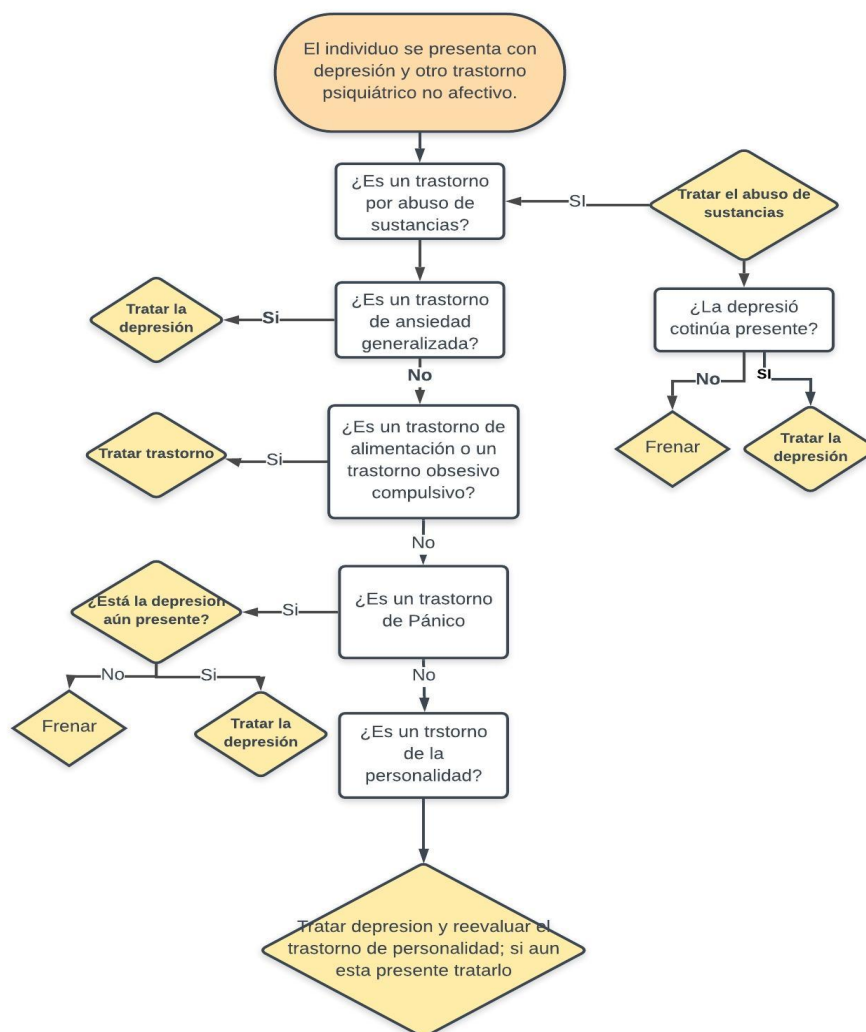
Algunos ejemplos generales del campo de la toma de decisiones de comportamiento:

1. Representatividad heurística: si un conjunto de signos y síntomas son comunes a dos fenómenos, se concluye que las causas y / o efectos de cada uno también serán los mismos. El peligro es que las probabilidades anteriores a menudo se ignoran, o que la equifinalidad puede estar involucrada, que el mismo fin puede resultar de diferentes causas (Tversky & Kahneman, 1974).
2. Heurística de disponibilidad: la probabilidad de que ocurra un evento se calcula en función de la facilidad con que venga a la mente. Esta es una heurística peligrosa en particular, ya que muchos factores influyen en el recuerdo, aparte de la relevancia (Tversky & Kahneman, 1974).
3. Heurística de anclaje: se confía en los primeros valores de una serie para estimar la progresión de una serie de valores (Tversky & Kahneman, 1974).
4. Eliminación por aspecto: cuando se debe elegir entre muchas alternativas, los grupos de alternativas se rechazan progresivamente si no cumplen con los diversos criterios mínimos. Esto puede resultar en la eliminación de muy pocas alternativas, todas ellas, o en el enfoque de criterios inapropiados para una decisión final (Tversky & Kahneman, 1973).
5. lo que hicimos la última vez si funcionó, y lo contrario si no"(Janis & Mann, 1977).  
Algunos ejemplos específicos de los servicios humanos:
6. "Implementar aquellas alternativas para las cuales se pueda lograr un consenso".
7. Si dos diagnósticos para el mismo problema son igualmente plausibles, enfóquese en tratar a los menos grave, y monitorear el resultado ".

presentes a menudo como arboles de decisión en los que un heurístico sirve como condición previa para el próximo (ver Figura 8). Este algoritmo se propone una guía para la práctica definiendo de manera sencilla y lógica alternativas interrelacionadas. En muchas situaciones, las reglas "si-entonces" son inapropiadas ya que puede haber múltiples y ambiguas

condiciones implícitas en la parte “si” de la declaración. Las reglas “*si/entonces*” asumen situaciones simples que pueden ser identificadas por uno o unos pocos criterios.

**Figura 8:** *Árbol de decisión diagnóstico y de tratamiento para la depresión tomado de Hudson, 2009.*



Por ejemplo, si una persona que padece un trastorno mental es inminentemente peligrosa para sí misma o para otros, y si no hay una configuración menos restrictiva disponible, entonces

es necesario hospitalizar a la persona” (Hudson, 2009).

Gran parte de las decisiones que tiene que tomar los profesionales implica el reconocimiento y comparación de complejos patrones, por ejemplo, unir el patrón de presentación de signos y síntomas de un paciente, así como las fortalezas y otras características, con un patrón diagnóstico conocido, por ejemplo, esquizofrenia. El campo de la toma de decisiones clínicas se ha basado mucho en el uso combinado de heurísticos, algoritmos (o árboles de decisiones), así como en el reconocimiento informal de patrones. En los últimos años, los teóricos de la toma de decisión han investigado la aplicación de enfoques más sistemáticos a los usos de los algoritmos, los enfoques para el reconocimiento de patrones, así como las habilidades cognitivas generales y las estrategias de resolución de problemas, para mejorar las decisiones relacionadas con la evaluación y la planificación del tratamiento. Por ejemplo, el enfoque denominado razonamiento basado en casos el cuál es una estrategia para el reconocimiento de patrones que requiere una base de datos de casos o una base de casos. Pero, en la mayor parte, la toma de decisión clínica en el campo de la salud mental sigue siendo bastante informal y solo esta minimizada, a pesar del número creciente de instrumentos de evaluación rápida (Corcoran & Fischer, 2006).

El debate continúa sobre la importancia relativa del juicio profesional frente a los heurísticos definibles, los protocolos y los procedimientos de comparación de patrones incluidas en las pruebas clínicas formales. Al mismo tiempo, los partidarios de una mayor sistematización cuestionan la confiabilidad del juicio profesional, la intuición, la escucha activa y similares. Muchos clínicos remarcan que las técnicas racionales y basadas en la evidencia socavan la calidad e la relación, objetivan, estigmatizan y desempoderan a los pacientes imponiéndoles un modelo médico opresivo.

Una de las contribuciones más significativas de las TDN ha sido el descubrimiento de que los expertos no muestran, al tomar decisiones, los tipos de sesgos encontrados en las condiciones restringidas de laboratorio. Esto se le ha atribuido a una condición denominada “conocimiento de la situación” (Klein, 2014). En general, los expertos dedican mucho más tiempo en reconocer, definir y conceptualizar la naturaleza de la situación actual, en lugar de revisar secuencialmente las ventajas y desventajas de los cursos alternativos de acción de manera racional. Una gran parte del trabajo del psicoterapeuta implica decidir sobre qué información recolectar acerca del paciente y, en base a dicha información, decidir como continuar o que hacer. La toma de decisiones podrá ocurrir tanto en un micro-nivel, como aquellas que se deben tomar minuto a minuto durante la sesión, y en un macro-nivel, como por ejemplo las predicciones que podrá realizar acerca ciertos resultados como riesgo suicida, violencia, respuesta al tratamiento. Estas decisiones irán determinando la calidad del tratamiento, por lo que resultara importante determinar la mejor manera de realizarlas (Ægisdóttir et al., 2006).

Las decisiones terapéuticas sobre los clientes encierran un alto grado de complejidad. Desde el inicio, se entrena al psicoterapeuta a clarificar la presentación del problema del paciente, historias relevantes, considerar diagnóstico y desarrollar planes de tratamiento. Los terapeutas, para llevar acabo estos procesos pueden optar por atender información a través de las referencias que haga el paciente, comentarios, movimientos corporales, resultados de técnicas e informes de otros profesionales. También podrán considerar investigaciones relevantes, capacitaciones y su propia experiencia. A su vez, a los terapeutas se le insiste en que las decisiones sobre sus pacientes se toman de una mejor manera al establecer una alianza de trabajo fuerte y eficaz. Pero es necesario remarcar que a menudo el profesional deberá tomar decisiones rápidas. Cuando el psicoterapeuta recibe a un paciente nuevo para dar inicio al tratamiento, por

ejemplo, este es bombardeado con información que debe ser descifrada de forma rápida y precisa. Lo que podrá crear, dada la gran cantidad de información que deberá manejar y el limitado tiempo que tiene para responder, una situación poco óptima para la toma de decisiones (Pfeiffer et al., 2000).

Las investigaciones en psicología social han distinguido que cuando una persona realiza un juicio sobre alguien más, la gente tiende a formular una hipótesis inicial sobre ellos y luego buscará información que busque confirmarla o sea consistente. A esto se lo denomina sesgo confirmatorio. En este caso, el terapeuta deberá estar atento y abierto a recibir la información necesaria para formular hipótesis y buscar información que la respalde más allá de dicho sesgo (Pfeiffer et al., 2000).

En una investigación llevada a cabo por Bech (1990) se le presentó a dos grupos, por separado, de estudiantes doctorales en psicología una video grabación sobre una evaluación clínica llevada en una entrevista de admisión. En uno de los grupos se les dijo que el paciente era referido por ansiedad y al otro grupo, que el paciente era referido por depresión. Los terapeutas de ambos grupos recibieron información adicional por igual. Al iniciar el video, el paciente le declara al terapeuta que siente ansiedad o depresión dependiendo del grupo al que se le presentara el video. Al finalizar el video los terapeutas debieron tomar diversas decisiones sobre el paciente. Se le pidió que identificaran el problema y que enfocara en la terapia para evaluar la hipótesis que habían generado. Como resultado, Haverkamp encontró que los terapeutas no utilizaban mas estrategias confirmatorias cuando evaluaban las hipotesis generadas por el experimentador sobre el paciente. Cuando los psicoterapeutas testeaban sus propias hipotesis si utilizaban estrategias de toma de decision confirmatorias. Por lo que atendieron de forma selectiva la informacion que apoyaba sus hipotesis, interpretaban los comportamientos de los

pacientes de una manera que verificaban sus ideas y hacían preguntas que podrían obtener apoyo para sus propias hipótesis. De manera inesperada el autor también encontró que los terapeutas identificaban en mayor medida a la depresión en lugar de la ansiedad, independientemente de la hipótesis de referencia.

En este punto hubiese resultado interesante evaluar si los terapeutas solamente confirmaban su hipótesis o, luego de reunir las suficientes señales en el paciente, llegaron a un juicio/hipótesis y luego buscaron información que le diera peso a esa hipótesis.

Fava et al. (1994) realizaron una investigación en la cual buscaron reproducir la investigación realizada por Haverkamp pero con algunas modificaciones. Como resultado obtuvieron que aquellos terapeutas que se les proporcionó un diagnóstico de referencia (depresión) antes de ver la video grabación tendieron a elegir el mismo diagnóstico como su hipótesis diagnóstica. Por otro lado, aquellos terapeutas a los cuales se les proporcionó otra hipótesis diagnóstica (ansiedad social o angustia general) y luego vieron el video del paciente, también tendían a elegir el diagnóstico de depresión y por último, aquellos terapeutas que no se les proporcionó ninguna hipótesis inicial, tendieron a desarrollar sus propias hipótesis que fueran más compatibles con la presentación del paciente y ajustaron sus estrategias de toma de decisión para que sean más consistentes con sus propias hipótesis. Según los autores, estos resultados indicaron que los terapeutas dependen en mayor medida de su propia toma de decisión en lugar de la de una fuente de referencia y que tienden a procesar la información en una manera consistente con sus propia hipótesis de preferencia, en lugar de buscar disconfirmar esa hipótesis.

Ahora bien, el término “clínico” es utilizado ampliamente para denotar un polo con dos ejes independientes: por un lado, se encuentra el observador cuyos datos se están agregando (clínico/experto vs. Lego) y el método de agregado de esos datos (Impresionista vs. Estadístico).

Según los últimos cincuenta años de investigación, cuando las fórmulas están disponibles, el agregado estadístico supera al agregado informal y subjetivo en la mayor parte del tiempo. Sin embargo, estos datos tienen poca relación con la cuestión de si los clínicos pueden hacer observaciones confiables e inferencias a un nivel de generalidad relevante para la práctica o útil como dato para ser agregado estadísticamente o en qué condiciones las puede realizar.

Un cuerpo de investigación emergente sugiere que las observaciones clínicas, como las observaciones de los legos, puede ser cuantificada usando procedimientos psicométricos por lo que la descripción clínica pasa a ser una predicción estadística (Westen et al., 2012). Una gran cantidad del trabajo clínico requiere de la recolección de información acerca del paciente para poder realizar predicciones sobre resultados futuros (Ægisdóttir et al., 2006).

Las predicciones clínicas hacen referencia al uso de un individuo (un experto en psicología, por ejemplo) para predecir un evento. Por su parte la predicción estadística hace referencia a la utilización de una fórmula actuarial para predecir el mismo evento. En el libro clásico publicado por Meehl en 1954, *Predicción clínica vs estadística*, el autor sugiere que el clínico experto tiene acceso a toda la información utilizada para crear una fórmula o información adicional, combinando la información de cualquier forma que considere adecuada haciendo uso de la habilidad clínica, la intuición y el conocimiento teórico. Por otra parte, la ecuación matemática no tiene flexibilidad, pero es tan buen predictor como el clínico. El autor entendió que a diferencia de la fórmula matemática la cual combina la información de la manera que la historia ha mostrado ser mejor predictor, el clínico combinará las variables de una manera idiosincrática.

Meehl descubrió en 19 de los 20 estudios, que los métodos estadísticos eran más precisos o igual de precisos que el método clínico, llegando a la conclusión de que el tiempo de los

clínicos debería dedicarse a la investigación y la terapia mientras que el trabajo relacionado con los pronósticos y clasificación debería dejarse a los métodos estadísticos. Años más tarde Holt, uno de los mayores defensores de la época del método clínico, criticó la postura de Meehl específicamente en dos cuestiones: (a) la identificación y evaluación de variables predictivas y (b) cómo esta debe ser integrada. Holt sostuvo que Meehl le había dado atención insuficiente a la sofisticación con la que los clínicos identifican los criterios que están prediciendo, que variable utilizar para dicha predicción y la fuerza de la relación entre predictores y criterios. Holt presentó datos que sugerían la superioridad para los procedimientos clínicos sofisticados en lugar de los estadísticos para predecir el éxito en la capacitación clínica. Por lo que termina sugiriendo lo beneficioso de utilizar ambos métodos, clínico y estadístico (por ejemplo test) (Ægisdóttir et al., 2006).

En un estudio meta-analítico más reciente, Grove et al. (2000) encontraron resultados que apoyaban a los descubrimientos iniciales de Meehl. A pesar de estos resultados, los mismos desempeñan un papel poco influyente para la práctica clínica. En primer lugar, porque los clínicos no están familiarizados a la literatura sobre predicción clínica versus estadística, en segundo lugar, porque estos se muestran incrédulos ante los resultados o creen que la comparación tuvo influida por sesgos de procedimientos en favor de los métodos de predicción estadístico. La gran mayoría de los clínicos valoran altamente la sensibilidad interpersonal creyendo, algunos, que la utilización de fórmulas predictivas deshumanizarían a sus pacientes (Ægisdóttir et al., 2006).

La visión de Meehl acompañó al debate de la época planteado por Eysenck (1952) y colegas (ver introducción). En un principio los científicos “duros” saborearon la victoria de las estadísticas sobre la intuición y la experiencia clínica quedando estas devaluadas. De la misma

manera, modelos de tratamientos intentan minimizar el papel del juicio clínico sobre la base de que dicho juicio es inherentemente inferior, a largo plazo, a las intervenciones prescriptas en un manual bien validado y modelos de evaluación y diagnósticos con peso en investigaciones científicas, que recomiendan que los clínicos reemplacen sus práctica diagnósticas con entrevistas estructuradas que indaguen sobre cada criterio de diagnóstico para cada trastorno del DSM o CIE-10 dejando en un segundo plano la actividad cognitiva del clínico que se desarrollará en un continuo que irá desde niveles bajos de procesamiento, como sensaciones y percepciones, hasta procesos de alta complejidad como las inferencias, juicios y toma de decisión. (Westen et al., 2012).

Las observaciones del clínico incluirán elementos sustanciales de percepción y bajo nivel de categorización (como por ejemplo si el paciente llora mucho o tiene un gran historial de arrestos) que requerirán un bajo nivel inferencial como así también niveles sustanciales de juicios e inferencias (ejemplo: el paciente es emocionalmente lábil o sensible al rechazo) que no son diferentes en su clase de las inferencias requeridas por los observadores legos cuando los síntomas de un auto informe o los rasgos de personalidad (ejemplo: mi estado de ánimo es uy cambiante o a menudo me preocupo por ser rechazado por personas que considero importantes).

#### ***2.2.4 Las representaciones de los trastornos mentales de los clínicos***

La visión de la categorización basada en la teoría base propone que los conceptos se representan como teorías o explicaciones causales. Según Murphy and Medin (1985) las teorías que tiene la gente sobre el mundo encarnan el conocimiento conceptual y que su organización

conceptual, en parte, se encuentran representadas en sus teorías. En cierto nivel esta afirmación es trivialmente cierta, por ejemplo, la comprensión que tiene una persona sobre la química influirá en la concepción que tenga esta persona sobre una sustancia como por ejemplo el agua. Sería muy extraño para esa persona creer, por ejemplo, que el agua es animada y sin embargo comprender las relaciones de fase entre el agua, el hielo y el vapor (Kim & Ahn, 2002).

Es decir, que existe cierta consistencia entre los conceptos de las personas y su comprensión de los objetos y fuerzas que interactúan en el mundo. Los conceptos se encuentran organizados por teorías o una serie de explicaciones mentales (no dé explicaciones científicas completas y organizadas). Las personas utilizan implícitamente algunos tipos de conocimientos teóricos y solo se dan cuenta de hacerlo cuando se enfrentan a una falta de coincidencia o falla de ese conocimiento. Incluso, las teorías explícitas de las personas a menudo pueden no alcanzar el rigor y la consistencia esperada en un plano científico. Los conceptos agrupados deberán presentar coherencia, es decir que la agrupación de objetos debe tener sentido para el perceptor. Es decir que nuestras teorías acerca del mundo contienen características de un conjunto en un concepto en un paquete cohesivo.

Como es sabido, los psicoterapeutas se han guiado desde hace décadas por manuales ateóricos para realizar diagnósticos de los trastornos mentales en donde se representan los trastornos como listas verificables de síntomas sin intentar proporcionar una teoría organizativa que describa los principios fundamentales que subyacen a la taxonomía. A partir de estos manuales y sus libros de casos, se ha entrenado a psicoterapeutas a buscar síntomas en sus pacientes que concuerden con los criterios diagnósticos sin darle instrucciones explícitas de incorporar nociones adicionales que puedan tener sobre como estos síntomas pueden afectarse entre sí (Grove et al., 2000).

Pasada varias décadas desde la publicación del DSM-III, el sistema del DSM se ha convertido en uno ampliamente aceptado en la mayor parte del mundo, formando parte del núcleo de las investigaciones, evaluaciones clínicas, diagnósticos y tratamientos psicoterapéuticos. Resultaría por lo tanto importante verificar que los clínicos, en la actualidad, adhieran a las directrices formales en la situación diagnóstica, como así también, si los clínicos expertos le otorgan una misma importancia a todos los síntomas del trastorno por igual (Kim & Ahn, 2002). En las últimas décadas la literatura de categorización ha sufrido distintos cambios importantes. El enfoque clásico basado en reglas fue seguido por modelos basados en similitudes que incluyen modelos prototípicos y modelos ejemplares.

- **Enfoque basado en reglas (rule-based approach)**

Este enfoque postula que cada categoría tiene individualmente necesario, y colectivamente suficientes características que la definan. Por ejemplo, la categoría “soltero” puede ser definido por la conjunción de características: adulto, hombre y no casado. El primer sistema conocido de clasificación de los trastornos mentales, expuesto por Kraepelin y luego por el DSM-I y DSM-II también requerían características necesarias y suficientes para el diagnóstico. Por ejemplo, Kraepelin postuló que las características que definían a la esquizofrenia era el inicio temprano de la demencia. Sin embargo, resulto muy difícil encontrar características de definición satisfactorias para la mayoría de las categorías naturales. Por ejemplo, “sacerdote” se ajusta a las características definitorias para “Soltero” pero pocas personas, en realidad, se referiría al sacerdote como soltero. Además, el enfoque clásico no tiene

en cuenta los efectos típicos en el que algunos ejemplares se clasifican como mejores miembros de una categoría que otros. Tales efectos no podría ocurrir si las categorías fueran realmente representadas como características definitorias (Kim & Ahn, 2002).

- **Enfoque de similitud/prototipo**

Esta es una alternativa al enfoque anteriormente explicado, la cual establece que una categoría se representada como un prototipo, un promedio, una representación abstracta de los miembros de la categoría. La pertenencia a una categoría está determinada por la similitud de una instancia con ese prototipo. Este segundo enfoque resuelve los problemas de la visión clásica. Por ejemplo, puede tener en cuenta los efectos típicos ya que cuanto más similar es la instancia al prototipo más probable es que se categorice rápidamente, se califique como más típica de la categoría, y así sucesivamente. El DSM-III y luego los sucesivos DSM, adoptaron un formato más parecido a este enfoque, permitiendo una nosología más flexible que las versiones anteriores del manual (Ægisdóttir et al., 2006). Por ejemplo, el paciente prototípico de la esquizofrenia tiene cinco síntomas, pero un paciente que se presenta solo necesita tener dos de esos cinco síntomas para diagnosticar el trastorno. Este enfoque fue ganando validez como modelo de diagnóstico de los trastornos mentales. Genero and Cantor (1987); Tversky and Kahneman (1974) encontraron que los clínicos hacen clasificaciones de tipicidad de pacientes considerando algunos mejores ejemplos de un trastorno que otros. También encontró que los clínicos son menos precisos y confiados cuando deben realizar un diagnóstico a pacientes atípicos que cuando lo deben realizar con pacientes con síntomas más característicos al trastorno

(Westen et al., 2006).

- **Enfoque basado en la teoría (theory- base approach)**

Este enfoque postula que la mente humana forma categorías y conceptos basados en sus teorías sobre el mundo. En el estudio realizado por Kim and Ahn (2002) buscaron determinar que función cumple dicho enfoque en el diagnóstico. El estudio amplía las demostraciones previas de “razonamiento basado en la teoría” al demostrar que a pensar del hecho de que los psicólogos clínicos cuentan con manuales ateóricos para realizar diagnóstico, utilizan sus propias teorías cuando razonan sobre los trastornos mentales. Además, el estudio encontró que la mayoría de las relaciones en las representaciones de psicólogos clínicos de trastornos mentales podrían clasificarse como causales o como implicación de causalidad. Es importante remarcar que dichos resultados no intentan argumentar que los clínicos no utilicen al mismo tiempo representaciones prototípicas. A su vez el estudio no controló estrictamente las validaciones de las señales y categorías (Kim & Ahn, 2002).

Por lo tanto, un clínico cuyo objetivo es realizar un pronóstico válido hará bien en confiar en un conjunto standard e ítems, emitir juicios a nivel apropiado de inferencias que capitalice las habilidades que probablemente haya desarrollado a través de la capacitación y la experiencia clínica. Tal como Meehl propuso hace ya algunas décadas, no hay sustituto para la experiencia clínica en la generación de hipótesis y el diseño de elementos clínicamente relevantes para su uso en investigación. Las investigaciones en ciencias cognitivas sugieren que, al aumentar la experiencia en un dominio, una persona generalmente puede realizar discriminaciones más sutiles, procesar la información de manera más eficiente y automatizar los procedimientos que

inicialmente requerían atención consciente consumiendo gran cantidad de recursos cognitivos.

La experiencia de los clínicos les proveerá, además de una observación y capacidad inferencial entrenada, una base normativa desde la cual harán inferencia sobre la psicopatología. Sus normas implícitas podrán diferir una de otras, pudiendo reducir la confiabilidad, al igual que las normas implícitas de los pacientes influirán sobre sus respuestas. Pero, sin dudas, que esperaríamos que individuos que han realizado una gran cantidad de observaciones de pacientes deprimidos o psicóticos puedan realizar discriminaciones más precisas y confiables que los observadores legos (Westen et al., 2012).

### ***2.2.5 Diagnóstico de los trastornos mentales***

Desde la década del 90 se ha destinado un gran esfuerzo a crear guías de intervención basadas en la evidencia para la clínica psicológica y psiquiátrica. Estimulada, en parte, por la publicación del grupo de trabajo de la División de psicoterapia (División 12) de la Asociación Americana de Psicología (APA) en 1995. Desde entonces, muchos de los investigadores han llamado a que la práctica y entrenamiento de la psicoterapia se limite a los tratamientos que han demostrado ser eficaces en ensayos controlados aleatoriamente. Estos tratamientos basados en la evidencia difieren sustancialmente de los tratamientos conducidos por muchos practicantes como así también de una gran cantidad de programas universitarios de entrenamiento psicológico que tendieron durante una cantidad de años a los modelos psicoterapéuticos tradicionales. En las investigaciones que se comenzaron a realizar a partir de este nuevo movimiento, donde se primaba el estudio los estudios controlados aleatorios, los investigadores buscaban incluir

pacientes que minimizarán la homogeneidad y minimizaran la presencia de condiciones concurrentes que podrían hacer que los hallazgos sean difíciles de interpretar. Así, los tratamientos eran diseñados para un solo trastorno, en general del Eje 1. Condiciones tales como la depresión mayor, pánico o ansiedad social. Los tratamientos que se desarrollaba eran relativamente breves, de duración fija y manualizado, intentando buscar minimizar la variación dentro del tratamiento, permitiendo un control experimental estricto. Pero a medida que el tiempo avanzaba los investigadores comenzaron a manifestar las limitaciones de este método. Dentro de las distinciones que empezaron a plantearse, se comenzó a pensar si era más adecuado realizar tratamientos de estados o de trastornos. Por ejemplo, los datos sobre el curso natural de la depresión sugieren que los episodios depresivos mayores (estados depresivos) irán reduciendo de forma gradual los síntomas en el tiempo. El 56% de los pacientes se recuperan al cabo de 6 meses, el 70% en un año y el 88% a los 5 años. Sin embargo, el riesgo de recurrencia supera el 85% en 10 a 15 años. Según las estadísticas, las personas afectadas por un trastorno depresivo mayor experimentarán, en promedio, cuatro episodios depresivos mayores de 20 semanas de duración cada uno y es probable que experimenten una variedad de otros síntomas depresivos en otros puntos. Las investigaciones sugieren que la rehabilitación duradera de problemas de larga duración probablemente requiera tiempos largos de tratamiento, donde entrarán en juego el grado de problemática del paciente y el tipo de deterioro caracterológico. Una de las mayores dificultades que comenzaron a ver los investigadores para la generalización de los estudios en la práctica clínica era la alta tasa de exclusión de los ensayos clínicos para muchos trastornos como los mencionados (Kupfer et al., 2012). En relación con el método diagnóstico, muchos investigadores y clínicos de distintas corrientes teóricas han escrito sobre las fortalezas y debilidades que tiene este.

La aparición del DSM-III representó un momento cardinal en la evolución del método diagnóstico abandonando la arquitectura antes utilizada por las dos ediciones anteriores. En primer lugar, significó el pasaje de un sistema de clasificación que tenía poca base en la investigación empírica a uno que tenía al menos una base modesta y creó las bases para una explosión de investigaciones sobre trastornos psiquiátricos. En segundo lugar, permitió modificar una forma de diagnosticar a los pacientes con baja confiabilidad entre dos clínicos o investigadores a un enfoque que tenía una alta confiabilidad para facilitar la explosión de investigaciones anteriormente mencionada, aunque continuara teniendo ciertos problemas en el entorno clínico. Estos cambios generó importantes mejoras para el diagnóstico de investigación (utilizando entrevista estructurada) generando un incremento muy importante en investigaciones desde 1980. En las décadas siguientes un centenar de estudios se han centrado en la clasificación de los trastornos, por ejemplo, se buscaba agrandar los criterios o disminuirlos, revisarlos, etc.

Pero pocas investigaciones se dirigieron hacia el cómo realizar el proceso diagnóstico de forma que sea más útil en la clínica y a la vez sea válido y fiable. A través de las distintas ediciones de DSM los clínicos se vieron empujados a tener que modificar la forma en que realizaban los diagnósticos a la manera en que los investigadores sugerían. Este supuesto presentó múltiples complicaciones. Por un lado, la extensión del manual (el DSM-IV-TR presentó 886 páginas), la cantidad de preguntas sobre criterios irrelevantes que debía investigar el clínico para determinar “x” diagnóstico. Por ejemplo, saber que un paciente con síntomas bulímicos ha sufrido purgas y atracones dos veces por semana durante un periodo de tiempo específico, es mucho menos útil clínicamente que el hecho de saber que el paciente se encuentra con atracones y purgas de manera frecuente, y que los atracones parecen suceder luego de la aparición de sentimiento suceden rechazo o abandono. A su vez, la naturaleza arbitraria de los

criterios de severidad, duración y números de síntomas cumplidos se transformó en un problema tanto para el clínico como para el investigador. En muchos estudios realizados en los trastornos más prevalentes, como por ejemplo los trastornos de ansiedad, la mayoría de los pacientes quedaban excluidos de los ensayos clínicos ya que no cumplían con los criterios de inclusión rígidos o presentaban comorbilidades (lo cual parecía ser más la norma que la excepción). También, se presentaron grandes dificultades tanto para los clínicos como para los investigadores en recordar los criterios y algoritmos de diagnósticos complejos, incluso para los denominados trastornos comunes (Westen, 2012; Westen et al., 2006).

Desde el inicio del DSM-III, cuando se habla de diagnóstico en salud mental se debe tener en cuenta la clasificación de dos componentes: 1) taxonomía (establece la agrupación diagnóstica) y 2) diagnóstico (se aplica la agrupación diagnóstica a casos individuales). Desde entonces se ha focalizado una gran cantidad de esfuerzos al primero de los dos componentes, refinando categorías y criterios. Sin embargo, muy pocos se han ocupado de evaluar sistemáticamente métodos alternativos de diagnóstico (Westen et al., 2006).

El cambio de los criterios diagnósticos realizado en el DSM-III no han mejorado el acuerdo entre evaluadores (confiabilidad) en la práctica clínica o los ensayos de campo en parte porque los trastornos definidos como listas de criterios son difíciles de recordar, requieren juicios dicotómicos (y poco confiables) sobre cada criterio, son engorrosos en la práctica clínica y no han demostrado ser útiles para los profesionales. Además, hoy en día hay una gran cantidad de evidencia de que la mayoría de los trastornos se distribuyen de forma continua en lugar de categorías (Mann et al., 2001; Swaab et al., 2005).

Dentro de las críticas que recibió el sistema diagnóstico impulsado por el DSM, se hizo fuerte hincapié en la gran cantidad de pacientes subdiagnosticados. Distintos documentos

mostraron la prevalencia de diagnósticos por debajo del umbral que hay entre la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, producto del refinamiento de la taxonomía comenzada con el DSM-III. Este refinamiento de prácticamente todas las categorías del Eje 1 ha traído consigo la identificación de casos fronterizos que requieren nuevos diagnósticos porque la adherencia estricta a un conjunto de algoritmos de diagnóstico específicos conduce intrínsecamente al no diagnóstico de síndromes subclínicos o fronterizos. Un problema relacionado es la comorbilidad. Junto con la delineación más sistemática de categorías y criterios, surgió una virtual explosión de investigaciones sobre comorbilidades. Las comorbilidades presentes en los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo son un buen ejemplo ya que probablemente refleje en parte “la naturaleza de las cosas” como también la superposición de criterios (Maier & Watkins, 2005). Un intento por resolver el conflicto fue la creación de diagnósticos mixtos, como el trastorno de ansiedad y depresión mixta incluidos en el apéndice del DSM-IV como un diagnóstico que requiere estudio adicional. Pero desafortunadamente, cada adición similar al DSM crea nuevas y diferentes casos de sub-umbral que, a su vez, requieren una especificación adicional. Pero a pensar de las críticas del procedimiento diagnóstico, la mayoría de los investigadores y de los trabajos no se han focalizado en el proceso de como cada trastornos es diagnosticado, sino en que categoría diagnóstica se debe incluir, excluir o modificar (Berton et al., 2007).

Por su parte, los redactores del CIE-10 intentando crear un manual diagnóstico con una mayor orientación a la clínica, con mayor flexibilidad y un formato más sencillo de utilizar. Pero el problema que se presentó antes mayor flexibilidad fue que diferentes clínicos podían ejercer dicha flexibilidad de manera diferente pudiendo ver afectada la fiabilidad del diagnóstico den la práctica clínica. Una alternativa que hizo su aparición en los últimos tiempos fue la utilización de prototipos para el diagnóstico en donde el clínico, debe comparar la presentación clínica general

con un conjunto de prototipos diagnóstico.

El desarrollo de un enfoque para el diagnóstico que sea clínicamente efectivo requiere, sin dudas, que se tome en cuenta y se comprenda el cómo realizan los juicios las personas sobre el grado de similitud de un caso (ej.: un paciente) a un constructo abstracto (ej.: una categoría diagnóstica). Sin dudas que, el sistema diagnóstico actual comenzó bajo el supuesto de que tales decisiones se toman de acuerdo con lo que se ha denominado (y ya explicado anteriormente) “visión clásica” de la toma de decisiones la cual sostiene que las categorizaciones se realizan mediante el cumplimiento estricto de reglas de membresía bien definidas. La implementación efectiva de este enfoque depende, en una gran medida, de la capacidad individual y la disposición de los clínicos para utilizar este enfoque de manera regular y confiable. El problema es que las personas (en este caso quien diagnostica) tienden a tomar decisiones para categorizar estímulos novedosos complejos (ej.: presentación de paciente) a través de un proceso de toma de decisiones que utiliza una evaluación probabilística del grado de coincidencia con ejemplos “fuertes o claros” en sus mentes de la categoría (ej.: paciente con síntomas depresivos clásicos) o en una categoría abstracta como un prototipo (Berton et al., 2007).

Según Westen (2012) el diagnóstico a través de prototipos tiene ciertas ventajas en relación a las ya mencionadas. Por un lado, se ajusta de una mejor forma a cómo piensas y clasifican naturalmente las personas. Estas (en nuestro caso los clínicos) tienden a categorizar estímulos complejos y novedosos (como por ejemplo la presentación que realiza un paciente en una primera entrevista) a través de una evaluación probabilística del grado de coincidencia con un modelo mental que han formado (un prototipo) o ejemplares destacados de categorías potencialmente relevantes.

Ya como se ha mencionado al inicio del capítulo, las personas, en los juicios y toma de

decisión cotidiana tienden a satisfacer, es decir, hacer una evaluación suficientemente buena para su propósito y realiza determinaciones más precisión basándose en reglas de decisión explícitas de surgir la necesidad. Por ejemplo, en lugar de consultar al CIE-10 o al DSM-V para decidir si un paciente con síntomas de pánico moderados durante una o dos veces por semana cumple con los criterios formales, la gran mayoría de los clínicos diagnosticarán al que el paciente en cuestión padece de síntomas de pánico moderado y clínicamente significativos habiendo cumplido o no con los criterios formales, tomando en cuenta de que en muchas oportunidades los síntomas sub-umbrales generan deterioro funcional similar a los síntomas clínicos. Resulta importante remarcar que “satisficing” no es una forma de diagnóstico irracional, tal como se ha explicado al comienzo del capítulo (G. A. Fava & L. Mangelli, 2001; Ferrari et al., 2013). Es decir que el proceso clínico espontáneo no implica verificar en un paciente dado si cada uno de una serie de síntomas está presente o no para basar el diagnóstico en la cantidad de síntomas presentes. Sino que implica el verificar si las características del paciente coinciden con uno de los modelos de trastornos mentales que el clínico ha desarrollado en su mente a través de su entrenamiento y experiencia clínica (Ferrari et al., 2013).

Si se compara este enfoque con los procedimientos diagnósticos utilizados desde 1970 en donde se le pide al clínico que recuerde cientos de listas de síntomas y otros cientos de reglas de decisión que difieren para cada trastorno. Mas allá de la cuestión de validez de estas listas y puntos de cortes, se deja de lado que las personas tiene cierta dificultad para recordar largas listas y mucho menos para formar una representación coherente basadas en ellas. Por lo que esperar que los clínicos recuerden como combinar los elementos de esas listas para hacer un diagnóstico no es practico, sobre todo cuando el numero preciso de síntomas de una subcategoría u otra puede ser relevante para hacer un diagnóstico correcto para fines de investigación, pero no para

la práctica. Un ejemplo de lo enunciado podría ser el diagnóstico de Trastorno de stress postraumático donde se requiere al menos un síntoma de re-experiencia, tres de evitación y dos de hiperactividad. Lo que seguramente le importe al clínico, en contraste, sea esencialmente que el paciente experimentó un evento traumático y está teniendo cierta combinación de estos síntomas en distintos grados (Westen, 2012).

Dentro de las razones por lo que un clínico podría preferir por ejemplo la utilización de diagnósticos a través de prototipos es que les permite representar lo que observan con sus pacientes y comunicarlo a otros profesionales de la salud mental de manera tanto dimensional como categorial con cierta facilidad. Los criterios diagnósticos no fueron elegidos u organizados de la manera que les permitiera a los clínicos formar una representación mental coherente de los trastornos y no están vinculados por relaciones funcionales o causales, importantes para los juicios de categoría humana (Mann et al., 2001; Westen et al., 2006).

- **Prototipos**

Los prototipos son modelos mentales basados en características que son comunes en los miembros del grupo (características comunes) en lugar de características definitorias (requisitos previos necesarios para pertenecer a una categoría). La importancia de este recurso diagnóstico hace especial hincapié en el dominio de los llamados “conceptos difusos” dentro de los cuales se encuentran los diagnósticos psiquiátricos y muchas construcciones psicológicas, como por ejemplo las emociones en donde la capacidad de identificar con precisión el estado emocional de una persona requiere el procesamiento rápido de una gran cantidad de información (por ejemplo, información de la situación, contexto sociocultural, información demográfica, expresiones

faciales y corporales, etc.) (Caspi et al., 2003).

Investigaciones recientes han clarificado las limitaciones de la categorización basada en reglas. Por ejemplo, trabajos en psicología del desarrollo señalan que a medida que los niños pequeños se desarrollan, pasan de una tendencia a hacer juicios de categorización basada en la similitud perceptiva (ej.: formas similares) a realizar juicios de categorización conceptual (ej.: si algo cumple una función similar). El diagnóstico clínico es una forma específica de categorización y toma de decisiones por lo que parece probable que los profesionales invoquen prototipos en sus decisiones diagnósticas.

El diagnóstico de un trastorno es una opinión experta de que el trastorno está presente. Claramente, dicho trastorno estaba presente antes de que el clínico experto hiciera el diagnóstico y seguirá estando presente cuando el tratamiento haya reducido los síntomas en los que se basó el diagnóstico. Cuando este comenzó, probablemente era leve y no había cumplido con los criterios diagnósticos formales al igual que luego de un tratamiento efectivo (Andrews et al., 2007).

En cierto punto, el DSM reconoce e incorpora ciertos elementos prototípicos, pero en lugar de que el clínico tome una decisión basada en una representación prototípica agregada, el sistema actual divide la decisión en criterios de síntomas individuales clasificados como presentes o ausentes, dejando al profesional la necesidad de realizar una mirada fina de criterios necesarios para incurrir en un diagnóstico. La utilización de prototipos como sistema para la realización de diagnósticos es propuesta como una alternativa nueva y en sintonía con las nuevas concepciones en toma de decisión. Con dicho sistema la tarea diagnóstica consiste en examinar cada prototipo de diagnóstico como un todo y evaluar en qué medida el cuadro de síntomas de un paciente coincide con el prototipo, dando como resultado un diagnóstico dimensional. Un ejemplo de cómo utilizar una evaluación prototípica es la presentada por el equipo del profesor

Drew Westen (Kupfer et al., 2012; Mann et al., 2001; Westen, 2012; Westen et al., 2012; Westen et al., 2006) en donde el clínico o el investigador deberá completar la evaluación puntuando al paciente a través de una escala de 5 puntos indicando el grado de coincidencia con la descripción prototípica ([ver Figura 9](#)). Esta calificación producirá puntuaciones dimensionales y, además, una calificación categorial sin depender del conteo de síntomas, sino que permitirá que se realicen comparaciones de similitud más complejas.

**Figura 9:** Escala de clasificación de muestra para el sistema de diagnóstico prototipo propuesto (Ortigo, Bradley, & Westen, 2010)

<u>DIAGNÓSTICO</u>	
5	Muy buena coincidencia (el paciente ejemplifica este trastorno; caso prototípico).
4	Buena coincidencia (paciente tiene este trastorno; se aplica el diagnóstico).
<u>CARACTERÍSTICAS</u>	
3	Coincidencia significativa (el paciente tiene características significativas de este trastorno).
2	Coincidencia leve (el paciente tiene características menores de este trastorno).
1	Poca o ninguna coincidencia (la descripción no se aplica)

Ahora bien, resulta importante remarcar que más allá del sistema diagnóstico que se utilice, tenga en cuenta las nuevas teorías sobre la forma en que las personas razonan o no,

ningún sistema es inmune a posibles errores en el pensamiento humano que puedan afectar las decisiones clínicas. Los heurísticos cognitivos siempre desempeñarán un papel importante en la formación de juicios sociales, y aunque en general son útiles, también pueden estar afectados por sesgos. Por ejemplo, los heurísticos de representatividad y de disponibilidad podrán producir errores cuando los clínicos estén emparejando a los pacientes con prototipos, ya que podrán sesgar sino se calibra al prototipo correcto (Tversky & Kahneman, 1974).

### ***2.2.6 Decisiones clínicas para la depresión***

En el caso de la depresión, los síntomas que se suelen enumerar en los libros diagnósticos existen en dimensiones de mayor o menor intensidad, persistencia en el tiempo, cambio en el estado habitual, angustia y deterioro. Será tarea del clínico juzgar si la gravedad, la duración y el deterioro de los síntomas provocados justifican la asignación del diagnóstico. Es decir, si los síntomas superan un umbral hipotético. La capacitación del clínico consistirá en desarrollar la experiencia para diferenciar los síntomas significativos de las expresiones cotidianas, por ejemplo, a la expresión “sería mejor si estuviera muerto” es una comunicación seria mientras que “podría morir” es una expresión no patológica de disgusto.

Si bien el trastorno depresivo mayor es una clasificación categorial (es decir, los pacientes cumplen con los criterios para el diagnóstico o no lo hacen), varias dimensiones relevantes transmiten información útil sobre el estado clínico del individuo. Entre estos, una dimensión unitaria de la severidad de los síntomas es, sin dudas, una de las más importantes, ya que transmite valiosa información descriptiva y pronóstica. Los correlatos clínicos de alta

severidad antes de un tratamiento incluyen características de suicidio, melancólicas y psicóticas, y varios tipos de comorbilidades como por ejemplo trastornos de ansiedad, alta puntuaciones en medidas de neuroticismo o trastornos de personalidad. Del mismo modo, a medida que aumenta la severidad de los síntomas, aumentará la probabilidad de correlaciones biológicas de activación disfórica. La mayor gravedad de los síntomas tiene importantes implicaciones en el tratamiento, como, por ejemplo una menor probabilidad de responder a una terapia de fase aguda, mayor tiempo de remisión y recuperación (Andrews et al., 2007).

En sí, el diagnóstico de un trastorno depresivo dependerá de que el clínico pueda identificar la cantidad y la gravedad de los síntomas, su duración, anormalidad, la angustia y el deterioro resultante. Pero ¿se encuentran presentes en todos los pacientes los mismos elementos diagnósticos?

Por ejemplo, en la encuesta nacional de Australia, hubo casos que cumplieron los criterios de Trastorno depresivo mayor, pero informaron que estaban satisfechos con la vida, o que no estaban desamparados o discapacitados. De hecho, aproximadamente el 20% de las personas que estaban deprimidas informaron que estaban encantadas, complicitad o en su mayoría satisfechas con la vida (Andrews et al., 2001).

## 3 Capítulo 2: Trastorno depresivo

### 3.1 Aspectos descriptivos de la depresión

La depresión es un desorden del estado de ánimo caracterizado por el persistente sentimiento de tristeza, desesperanza y pérdida de interés en actividades que antes la persona disfrutaba. También se caracteriza por un aumento de sensación de cansancio y disminución de la capacidad de concentración. El trastorno depresivo puede ser duradero, como así, también recurrente, perjudicando sustancialmente las capacidades del individuo para funcionar con normalidad en la vida cotidiana. En los casos de mayor severidad la depresión puede llevar al suicidio de la persona que la padece. El trastorno depresivo incluye dos subcategorías principales (Organization, 2017):

- **Trastorno depresivo mayor/ episodio depresivo:** el cual involucra síntomas como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y disfrute por cosas u actividades que antes lo hacían, disminución de la energía. Dependiendo a la cantidad y severidad de los síntomas podrá ser clasificada en leve, moderada o severa.
- **Distimia:** Se caracteriza por ser una forma persistente o crónica de depresión leve cuyos síntomas son similares a los del episodio depresivo, pero tienden a ser menos severos y durar más.

Será de gran importancia poder discernir la existencia o no de historial de episodios maníacos en la persona deprimida, con el fin de poder descartar que se trate de un trastorno bipolar.

Para poder ser diagnosticado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM) establece que es necesaria la presencia de un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer en actividades diarias por al menos dos semanas. Este estado de ánimo deprimido debe representar un cambio en el funcionamiento habitual de la persona por más de dos semanas. A su vez, debe estar presente un mínimo de cinco de los nueve síntomas específicos en la mayoría del día (Richardson & Barkham, 2017).

La depresión es un trastorno frecuente, grave y recurrente relacionado con la disminución del desarrollo funcional y la calidad de vida, la morbilidad médica y la mortalidad que puede ser diagnosticado desde los 3 años de edad en todas las regiones del mundo (Üstün et al., 2004).

El trastorno depresivo mayor es uno de los desórdenes mentales de mayor prevalencia a nivel mundial y está asociado con una alta tasa de discapacidad y mortalidad. Este cuadro no es exclusivo de un momento del ciclo vital en particular. El mismo podrá comenzar en la infancia como así también en la edad adulta. Tanto estudios epidemiológicos nacionales como transnacionales han reportado que la primer aparición del trastorno es más frecuente entre la década del veinte y el comienzo de la tercera (Klein et al., 2013).

Se estimó que el número total de personas con depresión superó los 300 millones (322 M. para ser exacto) en el año 2015. Dicha cantidad es equivalente al 4,4% de la población mundial. Cercano a la mitad de todas estas personas viven en el sur y este de Asia y en la región oeste del Pacífico ([ver Figura 10](#)). Resulta alarmante la estimación del incremento de personas que

padecen depresión entre el 2005 y el 2015, realizado por la OMS, es del 18,4% (Organization, 2017).

A su vez, existe casi la misma cantidad de personas que sufre algún trastorno de ansiedad, aunque vale aclarar que muchas personas padecen ambos trastornos. Debido a esto, ambos trastornos conforman la categoría denominada “trastornos mentales comunes”. Esta categoría presenta una gran prevalencia e impactan en el estado de ánimo o sentimientos de las personas. La cantidad de personas que padecen de estos trastornos mentales comunes se encuentra en un constante en crecimiento, especialmente en países de bajos ingresos (ver figura 11). Las investigaciones actuales sugieren que existe una superposición de síntomas a través en dichos trastornos. Por ejemplo, el pensamiento negativo repetitivo se encuentra presente en ambos tipos de trastornos. En los trastornos de ansiedad se hace presente como preocupación y lo que se modifica en las distintas condiciones es el foco (en el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación puede estar expresado la seguridad de los seres queridos, en el ataque de pánico en el pensamiento de no tener otro ataque). En los trastornos depresivos se presenta como rumiación de pensamientos negativos.

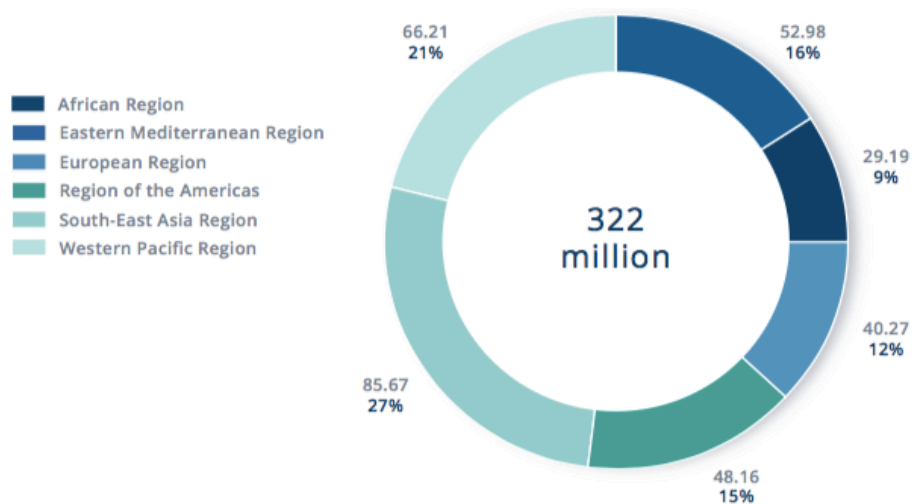
La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión es extremadamente alta. Se estima que asciende al 75% aproximadamente, lo cual sugiere que los pacientes no encajan de manera perfecta dentro de los rótulos diagnósticos creados para ellos (Barlow et al., 2017; Brown et al., 2001).

Las consecuencias de estos trastornos, en relación con la pérdida de salud resulta sumamente alarmante. Por su parte, la depresión es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la causa que contribuye en mayor cantidad en la carga global de discapacidad, contribuyendo en el 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015. A su vez, la

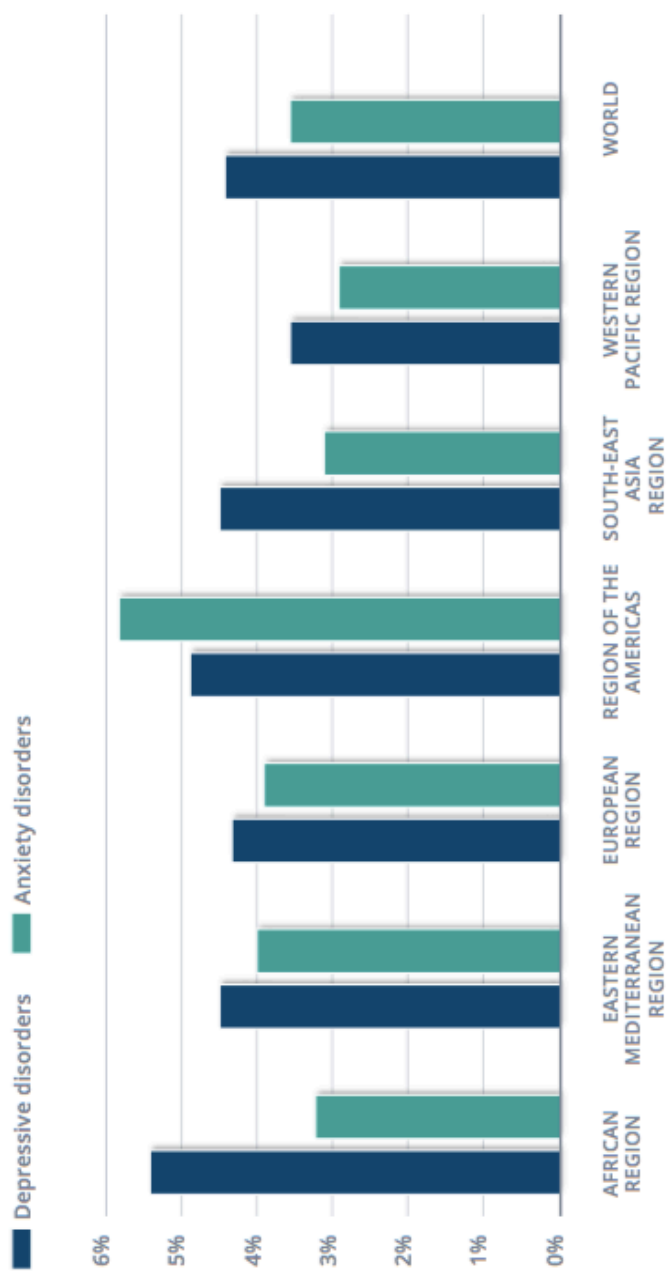
depresión es la patología que más contribuye en muertes por suicidio, con un número cercano a las 800.000 personas por año.

En Argentina se estima que aproximadamente 1.914.354 (4,7% de la población) personas padecen de trastorno depresivo y que 2.542.091(6,3% de la población) de personas, algún trastorno de ansiedad ([ver Tabla 1](#)) (Organization, 2017).

**Figura 10:** Casos con Trastornos Depresivos (millones), por región de la OMS (Organization, 2017).



**Figura 11:** Prevalencia de Trastornos mentales comunes (% de población según las regiones OMS (Organization, 2017).



**Tabla 1:** Estimación prevalencia y carga de trastorno depresivo y de ansiedad (Organization, 2017).

COUNTRY	PREVALENCE*				HEALTH LOSS / DISEASE BURDEN**			
	Depressive Disorders		Anxiety Disorders		Depressive Disorders		Anxiety Disorders	
	Total cases	% of population	Total cases	% of population	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD
Antigua and Barbuda	4 424	5,1%	5 327	6,1%	794	9,0%	492	5,6%
Argentina	1 914 354	4,7%	2 542 091	6,3%	340 420	8,5%	235 969	5,9%
Bahamas	19 138	5,2%	22 721	6,2%	3 413	8,7%	2 093	5,4%
Barbados	14 586	5,4%	16 640	6,1%	2 575	8,0%	1 522	4,8%
Belize	14 956	4,4%	19 295	5,7%	2 713	8,9%	1 792	5,9%
Bolivia (Plurinational State of)	453 716	4,4%	565 857	5,4%	82 101	8,6%	52 430	5,5%
Brazil	11 548 577	5,8%	18 657 943	9,3%	2 129 960	10,3%	1 718 833	8,3%
Canada	1 566 903	4,7%	1 652 746	4,9%	261 307	6,9%	151 851	4,0%
Chile	844 253	5,0%	1 100 584	6,5%	149 514	8,8%	102 106	6,0%
Colombia	2 177 280	4,7%	2 691 716	5,8%	388 707	9,4%	250 109	6,0%
Costa Rica	216 608	4,7%	211 997	4,6%	38 445	9,1%	19 684	4,7%
Cuba	605 879	5,5%	675 037	6,1%	107 008	8,8%	62 007	5,1%
Dominican Republic	464 164	4,7%	570 312	5,7%	83 703	9,1%	52 941	5,7%
Ecuador	721 971	4,6%	879 900	5,6%	130 497	9,2%	81 544	5,8%
El Salvador	255 032	4,4%	267 780	4,6%	44 820	8,0%	24 732	4,4%
Grenada	4 848	4,7%	5 910	5,7%	871	8,4%	545	5,2%
Guatemala	580 994	3,7%	652 313	4,2%	102 878	7,5%	60 518	4,4%
Guyana	33 700	4,5%	42 507	5,7%	6 025	8,1%	3 914	5,3%
Haiti	437 639	4,3%	565 920	5,5%	78 379	7,1%	51 941	4,7%
Honduras	308 862	4,0%	335 907	4,3%	55 220	8,6%	31 320	4,9%
Jamaica	134 054	4,8%	159 012	5,7%	23 997	8,5%	14 640	5,2%
Mexico	4 936 614	4,2%	4 281 809	3,6%	866 544	8,6%	399 231	4,0%
Nicaragua	238 161	4,2%	257 009	4,5%	42 494	8,8%	23 978	5,0%
Panama	162 293	4,4%	166 598	4,5%	28 701	8,4%	15 460	4,5%
Paraguay	332 628	5,2%	483 755	7,6%	61 720	10,5%	44 812	7,6%
Peru	1 443 513	4,8%	1 730 005	5,7%	261 997	9,7%	160 659	5,9%
Saint Lucia	8 892	4,9%	10 640	5,9%	1 591	8,6%	981	5,3%
Saint Vincent and the Grenadines	5 144	4,9%	6 187	5,8%	918	8,4%	570	5,2%
Suriname	24 914	4,8%	30 273	5,8%	4 460	8,6%	2 797	5,4%
Trinidad and Tobago	67 614	5,2%	79 574	6,1%	12 023	8,3%	7 302	5,0%
United States of America	17 491 047	5,9%	18 711 966	6,3%	3 088 893	8,4%	1 709 258	4,6%
Uruguay	158 005	5,0%	203 915	6,4%	27 816	8,2%	18 881	5,6%
Venezuela (Bolivarian Republic of)	1 270 099	4,2%	1 322 024	4,4%	222 271	7,5%	121 610	4,1%

### 3.2 Epidemiología de la depresión

Históricamente, tanto los trastornos mentales como los trastornos por uso de sustancia no han sido prioridad para la salud mundial. Dicha afirmación queda en evidencia cuando estos son comparados con otras enfermedades, sean contagiosas o no, como el cáncer o las patologías cardiovasculares. Los servicios de salud mental fueron, habitualmente, segregados y descuidados en una gran mayoría de países a la hora de realizar la distribución de fondos. Esta tendencia comenzó a modificarse a partir de la década del 90, cuando el Banco Mundial empezó a tomar en cuenta el costo, no solo de la mortalidad, sino también el de la morbilidad y sus efectos (Whiteford et al., 2013).

El primer estudio mundial sobre la carga de enfermedad fue realizado en 1990. Aquí quedó expuesto que los trastornos neuropsiquiátricos, los cuales incluía a distintos trastornos neurológicos (como la demencia), trastornos mentales y consumo de sustancias, representaban más de una cuarta parte de toda la carga de enfermedad no fatal, medidos en cantidad de años vividos con discapacidad. También, 5 de las primeras 10 causas de discapacidad pertenecían a este grupo, dentro del cual, la depresión ocupó uno de los lugares principales, siendo el trastorno más incapacitante con relación a los años vividos y causa principal de la carga general de la enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad.

Tanto este primer estudio como el segundo realizado en el 2000 efectuaron una notable contribución permitiendo iniciar un cambio en el enfoque internacional que se tenían sobre los trastornos depresivos comenzándolos a considerar como una causa principal y por derecho propio, de carga de enfermedad entrando en comparación con trastornos físicos más reconocidos (Ferrari et al., 2013).

En estos estudios sobre la carga global de enfermedad utilizaron la medida “años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD) para cuantificar la carga global atribuible a enfermedades y lesiones. Un AVAD representa la pérdida de un año de vida saludable y agrega los años de vida con discapacidad (AVD) con los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVMP). El informe realizado en 1990 ubicó a la depresión como la cuarta causa de carga a nivel mundial, lo que era equivalente al 3.7% de todos los AVAD, después de infecciones de las vías respiratorias bajas, enfermedades diarreicas y afecciones que surgen durante el período perinatal.

En el informe del 2000, los trastornos depresivos fueron la tercera causa de carga (equivalente al 4,3% de todos los AVAD) después de las infecciones de las vías respiratorias bajas y enfermedades diarreicas. También fue la principal causa de discapacidad, responsable del 13,4 de los AVD en mujeres y del 8,3% en hombres. Estas variaciones en los resultados han contribuido significativamente a priorizar los trastornos depresivos y los trastornos mentales como grupo en las agendas de salud pública mundial, principalmente en la promoción de la adición de intervenciones de salud mental a los planes de manejo de la salud.

En el último estudio realizado en el 2010, se utilizó una notable expansión del marco cuantificándose la carga directa de 291 enfermedades y lesiones, en paralelo con la cuantificación de la carga atribuible a 67 factores de riesgo, la cual incluyó una reevaluación epidemiológica completa de todas las enfermedades, lesiones y factores de riesgos en 187 países, 21 regiones del mundo, hombres y mujeres y 20 grupos de edad diferentes.

A diferencia de los anteriores estudios en donde se estimó la carga de la depresión unipolar combinando las categorías del DSM y del CIE, en el 2010 se cuantificó la carga separada para el trastorno depresivo mayor y la distimia con la finalidad de organizar mejor las diferencias en la carga entre los subtipos de depresión. La estimación de la carga se basó en una

revisión sistemática de la literatura para obtener todos los datos epidemiológicos disponibles para ambos trastornos (Ferrari et al., 2013).

Como resultado se obtuvo el informe sobre la carga mundial de la enfermedad del 2010 el cual identificó a los trastornos depresivos como una de las principales causas de AVD y de AVAD enfatizando la importancia de los resultados de salud no fatales en la cuantificación de la carga de la enfermedad. Dentro de los trastornos depresivos, el trastorno depresivo mayor (TDM) fue el principal contribuyente a la carga, que representó el 85% de los AVD y AVAD. Este hallazgo fue impulsado por las estimaciones de alta prevalencia en TDM (298 millones de casos en 2010) y en Distimia (106 millones de casos). Desde 1990 hasta 2010 hubo un incremento del 37.5% en los AVD impulsados por el crecimiento y el envejecimiento de la población ([ver figura 12](#), [figura 13](#)). Es decir, que, debido al aumento de la esperanza de vida dado por una mejor salud reproductiva, nutrición y control de las enfermedades infecciosas infantiles, más población vive hasta la edad en que prevalecen los trastornos mentales. Es importante remarcar que tanto en este estudio como en otras investigaciones no se han encontrado evidencia de muertes atribuibles a la distimia, pero si, un elevado riesgo de mortalidad en personas que son diagnosticadas con TDM.

Figura 13: AVD por edad y sexo de TDM y Distimia en 1990 y 2010 (Ferrari et al., 2013).

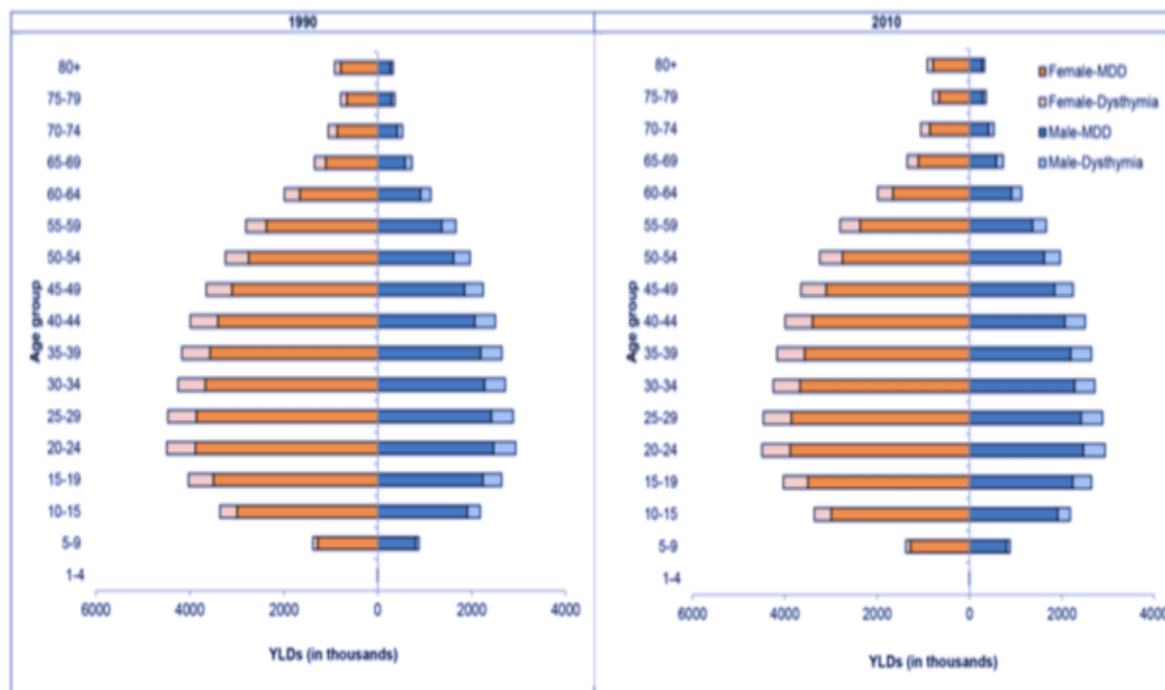
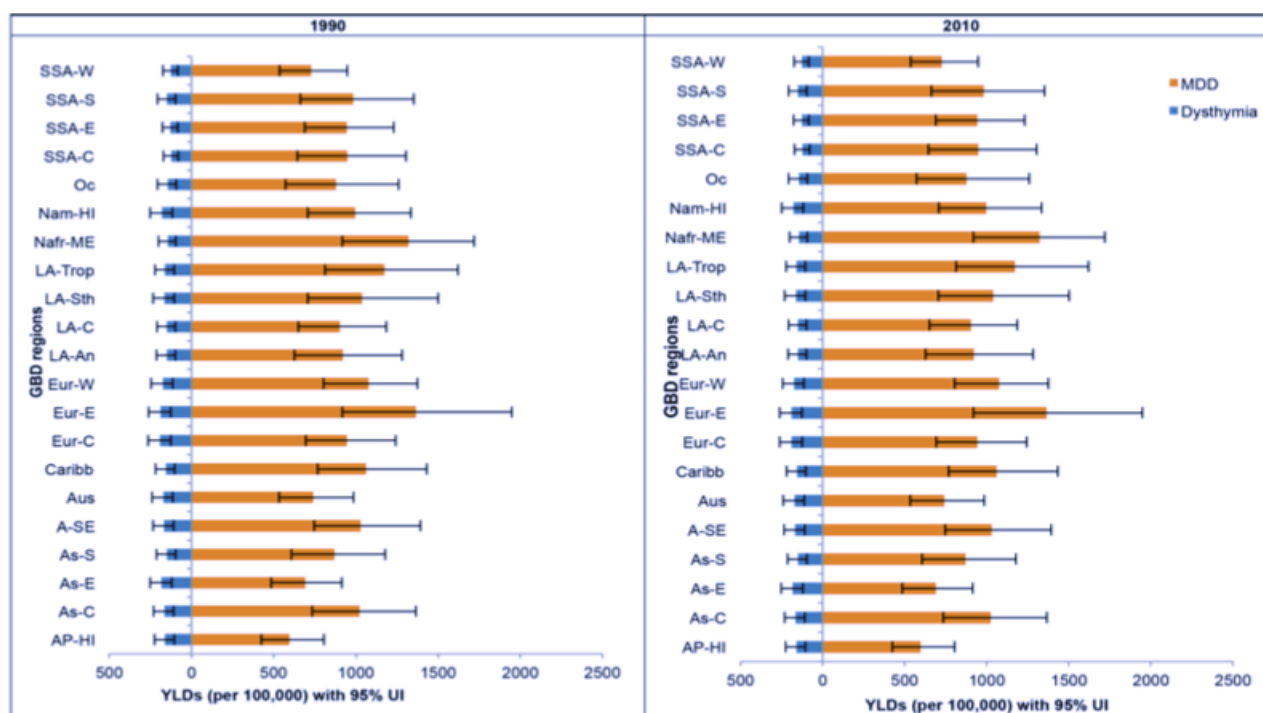


Figura 12: Puntaje AVD (por 100,000) por región para TDM y Distimia en 1990 y 2010. 95% UI, 95% iincertidumbre; AP-HI, Asia Pacific, high income; As-C, Asia Central; AS-E, Asia East; AS-S, Asia South; A-SE, Asia Southeast; Aus, Australasia; Caribb, Caribbe.



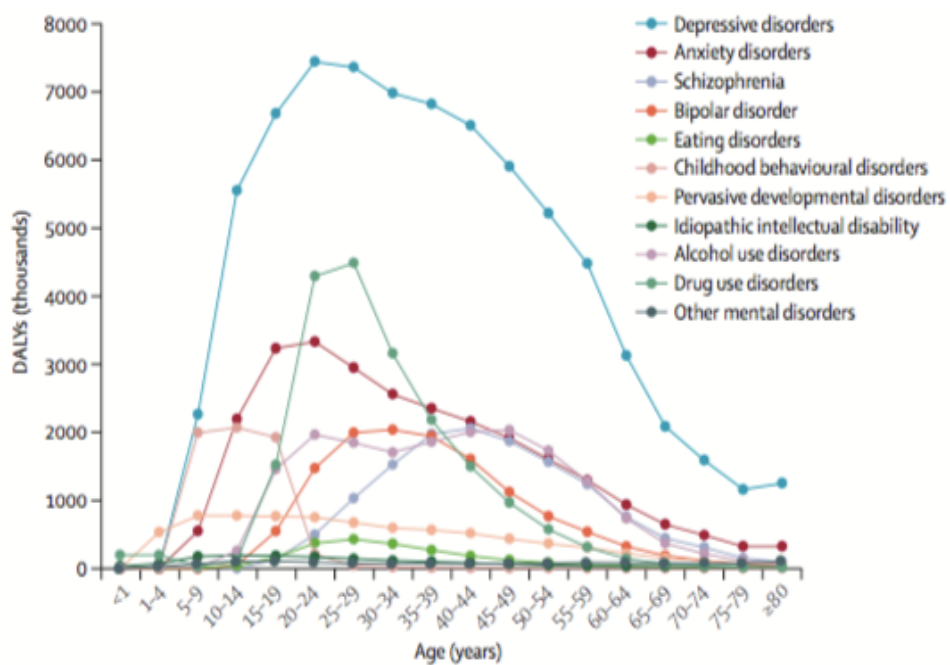
Kessler et al. (2006) estimaron que la pérdida anual salarial generada por la depresión en su relación a la productividad en los Estados Unidos excede los 36 billones de dólares, sin tomar en cuenta los costos de salud pública en termino de muerte por suicidio.

La carga de las enfermedades mentales y consumo de sustancia se distribuye a lo largo de todos los grupos etarios, siendo la adolescencia el grupo que más sufre los efectos. A su vez, el trastorno depresivo y de ansiedad presentan un abrupto incremento en la niñez (1-10 años) alcanzando su pico en la adolescencia y juventud (10- 29 años). Por su parte la carga asociada a trastornos menos comunes pero crónicos, como la esquizofrenia, la bipolaridad crece gradualmente a través de los distintos grupos etarios, viendo su mayor incremento en la temprana adultez (15-29 años) y alcanzando sus mayores puntuaciones entre los 25 y 50 años (ver figura 15).

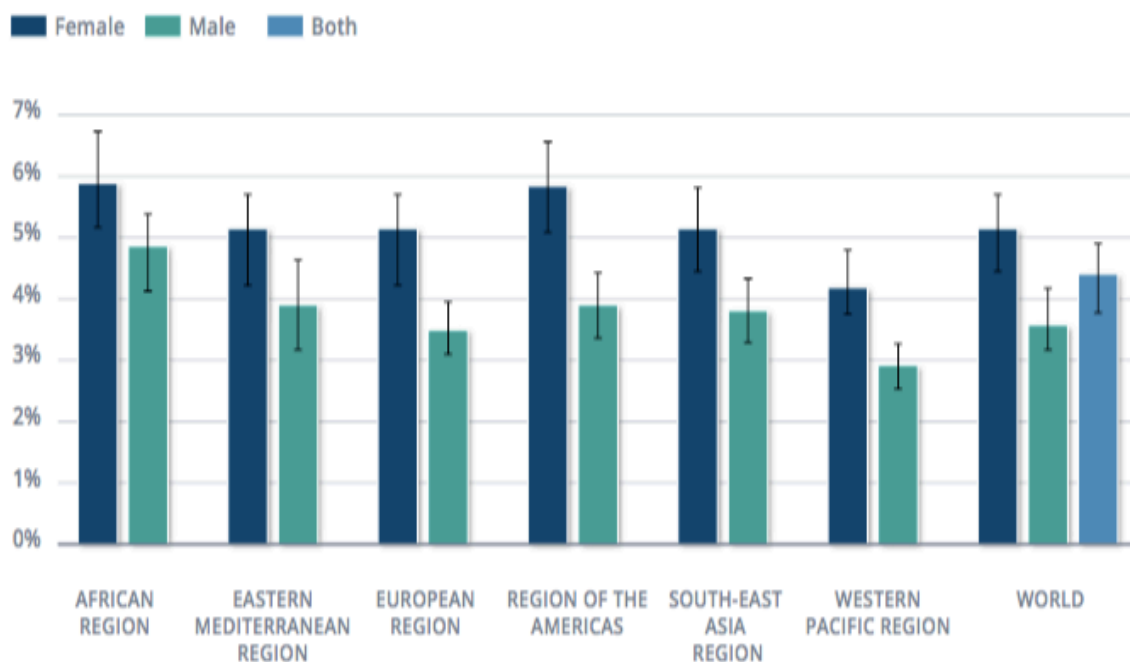
Whiteford et al. (2013) basado en los datos presentados por la Organización mundial de la Salud sobre el estudio de carga global de enfermedades, remarcó que el trastorno depresivo es el trastorno de mayor carga de enfermedad en las distintas regiones del mundo (ver Figura 14). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó al trastorno depresivo mayor como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y estimó que, para el 2020 esta será la segunda causa (Kessler & Bromet, 2013).

La depresión se ha ido transformando en los últimos años, en el desorden psiquiátrico con mayor prevalencia. Una estimación reciente indica que aproximadamente el 15% de la población de los Estados Unidos, especialmente mujeres, experimentan un episodio clínicamente significativo de depresión en algún momento de su vida (Whiteford et al., 2013). Según OMS la depresión se da de manera más habitual en el sexo femenino (5,1%) que en el masculino (3,6%) (ver figura 16), (ver figura 17).

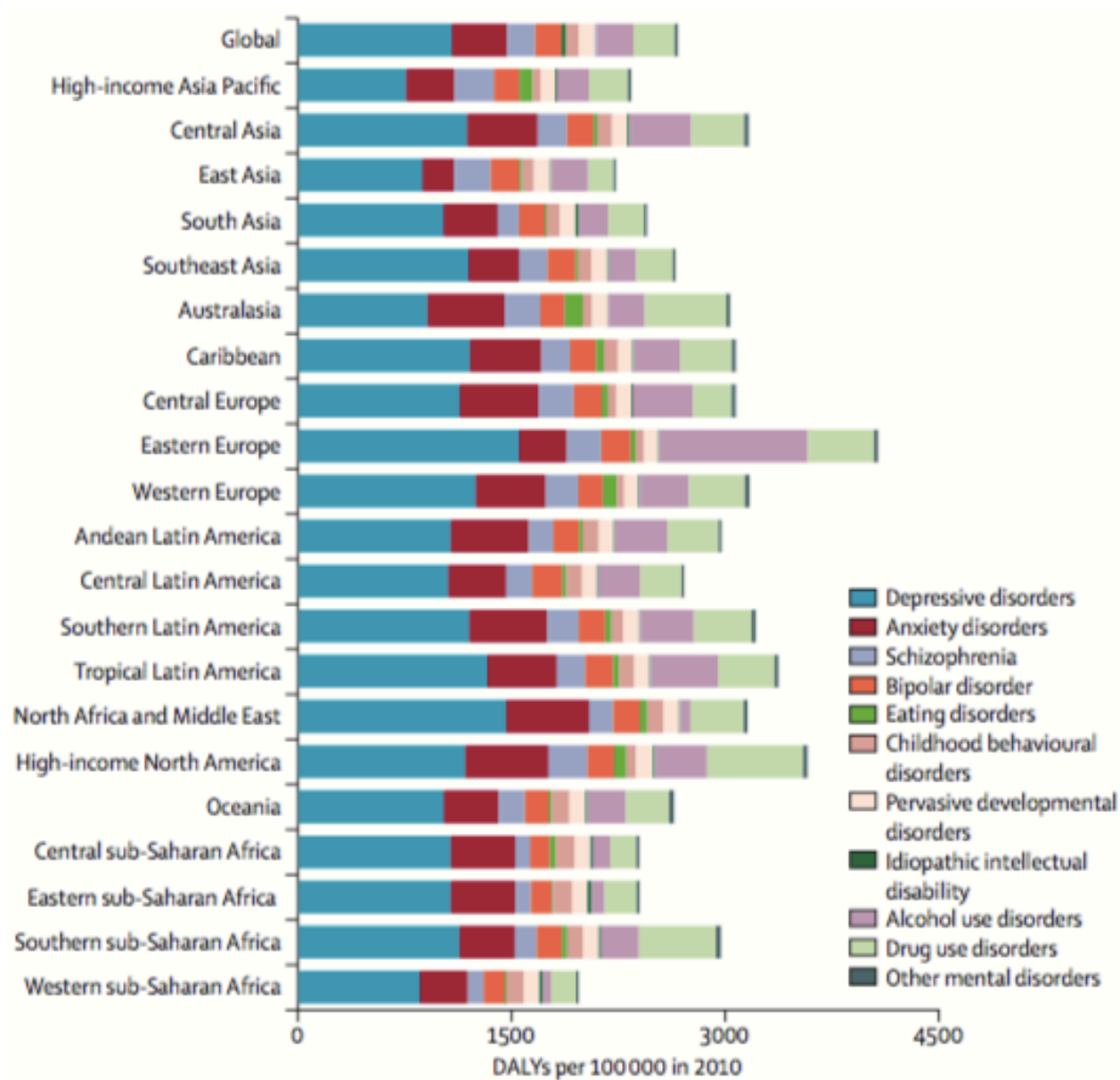
**Figura 15:** Años de vida ajustados por discapacidad para cada trastorno mental y uso de sustancia en 2010 (Whiteford et al., 2013).



**Figura 14:** Cantidad de personas de sexo femenino y masculino con trastorno depresivo en las distintas regiones del mundo (Organization, 2017).



**Figura 16:** Tasas de años de vida ajustados por discapacidad cada 100000 individuos con trastorno mental/ uso de sustancia en 2010 por región (Whiteford et al., 2013).





*Figura 17: Prevalencia global de Trastorno Depresivo por edad y sexo (Organization, 2017).*



En las encuestas comunitarias realizadas en los Estados Unidos se ha encontrado que más de un 20% de los adultos y más de un 50% de los niños y adolescentes reportan síntomas depresivos durante el periodo de recuperación que va entre 1 semana y 6 meses. A su vez, el punto de prevalencia estimado para el trastorno depresivo mayor del DSM, según un estudio en donde a través de encuestas que utilizaron la entrevista estructurada diagnóstica es considerablemente bajo, con una tasa para dicho trastorno menor al 1% en la niñez, que sube al 6% en la adolescencia y que será de entre 2-4% durante la adultez. La discrepancia entre la alta prevalencia sintomática y la baja prevalencia del trastorno depresivo mayor da a entender que existe una gran cantidad de personas que tienen síntomas depresivos sub-sindrómicos (lo que podrá favorecer el desarrollo de un episodio depresivo mayor en el futuro – (Ver el título “Síntomas residuales”). Estudios epidemiológicos que han analizado la presencia de estos síntomas se han visto obstaculizados por definiciones inconsistentes de dicho sub-síndrome (Gotlib & Hammen, 2008). En una investigación longitudinal realizada por Klein et al. (2013) han demostrado que el sub-síndrome de la depresión es un predictor potente del trastorno depresivo mayor.

Por su parte, en los estudios epidemiológicos se ha podido observar que la depresión se encuentra habitualmente asociada a una pobre salud física (particularmente por fibromialgias), alto porcentaje de problemas cardiológicos y de consumo de tabaco. La asociación entre enfermedades médicas crónicas y depresión mayor fue bien establecida por estudios trasversales. Por ejemplo, Brown et al. (2005) determinaron que la incidencia de la diabetes es incrementada en personas con depresivo mayor. Breslau et al. (2003) encontraron que la depresión mayor aumenta la incidencia de la migraña, como así también, la migraña aumenta la incidencia de depresión mayor. Vale aclarar que la influencia de la migraña sobre la incidencia de la depresión

fue corroborada por otros estudios, no así el efecto de la depresión sobre la incidencia de la migraña. Por su parte, se encontraron asociaciones, en dos estudios, entre síntomas depresivos e hipertensión. Se han reportado, en estudios transversales una asociación entre dolores de espalda y depresión. También se ha comprobado una asociación, con aumento de incidencia de artritis y úlcera péptica. Es decir que la depresión mayor aumenta considerablemente las posibilidades de ser diagnosticado con alguna de estas condiciones (Patten et al., 2008).

### 3.3 Prevalencia

El trastorno depresivo mayor es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia y alta morbilidad. Se encuentra presente en todo el mundo, es la tercer causa principal de carga de enfermedad y se estima que ocupará el primer puesto en el año 2030 (Hardeveld et al., 2010).

Weissman et al. (1996) publicaron el primer estudio comparativo trasnacional de depresión mayor a partir de encuestas que administraron la Entrevista Diagnóstica Programada (Diagnostic Interview Schedule) en 10 poblaciones distintas. Aquí se utilizaron los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-III. En dicho estudio se determinó que la prevalencia de vida estimada del episodio depresivo mayor iba de un rango de 1.5% (Taiwán) a 19.0% (Beirut) con un punto medio en 9.2% (Alemania Occidental) y 9.6% (Edmonton, Canadá). Por su parte, la prevalencia en doce meses se estimó en un rango que iba desde 0.8% (Taiwán) hasta 5,8% (Chrischurchu, Nueva Zelanda) con un punto medio de 3.0% (Estados Unidos) y 4.5% (Paris). Un estudio posterior, realizado por la Organización Mundial de la Salud, donde se administró la entrevista diagnóstica Internacional compuesta (Composite International Diagnostic Interview – CIDI) del DSM-III-R y DSM- IV, se estimó una vida prevalente para el trastorno depresivo

mayor, que variaba en un rango de 1.0% (República Checa) al 16.9% (Estados Unidos) con un punto intermedio de 8.3% (Canadá) y 9.0% (Chile). Por su parte, la prevalencia en 12 meses se estimó en un rango que comenzaba en 0.3% (República Checa) al 10% (Estados Unidos) con un punto medio de 4.5% (México) y 5.2% (Alemania Occidental) (Kessler & Bromet, 2013).

Moussavi et al. (2007) en un estudio posterior realizado a partir de los datos recogidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) sobre episodio depresivo a través de una encuesta realizada en 60 países por la Organización mundial de la Salud, determinó que el promedio de prevalencia en 12 meses era de 3.2% en participantes sin comorbilidad de enfermedades físicas y de 9.3-23.0% en participantes con condiciones crónicas.

Las diferencias obtenidas en la prevalencia en los distintos estudios se presumen que estaba dada por una combinación de factores de medición y de diseños de estudio. Por dichas razones, la Organización Mundial de la Salud (WMH- World Mental Health) realizó esfuerzos para controlar en las siguientes encuestas, estos dos factores. Para dicho propósito desarrollaron un protocolo e instrumento, el WHO CIDI Versión 3.0 para evaluar los distintos trastornos del DSM- IV en los distintos países de todos los continentes. A partir de dicho esfuerzo se estimó que para el episodio depresivo mayor el rango de prevalencia, tomando en 18 países, iniciaba en 2.2% (Japón) y llegaba al 10.4% (Brasil) con un punto intermedio, similar a encuestas anteriores de 5%. Las diferentes estimaciones en el estudio de la prevalencia, en las distintas investigaciones transnacionales, no pueden ser atribuidos a diferencias en la naturaleza o en la validez del concepto de episodio depresivo. Los criterios del DSM podrían definir diferentes niveles de severidad de depresión en los diferentes países.

Generalmente las encuestas epidemiológicas utilizan reportes retrospectivos para evaluar y reportar la prevalencia de vida y la edad de la primera aparición de la depresión mayor. La

estimación de la prevalencia de vida en los Estados Unidos tiene un rango de entre 6% al 25%. Las estimaciones obtenidas, en el 2005, en la encuesta nacional de comorbilidad de los Estados Unidos (NCS-R), la cual la prevalencia y los correlatos de los trastornos mentales en dicho país determinó que era del 16,6%, lo que indicó que más de 30 millones de adultos norteamericanos cumplirían los criterios para trastorno depresivo mayor en algún momento de sus vidas (Gotlib & Hammen, 2008).

Otro punto importante en resaltar son las consecuencias de la depresión. Dado su temprano comienzo es posible esperar que se vea afectados los logros académicos y el matrimonio. Numerosos estudios epidemiológicos han examinado estos efectos corroborando que la aparición temprano de un trastorno depresivo mayor será predictor de la alteración del curso esperado de la educación como así también de dificultades en el matrimonio generando grandes posibilidades del divorcio. También se ha observado las grandes consecuencias generadas en la vida laboral de las personas, favoreciendo la posibilidad de la pérdida de trabajo.

Hardeveld et al. (2010) realizaron un metaanálisis con la finalidad de poder conocer la prevalencia y los predictores de recurrencia en el trastorno depresivo mayor en la población adulta. En dicho estudio identificaron que la mayoría de las investigaciones son realizadas por centros de salud mental especializados y que el riesgo general de recurrencia a lo largo del primer año luego de la recuperación varía entre un rango del 21% al 37%. El mayor número fue encontrado en un estudio realizado con pacientes que habían tenido un alto número de episodios previos. Por su parte, el porcentaje menor de 21% fueron encontrados en estudios japoneses, el cual incluía a pacientes tratados en centros especializados de salud mental como en centro de atención primaria.

### 3.4 Curso de la depresión

Existen pocos estudios longitudinales en población general sobre depresión mayor. En los Estados Unidos, los estudios realizados mostraron un resultado menos favorable que lo pensado en un principio. Los estudios clínicos revelaron que una proporción sustancial de las personas que buscan tratamiento por dicho trastorno presentan una tasa de recurrencia crónica (Kessler & Bromet, 2013).

Hardeveld et al. (2010) resaltan la necesidad e importancia clínica, del desarrollo del conocimiento para mejorar la detección de pacientes con alto riesgo de recurrencia, los cuales deberían ser tratados como si padeciesen una enfermedad crónica, donde se contemple el trabajo de mantenimiento de los logros alcanzados como así también la reducción de factores que influyen en la posibilidad de recurrencia. De esta manera se podrán desarrollar, al igual que en otras patologías médicas, como los infartos de miocardio o diabetes, programas específicos. Por otro lado, aquellos que tienen bajo riesgo de recurrencia sean tratados por el episodio en particular.

Se estima que aproximadamente la mitad de los pacientes tendrán más de un episodio depresivo a lo largo de su vida (Hardeveld et al., 2013). Esta alta tasa de recurrencia de la depresión sugiere la existencia de específicos factores que colaboran en el aumento del riesgo para desarrollar episodios repetidos de este trastorno. En torno a este punto, se han llevado a cabo diversas investigaciones buscando examinar factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales que puedan conducir a que la persona experimente episodios depresivos, entender su aparición, su desarrollo y mantenimiento, como así también, desarrollar distintos tratamientos y estrategias específicas para un primer episodio como para recurrencias (Hardeveld et al., 2013).

En los últimos 20-30 años distintos estudios buscaron determinar los factores de riesgo para la recurrencia incluyendo factores sociodemográficos (ejemplo: edad, genero, nivel de educación).

Tradicionalmente, los trastornos depresivos fueron vistos como agudos y limitados en el tiempo. Sin embargo, en las últimas décadas, este punto de vista se ha ido modificando, cobrando relevancia el alto impacto de las recurrencias o cronicidad del cuadro (Andrews, 2001). Ninguno de los dos puntos de vista son completamente precisos, el curso de la depresión puede ser marcadamente heterodoxo pudiendo incluir desde un pequeño episodio que remite y nunca vuelve a aparecer, episodios precisos acompañados por un largo periodo de síntomas residuales o episodios crónicos en los cuales fluctúe la severidad de los síntomas (Klein & Allmann, 2014).

En la literatura los términos recuperación, cronicidad y recurrencia se han utilizado de diferentes formas, sin encontrar una manera estandarizada de utilizar dichos términos, por lo que resulta necesario definir qué se entiende por cada uno.

La recuperación hace referencia a que la persona logre mantener un periodo sin síntomas o con muy pocos, luego de un episodio depresivo. Por el momento las investigaciones difieren en cuan largo debe ser este periodo, variando de 2 a 6 meses. También difieren en la cantidad de síntomas que deben estar presente. Va desde 0 síntomas, uno o dos o estando por debajo del umbral diagnóstico.

El término cronicidad hace referencia a episodios que persisten en un periodo de tiempo expandido de por lo menos dos años de duración, aunque vale aclarar en distintas investigaciones se han utilizado también la duración menor (un año) y mayores (cinco años). Por su parte recurrencia refiere a la aparición de un episodio de depresión a continuación de un periodo de recuperación (Klein & Allmann, 2014).

Como ya se ha mencionado la depresión se caracteriza por tener una alta tasa de recurrencia, siendo representada como un cuadro crónico para muchos. Según las estimaciones actuales, aproximadamente el 60% de las personas que desarrollan un primer episodio depresivo mayor incurrirán en un segundo episodio. El 70% de las personas que incurrirán en el segundo episodio, sufrirán un tercero y el 90% lo harán con 3 o más episodios (Solomon et al., 2000).

Las estimaciones sobre la recurrencia de la depresión, basadas en gran medida en los estudios colaborativa de depresión de Landmark (CDS), sugieren que aproximadamente el 40% de las personas que sufren un primer episodio depresivo se recuperan sin sufrir otro episodio. En este punto es importante remarcar que numerosos estudios sobre depresión fueron basados en una población con cuadros clínicos depresivos muy severos, lo cual pudieron haber generado sesgos que, casi sin cuestionar, inflan las estimaciones de recurrencia (Monroe & Harkness, 2012).

Un reporte más reciente, elaborado por el área de captación epidemiológica de Baltimore, utilizando una muestra basada en la población general durante dos décadas, proporcionó una contraparte importante sobre el curso de vida de la depresión. Eaton et al. (2008) encontraron que, aproximadamente el 50% de los casos de pacientes con un primer episodio se recuperaban y no experimentaban otro episodio (el periodo máximo de seguimiento fue de 23 años). A su vez marcan que aquellas personas que si la experimentan representarán los casos más severos y de cronicidad, donde entrarán en juego la edad en que se dio el primer episodio y la historia familiar, aunque aún queda mucho por seguir estudiando sobre los factores que predecirán la cronicidad. Alrededor del 15% de los primeros episodios depresivos tendrán un curso que no remitirá, el 35% se recuperará de este primer episodio, pero tendrá 1 o más episodios futuros. En este punto, los autores remarcan la dificultad que existe, a su criterio, de localizar variables, tanto

sociales como clínicas, que pronostican la recurrencia. Mas allá de esta dificultad, resulta necesario remarcar que la recurrencia es común en la depresión mayor, un tercio de la población no clínica que tiene un episodio, tendrá otro a lo largo de su vida (Eaton et al., 2008).

A diferencia de otras investigaciones, Eaton et al. (2008) en su diseño metodológico prestaron suma atención en no caer en dos posibles sesgos que detectaron que muchas investigaciones sobre el tema lo padecían. Para evitar dicha dificultad, seleccionaron individuos de la población general sin considerar el tratamiento.

Estos sesgos que suelen afectar las investigaciones sobre el tema son:

- **El sesgo Berkson:** llamado también falacia o paradoja de Berkson o sesgo de admisión o diagnóstico, el cual es un sesgo de selección que puede darse en estudios de casos y controles hospitalarios. El mismo se define como un conjunto de factores selectivos que conducen a diferencias sistemáticas en la que se combina una exposición y el evento de interés de estudio que incrementa el riesgo de ingreso a un centro hospitalario, es decir que surge cuando la posibilidad de hospitalización de los casos difiere a la de los casos de control. Este efecto genera una tasa de exposición sistemáticamente más elevada entre los casos control y los casos hospitalizados. Por ejemplo, supongamos que se quiere estudiar la relación entre cáncer de pulmón y el tabaquismo mediante el diseño de casos y controles. Aquí, las personas con cáncer de pulmón tienen una probabilidad de ser hospitalizadas del 100% independientemente de que hayan fumado o no y se podría pensar que esta probabilidad diferiría si se toma como referencia una muestra de patología no cancerosa del hospital.

- El segundo es un tipo de sesgo de selección, llamado **Neyman**, también conocido como de prevalencia o de incidencia. Este se produce cuando la condición a estudiar determina pérdidas prematuras por fallecimiento en las personas afectadas por ella. Si, por ejemplo, en un grupo de 100 personas con hipertensión arterial, el cual es un factor de riesgo para generar un infarto de miocardio y otro grupo de 100 sin hipertensión, son seguidos por 5 años, se observa una asociación intensa entre hipertensión e infarto de miocardio. Sin embargo, una de las cosas que puede ocurrir es que no se alcance a obtener asociación ya que no se ha incorporado en el análisis de los sujetos que fallecen por infarto del miocardio durante el seguimiento de este. Ambos sesgos son tenderán a exagerar la cronicidad de la depresión (Manterola & Otzen, 2015).

Las estadísticas presentadas por Eaton et al. (2008) resaltan que la depresión puede ser, tanto una afección aguda, limitada en el tiempo y una condición crónica a la vez. Una pregunta interesante por realizarse consiste en clarificar que distingue a las personas que incurren en un primer episodio depresivo y nunca vuelven a experimentar otro de aquellas que experimentan recurrencias (Monroe & Harkness, 2012).

En la investigación desarrollada por Hollon et al. (2006) se buscó examinar las facetas demográficas, el historial de enfermedad y las presentaciones clínicas de los pacientes con y sin recurrencia con el fin de poder encontrar predictores que indiquen el peligro caer nuevamente en un nuevo episodio depresivo. En dicho estudio se determinó que existen muy pocas diferencias demográficas entre pacientes recurrentes y de episodios únicos que no pudieran ser atribuidos a la edad, lo que sugiere que el riesgo de recurrencia se distribuye de manera uniforme entre diferentes tipos de personas y no puede predecirse por simples características demográficas. El

número de episodios (y por lo tanto probabilidad de recurrencias) aumentó en función de la edad, lo que no sorprende ya que, cuanto más tiempo vive alguien, más tiempo está disponible para cursar un episodio posterior. Otro hallazgo interesante fue que la relación entre la edad de inicio y recurrencia, donde las personas que tienen un primer episodio a temprana edad presentan mayores posibilidades de incurrir en episodios posteriores. De igual manera, aquellos pacientes que presentan antecedentes familiares de depresión son propensos a ser recurrentes y a tener edad más temprana de aparición.

Por su parte, aquellos pacientes que cumplen los criterios de depresión crónica presentan menores riesgo de ser asociados a recurrencias. Probablemente no es que ser crónico brinde una protección a la recurrencia, sino que la personas deberá primero recuperarse de un episodio para pasar a otro. Los pacientes con depresión crónica fueron desproporcionadamente más propensos a ser encontrados entre los pacientes de un primer episodio que en aquellos que recurren. Los pacientes recurrentes presentaron niveles más altos de síntomas depresivos como así también de condiciones médicas comórbidas que aquellos que experimentaban un primer episodio.

En resumen, la mayoría de las personas que experimentan un episodio depresivo mayor se recupera. El promedio de duración de este es de entre 20 a 30 semanas en pacientes clínicos como no clínicos. Mientras mayor se la duración del episodio, el paciente tendrá menor probabilidad de recuperarse. Entre el 10-20% de las personas con episodio depresivo mayor se transformará en crónico. En el Collaborative Depression Study (CDS) desarrollado a lo largo de 30 años por Keller y su equipo, lograron determinar que, tras 2 años el 20% de los pacientes no lograron recuperarse de su primer episodio, luego de 5 años, el 12% no se había recuperado, luego de 10 años, el 8% no se recuperó y tras 15 años, el 6% continuaba sin recuperarse (Klein & Allmann, 2014).

### 3.5 Subtipos de depresión

La clasificación actual de la depresión unipolar se basa esencialmente en la presencia de cierto número definido de características clínicas, las cuales deberán estar presente a lo largo de un periodo de tiempo determinado. Dentro del espectro depresivo, la depresión mayor ocupa uno de los lugares más destacados, con una prevalencia de 12 meses entre el 6,3% y el 10,3% en las sociedades occidentales. Esta estará contrastada con otros tipos de depresiones menores, como la distimia, que se extenderá incluyendo estados depresivos subclínicos. Sin embargo, luego de más de dos décadas de grandes esfuerzos sobre dicho espectro, la no especificidad es cada vez más evidente. Se han identificado 227 posibles constelaciones sintomáticas de lo que el DSM-IV define como episodio depresivo mayor. Los análisis de clase latente han indicado una heterogeneidad sustancial en la sintomatología depresiva. La presentación clínica de la depresión mayor es aún más heterogénea si se toman en cuenta el curso y la gravedad, así como las posibles explicaciones etiológicas. Como consecuencia de su heterogeneidad, hay una falta predecible de hallazgos genéticos y neurobiológicos consistentes que validan la depresión mayor como una entidad diagnóstica distinta o incluso clara.

La eficacia comparable de las psicoterapias y los tratamientos con medicamentos antidepressivos no nos permite deducir estrategias de tratamiento específicas para quienes reciben un diagnóstico de depresión mayor. Tales limitaciones presumiblemente reflejan que la depresión mayor es un diagnóstico de dominio no específico que subsume numerosas condiciones, que pueden diferir (hasta cierto punto) por su cuadro clínico, causas y capacidades diferenciales para responder a diferentes intervenciones. Como consecuencia, se han desarrollado

distintos modelos. En la revisión meta-analítico realizado por Harald and Gordon (2012) lograron identificar 15 subtipos depresivos frecuentemente propuestos ([ver figura 18](#)):

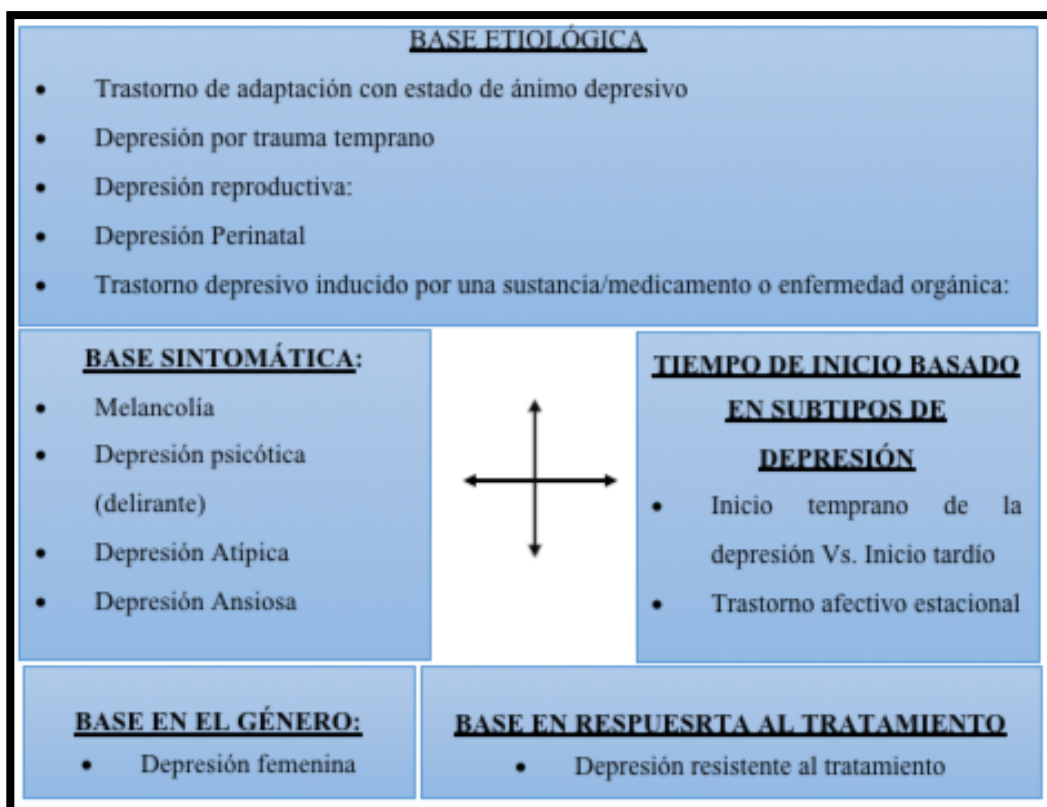
**a) Base Sintomática:** Los cuatro principales subtipos de depresión basados en la sintomatología (melancolía, depresión psicótica, depresión atípica y depresión ansiosa) se caracterizan por grupos específicos de síntomas depresivos diferentes o representados diferencialmente.

- **Melancolía:** Se caracteriza por (1) una alteración en el afecto marcada por aprensión y manifestaciones mórbidas, respuesta emocional embotada, humor no reactivo y anhedonia generalizada, (2) trastorno psicomotor expresado como retraso o agitación, y (3) signos vegetativo y cognitivos de sueño interrumpido, pérdida de apetito, disminución de la libido, variación diurna de humor y energía, siendo generalmente peor por la mañana, así como deterioro de ciertas funciones cognitivas como la atención (Ej.: concentración) y memoria de trabajo (Parker et al., 2010).

- **Depresión psicótica (delirante):** En este ítem se incluye a la depresión mayor severa con características psicóticas, marcada por delirios o alucinaciones. Este cuadro se caracteriza sentimientos sobrevalorados de culpa e inutilidad, trastornos psicomotores graves y síntomas cognitivos, que se caracterizan por déficits de atención, velocidad psicomotora, funcionamiento ejecutivo y memoria. Este tipo de depresión presenta un alto riesgo de recurrencia y de mortalidad. Se estima que la prevalencia es del 0.4% en adultos mayores y

del 18% en adolescentes. Su curso presenta mayor grado de severidad que las depresiones no psicóticas (Jääskeläinen et al., 2018).

**Figura 18:** Subgrupos de depresión de acuerdo con su etiología, sintomatología, tiempo de inicio, género y respuesta al tratamiento (Harald & Gordon, 2012).



○ **Depresión Atípica:** Los criterios para diagnosticar este tipo de depresión es un estado de ánimo en combinación con 2 o más síntomas secundarios como aumento de peso, aumento de apetito, hipersomnias, parálisis pesada y la vulnerabilidad de larga data al rechazo. Este tipo de depresión es

bastante prevalente. Se estima que está presente entre un 15-50% de todas las personas con depresión y es entre dos y tres veces más probable que se de en mujeres que en hombres (Harald & Gordon, 2012). Parker and Crawford (2007) sostienen que en este tipo de depresión existe una primacía del estilo de personalidad, en donde, la hipersomnia y el aumento de peso o apetito pueden ser entendidos como respuesta homeostática a la disforia experimentada por personas con un estilo de personalidad sensible al rechazo. La naturaleza variada de las características que contribuyen a la definición de esta condición, por lo tanto, permite un modelo de espectro que podría tener relevancia más allá de la depresión atípica en donde el modelo supone que el estilo de personalidad da forma al patrón clínico (ejemplo, de los síntomas y las respuestas de afrontamiento) exhibidas durante el episodio depresivo, permitiendo mejoras fenotípicas y clínicas.

- **Depresión Ansiosa:** Este subtipo de depresión aún no ha sido incluida dentro del DSM, pero si ha sido sugerida. La mayoría de los autores acuerdan que este subtipo refleja a la depresión mayor con una comorbilidad en algún trastorno de ansiedad o como una depresión mayor con alto nivel de ansiedad.

**b) Base Etiológica:** El movimiento político que buscó alejar a la psiquiatría de su ponderación psicoanalítica como así también de las asociaciones diferenciales entre factores estresantes de la vida y la depresión no melancólica y melancólica, condujo al DSM-III a excluir las causas de los trastornos mentales (incluida la depresión). Po otro

lado, ignorar la información etiológica significa ignorar información diagnóstica importante para evaluar de manera válida los trastornos depresivos. Quizás por este último factor es que no se abandonó completamente las definiciones etiológicas de los subtipos de depresión. Por ejemplo, en el DSM-IV es posible encontrar: trastornos de adaptación, trastornos del estado de ánimo debidos a una afección médica general, trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias y depresión posparto. Dentro de este tipo de depresión es posible encontrar distintos subtipos:

- **Trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo:** este trastorno se caracteriza por síntomas depresivos en respuesta a estresores identificables pero que no completa los criterios para otro trastorno específico del estado del ánimo. Sin embargo, en la práctica clínica, este diagnóstico también se utiliza con frecuencia para pacientes que cumplen los criterios de depresión mayor, convirtiendo un trastorno de adaptación con depresión en uno de los diagnósticos más frecuentes en la práctica clínica.
- **Depresión por trauma temprano:** Las adversidades de la infancia, tales como el abuso físico, sexual y emocional, el abandono, así como la pérdida de los padres, se han cuantificado consistentemente como fuertes predictores de la depresión en la edad adulta.
- **Depresión reproductiva:** Este subtipo de depresión es más común en las mujeres que en el varón (2/1). El periodo en el que se presenta generalmente comienza en la adolescencia temprana extendiéndose hasta finales

de la quinta década. Esta franja se corresponde con los años reproductivos en las mujeres los cuales se ven acompañados por cambios hormonales inherentes. Si bien el aumento del riesgo podría ser atribuible a aspectos genéticos y psicosociales como por ejemplo el estrés de rol, las adversidades infantiles, la reactividad emocional específica de género y el estilo cognitivo, muchos proponen que un subgrupo de mujeres desarrolla la depresión reproductiva como un subtipo específico de depresión en respuesta a una susceptibilidad a los cambios hormonales. Más precisamente, la depresión reproductiva se posiciona como un reflejo de los efectos del cambio drástico de los niveles de estradiol y progesterona durante las fases premenstrual, posparto y peri menopáusicas en mujeres con una vulnerabilidad a los cambios hormonales.

- **Depresión Perinatal:** Este subtipo de depresión hace referencia a síndromes depresivos durante el embarazo (prenatal) o dentro de las primeras cuatro semanas a 12 meses después del parto.
- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento o enfermedad orgánica:** Una serie de enfermedades somáticas como también medicamentos son capaces de inducir una depresión. Algunos ejemplos pueden ser las afecciones infecciosas, artritis reumatoide, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, otras enfermedades neurodegenerativas, depresión vascular o luego de un accidente cerebrovascular y síndrome de Cushing. Dentro de los medicamentos que pueden ayudar a desarrollar una depresión es posible mencionar algunos B-bloqueantes (como el propanolol o el sotalol), corticosteroides, implantes anticonceptivos, antagonistas de la hormona liberadora

de gonadotropina, interferón-a, interleucina-2, esteroides 5-alfa-reducidos y mefloquine.

**c) Tiempo de inicio basado en subtipos de depresión:** La depresión de inicio temprano y tardío, así como los trastornos afectivos estacionales, son subtipos de depresión que se definen principalmente por el momento específico del inicio de la depresión.

- **Inicio temprano de la depresión Vs. Inicio tardío:** La depresión de inicio temprano se ha definido como el primer episodio que ocurre antes de los 18 años. Por su parte, el inicio tardío es cuando se da un primer episodio entre los 45 y 65 años.

- **Trastorno afectivo estacional:** Dicho trastorno se clasifica como trastorno depresivo mayor con un patrón estacional donde se observa una marcada relación temporal regular entre el inicio del episodio y una época particular del año. La remisión completa ocurre en otro momento del año.

**d) Base en el género:**

- **Depresión femenina:** este subtipo se utiliza como sinónimo de depresión reproductiva, que es el término más específico para la depresión que refleja las perturbaciones del estado de ánimo de las mujeres asociadas con su ciclo de vida reproductivo. Definido de una manera más amplia, se refiere a todos

los aspectos sociales, psicológicos y biológicos de la depresión que se diferencia de la masculina, como la sociabilización específica del sexo, la internalización de estilo de afrontamiento, el temperamento, la diferencia hormonal.

e) **Depresión resistente al tratamiento:** Se ha operacionalizado con mayor frecuencia cuando no responde a uno, dos o más antidepresivos con o sin cambios de clase de antidepresivo.

### 3.6 Depresión persistente o crónica

La depresión crónica podrá presentarse de diversas formas variando en sus patrones de severidad. Antiguamente, en el DSM-IV, existían dos categorías para este tipo de depresión: distimia y trastorno depresivo mayor crónico. Con la llegada del DSM-V ambas categorías fueron unificadas bajo el nombre de depresión persistente. A lo largo de los años se observó que personas que cumplían los criterios de distimia, experimentaban exacerbaciones sintomáticas pudiendo clasificar también en episodios depresivos. Estos casos eran habitualmente conocidos como depresión doble. La poca evidencia que permitía diferenciar a la distimia, con la depresión doble y el trastorno depresivo mayor, llevaron a la actualización y unificación para la nueva publicación del DSM. La mayoría de las investigaciones sobre las distintas presentaciones de la depresión crónica no encontraron diferencias significativas en las comorbilidades de personalidad, adversidades en la infancia, curso y psicopatología familiar. Se encuentra asociada a una mayor carga de enfermedad, más intentos de suicidios y mayor cantidad de admisiones a

hospitales que los episodios depresivos mayores. Este cuadro suele ser difícil de tratar y mal diagnosticados (Klein & Allmann, 2014).

La depresión crónica es una de las condiciones psiquiátricas más comunes que se observan en los dispositivos clínicos. Por ejemplo, entre un 25% -35% de los pacientes ambulatorios en Holanda, cumplen los criterios para dicho trastorno (Wiersma et al., 2011).

La depresión crónica es frecuentemente acompañada por una serie de trastornos entre los que se destacan los de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad. En general, personas con este diagnóstico presentan una baja tasa respuesta al tratamiento o con una tasa baja de mejora en el tiempo, en relación con el trastorno depresivo mayor, con una alta tasa de historia familiar de trastornos del estado del ánimo, traumas en la temprana infancia o adversidad, un estilo cognitivo negativo, comorbilidades psiquiátricas, bajo estatus socioeconómico, falta de seguro de salud, residir en espacios rurales. También, el curso crónico de la depresión es asociada a un alto nivel de discapacidad, un sistema de apoyo social insuficiente, bajo nivel de auto eficacia, el desarrollo del primer episodio en la infancia, episodios depresivos frecuentes y tener un episodio depresivo luego de la muerte de un ser querido (Murphy & Byrne, 2012).

### ***3.6.1 ¿Qué favorece el desarrollo de la depresión crónica?***

Como ya se ha mencionado existen ciertos antecedentes que favorecen el desarrollo de un trastorno depresivo persistente. Dentro de ellos podemos encontrar:

- **Maltrato temprano:** Personas adultas que padecen de depresión crónica han reportado la existencia de altos niveles de maltrato y de dificultades en sus infancias, las cuales son significativamente superiores a los que reportan personas con episodios o trastorno depresivos mayor.

El maltrato durante la infancia es un factor de riesgo para numerosos desórdenes mentales lo que puede llegar a contribuir a la alta tasa de comorbilidad que presenta este cuadro con otras formas psicopatológicas (Klein et al., 2009).

- **Transmisión familiar y genética:** Existen estudios consistentes que marcan la importancia de la transmisión familiar en el desarrollo de diversos desordenes, entre ellos la depresión crónica. Se remarca, que la labilidad familiar es similar cualitativamente, tanto para la depresión crónica como la no crónica, variando solamente en la intensidad. A su vez, en el caso de la depresión crónica es posible encontrar una tendencia familiar hacia los trastornos del estado del ánimo. Sin embargo, no se han elaborado aun investigaciones con gemelos o niños adoptados por una familia que permita distinguir claramente entre el efecto del ambiente y/o la genética (Klein & Allmann, 2014).

- **Temperamento y personalidad:** Existen evidencia que sugiere que la personalidad o temperamento son componentes importantes para el desarrollo de este tipo de depresión. Desde los tiempos remotos de la antigua Grecia la depresión fue unida al temperamento melancólico desarrollado por Hipócrates y Galeno. La experiencia emocional subjetiva se encuentra dominada por dos amplias dimensiones, y con cierta

independencia: afecto negativo y afecto positivo. El primero de ambos representa el grado en que una persona se siente alterada o displacentera, es un factor general de angustia subjetiva, abarcando una amplia gama de estados de ánimo negativos que van desde el miedo, la tristeza, la ira y la culpa. Por su parte, el afecto positivo incluye una amplia gama de estados de ánimo positivos, incluyendo a la alegría, la energía, el entusiasmo, el interés y la lucidez mental. Ambos factores jugarán un papel importante en clasificaciones tanto de estado de ánimo (a corto plazo) como en los rasgos (a largo plazo). Por ejemplo, una persona con marcados rasgos negativos de afecto experimentarán con mayor frecuencia o con mayor intensidad miedos, tristezas y/o cólera que las personas que tienen menor puntajes en esta dimensión. En resumen, personas con marcado temperamento negativo serán propensas a experimentar varios humores negativos. Las personas con altos puntajes en esta dimensión tienden a ser introspectivos y rumiantes, siendo propensos a quejas psicósomáticas. Tienden a tener un estilo cognitivo explicativo negativo centrándose en aspectos indeseables y problemáticos de sí mismo y de otras personas o del mundo en general. Por consiguiente, suelen tener una visión negativa con alta tasa de insatisfacción, lo que los lleva a padecer altos niveles de estrés, que a su vez suelen lidiar mal (Watson & Clark, 1995).

De acuerdo con el clásico vínculo ya mencionado entre melancolía y depresión, el análisis conceptual desarrollado hasta el momento conduce con claridad a que individuos deprimidos presenten un alto porcentaje de temperamento negativo y bajo positivo, el cual también es análogo a neuroticismo, reflejando una alta sensibilidad a estímulos negativos (Klein & Allmann, 2014).

Ahora bien, si bien como se ha enunciado las personas deprimidas tienden a corresponderse con el tipo melancólico clásico (alto temperamento negativo y bajo positivo) este patrón no es el único a la depresión, sino que también se encuentra presente en otros tipos de psicopatología. Esto no quita que los datos existentes sostengan la vinculación entre depresión y temperamento, aunque no sea directo o simple dicho enlace. Se ha reportado que personas con distimia y depresión doble reportan el mismo patrón temperamental ya enunciado. Además de un nivel alto de neuroticismo, se han encontrado también que presentan altos niveles de introversión, cogniciones depresotípicas, locus de control externo y bajos niveles de extroversión, agradabilidad y escrupulosidad. En este punto resultará importante que los clínicos estén atentos al bajo nivel de extraversión, el alto nivel de rumiación y el locus de control externo ya que en personas deprimidas posiblemente implique un curso de mayor cronicidad. En sí, el tratamiento para dicho trastorno deberá poner gran énfasis en combatir la desesperanza, la impotencia y que focalice en trabajar los pobres patrones de sociabilización y las ineficientes herramientas de razonamiento (Watson & Clark, 1995; Wiersma et al., 2011).

- **Factores cognitivos:** Si bien las teorías cognitivas tuvieron desde sus inicios un rol muy importante en la depresión, existen pocos estudios sobre el rol que cumplen los factores cognitivos en la depresión crónica. En general, los estudios de los factores cognitivos en depresión han tendido a focalizar en variables cognitivas relacionadas con el inicio o la recurrencia de episodios breves. Riso et al. (2003) reportaron que los pacientes con depresión crónica exhiben atributos estables y globales hacia eventos negativos, mayores niveles de actitudes disfuncionales las cuales hacen

referencia a creencias negativas que guían la auto evaluación del individuo, estas tienden a ser perdurables en el tiempo más allá del estado agudo de depresión, un estilo de respuesta más rumiante la cual hace referencia a una tendencia para reflexionar sobre las causas y consecuencias de la depresión de sí mismo y por último, mayores niveles de esquemas mal adaptados.

- **Factores interpersonales:** Estos factores son los predictores más fuertes de cronicidad en la depresión. Se ha propuesto que las personas con depresión suelen tener un impacto negativo en los otros por una búsqueda excesiva de seguro. Esta demanda, eventualmente tenderá a ser aversiva y erosionará la relación con los otros. A su vez, suelen acentuar la búsqueda de comentarios negativos y evitación de conflictos interpersonales (Joiner, 2000).
- **Estrés crónico:** Si bien los episodios depresivos son frecuentemente asociados a eventos de la vida estresantes, en este punto, las depresiones crónicas y no crónicas no difieren. Sin embargo, la depresión crónica está asociada a un mayor nivel de molestias diarias y estrés crónico (Klein & Allmann, 2014).
- **Neurobiología:** Si bien la literatura sobre la neurobiología de los trastornos de estado del ánimo es amplia y robusta, y existe una gran cantidad de documentos sobre el impacto de la desregulación del sistema neuroendocrino, sobre todo el eje Hipófisis- hipotalámico- adrenal, las investigaciones sobre correlatos biológicos y depresión crónica sorprendentemente escasa. La evidencia de la alteración del eje anteriormente mencionado, en este tipo de depresión es débil. Estudios de neuroimágenes estructurales y funcionales han identificado una serie de anomalías en la estructura y

en el funcionamiento en diversas áreas del cerebro en personas con trastorno depresivo mayor, entre los que se destacan:

- ◆ Cortez prefrontal dorso lateral y orbital.
- ◆ Cortez del cíngulo anterior
- ◆ Núcleo Estriado
- ◆ Amígdala
- ◆ Hipocampo

Sin embargo, existen muy pocos estudios de neuro imágenes en depresión crónica (Klein & Allmann, 2014)

### **3.7 Precursores de la depresión mayor: en sintonía con la clínica**

Distintas investigaciones se han concentrado en el estudio del desarrollo de los síntomas en la depresión mayor. La mayoría de estos estudios fueron basados en las observaciones clínicas. Hays, en 1964, examinó los precursores de los síntomas en 81 pacientes con depresión endógena, encontrando cuatro patrones de síntomas: a) depresión de aparición repentina (la cual se asocia con rasgos melancólicos y trastorno bipolar); b) depresión de inicio gradual, donde el trastorno del estado de ánimo demora meses en desarrollarse y está relacionado con eventos estresantes de la vida; c) depresión de inicio neurótico, la cual se encuentra normalmente precedida por trastornos de ansiedad; d) depresión de inicio fluctuante, aquí los síntomas mostraron considerables fluctuaciones en la gravedad antes de alcanzar la fuerza total. Un año

más tarde, en 1965, Hopkinson entrevistó a 43 pacientes que sufrían depresión psicótica. Aproximadamente el 30% de ellos habían experimentado una fase precursora caracterizada por tensiones y sentimientos vagos de ansiedad y en menor medida síntomas como indecisión y disminución de la concentración. En 1980, Cadoret y su equipo encontraron que las quejas y la ansiedad somática precedieron el inicio de la depresión en 117 pacientes en atención primaria. Young y Grabler, en 1985, informaron que en 11 pacientes depresivos en donde se había dado un inicio rápido de los síntomas se asociaron con el subtipo endógeno, ausencia en el pasado o actualidad de trastornos no afectivos, ser mayor edad y pocos eventos de vida estresores. Fava y su equipo investigaron la sintomatología prodrómica en los 6 meses anteriores a la aparición de estado de ánimo depresivo en 15 pacientes ambulatorios que habían desarrollado un primer episodio depresivo mayor. Los 15 pacientes reportaron haber tenido al menos un síntoma prodrómico antes de la aparición del estado del ánimo depresivo. Ansiedad generalizada se encontró presente en 13 de los casos e irritabilidad en 9. Otros síntomas comunes fueron deterioro en su trabajo e iniciativa, fatiga e insomnio inicial y retrasado. Resulta interesante destacar que en seguimiento que se realizó durante 6 meses a los pacientes luego de la interrupción de los fármacos antidepresivos, 4 de los 15 pacientes tuvieron una recaída y requirieron reiniciar el tratamiento farmacológico. En todos los casos, los síntomas prodrómicos de recaída fueron similares a los del primer episodio.

En un estudio realizado por la NIMH *Epidemiologic Catchment Area Program* observaron que las mujeres con alteraciones en el sueño, disminución del impulso sexual, sentimientos de indignidad y problemas de concentración eran 5 veces más propensas a experimentar el desarrollo de un episodio depresivo mayor que aquellas que no tenían dichos síntomas. También encontraron que síntomas subclínicos de depresión y sentimientos de

impotencia persistente estaban presentes en jóvenes adultos que luego presentaron un episodio depresivo mayor.

En resumen, los distintos resultados de los estudios sugieren la existencia de una sintomatología prodrómica sustancial antes del inicio del estado de ánimo deprimido, siendo la ansiedad y la irritabilidad síntomas que dominan el cuadro clínico previo (Fava & Mangelli, 2001).

- **Eventos estresantes**

Si bien quedan muchas preguntas por responder sobre los síntomas prodrómicos, se ha evidenciado que el riesgo de desarrollar el trastorno aumenta sustancialmente después de un evento grave y agudo las cuales, generalmente implican serias amenazas a una relación o trabajo importante o cambios significativos en la salud, la vivienda o el estado financiero. Se estipula que las personas deprimidas tienen una probabilidad 2,5 a 10 veces mayor que las personas no deprimidas de haber experimentado un evento grave y estresante recientemente y hasta el 82% de los episodios depresivos parecen estar precipitados por tal estrés. Por lo que, tales eventos son uno de los mayores predictores de inicio inminente del trastorno, aunque poco se sabe acerca de lo que hace que ciertos factores estresantes sea depresógenos. Tanto este factor como los episodios depresivos previos son dos de los factores de riesgo más fuertes para la depresión (Kendler et al., 1999), aumenta la probabilidad de una recaída en individuos con trastorno de ansiedad generalizada (Francis et al., 2012) y es asociado significativamente con el consumo de sustancias y alcohol (Lijffijt et al., 2014).

Una pregunta importante, en este sentido, es si algunos eventos de la vida aumentan el riesgo de padecer depresión más que otros y, de ser así, ¿por qué? En cierta medida, esta

pregunta quedó subestimada por las teorías iniciales las cuales postularon que las respuestas orgánicas al estrés son uniformes y similares, independientemente de la condición provocadora. Esto ha ocurrido a pesar de la evidencia de que las respuestas biológicas y de comportamiento pueden, de hecho, no ser uniformes entre los factores estresantes, pero pueden ser diferencias y específicas (Slavich et al., 2010).

Las definiciones sobre estrés variaran según donde sea puesto el foco. Este podrá ser dirigido hacia las características amenazantes del entorno o ambiente (eventos estresantes de la vida) hasta las valoraciones individuales que realice una persona (subjetivas) sobre amenazas en el entorno (estrés psicológico) para la activación de los sistemas fisiológicos que apoyan los comportamientos (por ejemplo, huida y lucha) necesarios para responder a esa amenaza. Se ha observado que, las variaciones en la definición del estrés representan, en realidad, diferentes etapas en un modelo en el que los eventos estresantes de la vida considerados por una persona provocan respuestas conductuales y fisiológicas con posibles implicaciones posteriores para la enfermedad (Cohen et al., 2019).

Existe un consenso entre los investigadores de que las circunstancias graves como la muerte de un cónyuge, la agresión sexual o el recibir un diagnóstico de muerte inminente son ejemplos de los principales eventos estresantes de la vida, los cuales se espera que generen respuestas de estrés psicológico y fisiológico para el promedio de las personas.

Aunque la reactividad biológica al estrés puede verse alterada por la exposición a factores de estrés previos que pueden ocurrir en cualquier momento, el estrés en la vida temprana puede ser particularmente peligroso. De hecho, los humanos podrán experimentar los efectos de las agresiones ambientales a partir del día 14 de gestación, cuando se establece el flujo sanguíneo en el útero. Fetos de madres estresadas pueden estar expuestos a niveles altos de factor liberador de

corticotropina (CRF) potenciando la reactivación al estrés a lo largo de la vida. El maltrato infantil también podrá conducir a un aumento del riesgo de depresión. Por ejemplo, personas que han experimentado en la infancia, abuso físico o sexual muestran mayores respuestas del eje HHA al estrés en edad adulta, como así también, un incremento en la inflamación. Por lo que, es posible advertir que un ambiente adverso en el inicio de la vida aumentará los riesgos de depresión y de sensibilidad biológica al estrés. Por ejemplo Slavich et al. (2010) han encontrado que los individuos con pérdidas parentales tempranas han mostrado tener niveles mas bajos de pérdida interpersonal, la cual suele ocurrir al inicio de la depresión, lo que sugiere que la exposición a pérdidas interpersonales tempranas, podrá sensibilizar a las personas de manera única a situaciones posteriores que involucren pérdidas o rechazo.

- **Vulnerabilidades y temperamento: el poder del afecto negativo...**

El afecto negativo (a veces denominado emocionalidad negativa) se define como la propensión estable y generalizada a experimentar emociones aversivas, como el nerviosismo, la ira, la culpa, el rechazo y la tristeza. Investigaciones han demostrado que el afecto negativo esta positivamente relacionado con ambos sectores de la dimensión en la niñez y ha sido conceptualizado como un factor predictivo para trastornos de internalización y externalización (Mikolajewski et al., 2013). Distintas investigaciones muestran con claridad que ambos tipos de trastornos presentan covarías y muchos han sugerido que el efecto negativo puede explicar parcialmente la covarianza entre ambos. El estudio llevado a cabo por Mikolajewski et al. (2013) amplió los hallazgos previos de asociaciones sugiriendo que el efecto negativo comparte las influencias genéticas y ambientales para ambos trastornos en la infancia. Estas influencias comunes pueden explicar parcialmente su coocurrencia.

Las investigaciones actuales sobre temperamento asumen que la vulnerabilidad a la psicopatología se caracteriza por una combinación de altos niveles de emocionalidad/neuroticismo y bajos niveles de control de esfuerzo. Para ser más específico, los altos niveles de emocionalidad/neuroticismo hacen que las personas sean propensas a desarrollar trastornos psicológicos, pero puede darse el caso de que el impacto negativo de este factor de temperamento reactivo pueda ser amortiguado por un control de esfuerzo. Es decir que, un evento estresante de la vida provocará emociones negativas en los niños y particularmente en aquellos que se caractericen por altos niveles de emotividad. Sin embargo, solo los niños y adolescentes con bajos niveles de control de esfuerzo experimentarán dificultades para lidiar adecuadamente con estos sentimientos negativos y, por lo tanto, reaccionarán con comportamientos de evitación, agresión y depresión. En contraste, niños con alto nivel de control de esfuerzo serán capaces de regular estas emociones negativas al emplear estrategias de afrontamiento más estratégicas, flexibles y efectivas (Lengua & Long, 2002).

Lo emocionante de este punto de vista es que nos permite predecir con mayor precisión qué persona correrá mayores riesgos de desarrollar un trastorno psicológico. Sin embargo, solo un puñado de estudios han examinado realmente el papel de la emocionalidad y control de esfuerzo en la etiología de la psicopatología infantil. Eisenberg et al. (2001) realizaron un estudio en donde se obtuvo como resultados que los niños con problemas de internalización como de externalización obtuvieron puntajes relativamente altos en el factor de temperamento reactivo de la emocionalidad, particularmente en los rasgos de orden inferior que son relevantes para sus quejas específicas (miedo y tristeza respectivamente) para la ira o frustración. Además, estos niños evidenciaron niveles más bajos de control de esfuerzo en comparación con los niños sin problemas psicológicos, aunque en el caso de los síntomas de externalización el rol de control de

esfuerzo parece ser más prominente. En resumen, cuando la balanza indique la existencia de altos niveles de emocionalidad y bajos niveles de control de esfuerzo, será posible que nos encontremos ante posibles problemas de internalización y externalización.

Otro punto importante para tener en cuenta es la relación entre el temperamento y las distorsiones cognitivas. De acuerdo con el modelo cognitivo de Beck, la psicopatología es mantenida por distorsiones que ocurren durante varias etapas del procesamiento de la información, y hay cada vez más evidencia que esto también es cierto para los trastornos psicológicos en niños. Por ejemplo, jóvenes ansiosos y deprimidos muestran una mayor tendencia a interpretar estímulos y situaciones ambiguas de un amañera más negativa. Curiosamente, los niños con ansiedad interpretan predominantemente el mundo externo como amenazante, mientras que los niños deprimidos suelen realizar evaluaciones negativas sobre si mismos (Muris & Ollendick, 2005). Aunque la evidencia empírica es actualmente escasa, parece plausible que las distorsiones cognitivas desempeñen un papel importante en la persistencia de problemas de internalización como la ansiedad y la depresión (Muris et al., 2004). Varios estudios han demostrado que los altos niveles de emocionalidad/neuroticismo se asocian con una mayor frecuencia a distorsiones cognitivas en los jóvenes. Pero, paradójicamente pocos estudios han examinado la influencia del esfuerzo de control sobre las distorsiones cognitivas, a pesar de que la mayoría de estas se refieren a procesos conscientes y controlados, que posiblemente sean susceptibles al impacto regulador de este factor del temperamento.

Lonigan et al. (2004) investigaron los efectos de los factores temperamentales de la emocionalidad/neuroticismo y el control eficaz sobre el sesgo de atención de los niños con respecto a los estímulos relacionados con a la amenaza. Los resultados demostraron que los niños con alto nivel de emocionalidad/neuroticismo generalmente mostraron un mayor sesgo de

atención hacia las palabras relacionadas con la amenaza que los niños con bajo nivel de emocionalidad/neuroticismo. Lo más interesante, sin embargo, fue una interacción significativa que involucra neuroticismo y control de esfuerzo. Es decir, que niños con alto nivel de neuroticismo y bajo control de esfuerzo demostraron un sesgo significativo hacia las amenazas, mientras que niños con alta emocionalidad y control de esfuerzo alto no mostraron un sesgo significativo hacia la amenaza. Muris et al. (2007) investigaron la relación entre el control de la atención y las distorsiones cognitivas en niños no clínicos entre los 9 y los 13 años. Los resultados mostraron que el control de la atención estaba relacionado negativamente con las distorsiones de la percepción de amenaza, lo que significa que los niños con niveles bajos de este factor de temperamento regulativo eran más propensos a mostrar este sesgo cognitivo. En otras palabras, este estudio encontró cierto apoyo a la idea de que el control de esfuerzo está involucrado en las distorsiones cognitivas relacionadas con la psicopatología. Por su parte, Dodge et al. (2003) encontraron que las distorsiones cognitivas predicen el comportamiento agresivo en niños con problemas de externalización que son rechazados por sus compañeros.

- **Episodios depresivos previos**

Los episodios depresivos previos también moderarán las respuestas de los individuos al estrés. Por ejemplo, una persona que experimentó una pérdida interpersonal en la infancia podrá desarrollar estructuras de conocimiento o esquemas que incluyan temas de inferioridad, desvalorización y rechazo. Estos esquemas podrán activarse, posteriormente cuando el individuo experimente una pérdida o rechazo. Una vez que se active los esquemas, su atención y memoria se dirigirá a la información que sea congruente con su esquema, como por ejemplo experiencias

de pérdida y rechazo sesgando negativamente la información de señales sociales neutrales o ambiguas. La activación de los esquemas generará pensamientos (por ejemplo, “No soy digno de ser amado”, “No le gusto a otras personas”) y emociones negativas específicas (ejemplo, tristeza, humillación, vergüenza). Con sucesivos episodios depresivos, estos esquemas se volverán mas interconectados y llegarán a incluir más memoria relacionada dando como resultado mayor facilidad para activarse. Es decir que, con una menor cantidad de estrés y de mas diversas formas la persona tendrá un aumento en el riesgo de padecer depresión en relación con su inicio (Beck, 2008).

Las teorías cognitivas de la depresión proponen, al menos para subtipos particulares de depresión mayor, la existencia de sesgos o distorsiones en el procesamiento de la información emocional con el inicio del trastorno, el mantenimiento y la remisión. Existe un gran cuerpo de investigaciones empíricas que han demostrado que, durante un episodio depresivo, se alteran muchos aspectos cognitivos los cuales tienden a normalizarse una vez superado el episodio (aunque no todos los estudios evidencian dicho patrón (Monroe et al., 2007). En pacientes deprimidos es posible observar, principalmente dos sesgos cognitivos: el primero de ellos se relaciona con una mayor atención y memoria hacia estímulos emocionalmente negativos. El segundo sesgo es un mayor enfoque en si mismo: los pacientes deprimidos tienden a personalizar y remitir los estímulos neutrales y emocionales a si mismo. Este mayor enfoque en si mismo se refleja en la rumiación y la auto culpa. Ambos sesgos ayudan a facilitar la integración de estímulos negativos al yo de pacientes deprimidos y contribuye al mantenimiento de estados de ánimo negativos (Fossati, 2018).

En este sentido, el estudio realizado por Al-Mosaiwi and Johnstone (2018) demostraron que las personas deprimidas, al igual que aquellas que presenta otros trastornos como ansiedad,

trastorno límite de la personalidad y los trastornos alimentarios, manifiestan en su lenguaje habitual una gran medida palabras absolutistas. Este tipo de pensamiento subyace en muchas de las distorsiones cognitivas y en creencias irracionales que median los trastornos afectivos mentales. Se denominan absolutas a aquellas palabras, frases e ideas que denotan totalidad. Estos suelen ser independientes del contexto y no están calificados por matices.

Por su parte, la flexibilidad cognitiva se ve atenuada durante un episodio depresivo, manifestando que la inflexibilidad puede conferir vulnerabilidad para la depresión, aunque aun no se pudo determinar con claridad el rol de la inflexibilidad como vulnerabilidad para la depresión. Por flexibilidad se entiende a la habilidad que tiene la persona para responder y adaptarse a los cambios de circunstancias internas y/o externas (Stange et al., 2017).

- **Factores genéticos**

Desde hace un tiempo a esta parte, las investigaciones han comenzado a identificar factores genéticos que moderan la reactividad al estrés. El gen que ha sido más ampliamente estudiado en este contexto es el 5-HTT, que codifica el transportador de serotonina y afecta a la regulación regional de los receptores específicos de serotonina. Se ha prestado una especial atención a la región promotora del gen 5-HTTLPR, debido a su participación en la señalización de la serotonina y en consecuencia, del estado de ánimo, comportamiento y cognición (este punto será desarrollado con mayor detalle en el capítulo 2 sobre vulnerabilidades de la depresión) (Slavich et al., 2010).

- **Pérdida interpersonal, rechazo social y depresión**

Las pérdidas o problemas interpersonales hacen referencia a las persistentes dificultades que experimenta una persona en sus relaciones interpersonales. En general, personas que buscan ayuda psicoterapéutica reportan algún grado de problemas interpersonales. Específicamente los pacientes con depresión se encuentran significativamente más afectados por sus problemas interpersonales que aquellas personas que no lo están (Renner et al., 2012).

Este tipo de dificultades han sido durante mucho tiempo considerada como fundamental para la depresión. Este enfoque se remonta a Freud en sus escritos sobre “*Duelo y Melancolía*” y está representado en muchos relatos psicodinámicos contemporáneos, cognitivos y sociales del trastorno. En términos generales, estas teorías sostienen que los vínculos sociales estrechos brindan varios beneficios importantes, como la nutrición, la conexión social, la protección física y el potencial de éxito reproductivo. En consecuencia, se presume que los factores de estrés que interrumpen tales enlaces producen angustia inmediata e intensa (Bowlby & Báez, 1993).

Las investigaciones sobre los eventos de vida han dado apoyo a esta predicción. Por ejemplo, las personas que experimentan una pérdida interpersonal importante tienen casi el doble de probabilidad de desarrollar depresión que las personas sin una pérdida reciente. En términos generales, las personas que sufren depresión se encuentra con un mayor distrés a causa de los problemas interpersonales que aquellas personas que no padecen de depresión (Renner et al., 2012).

En recientes esfuerzos por conceptualizar los problemas interpersonales se han basado principalmente en la circunferencia interpersonal en el que se trazan disposiciones

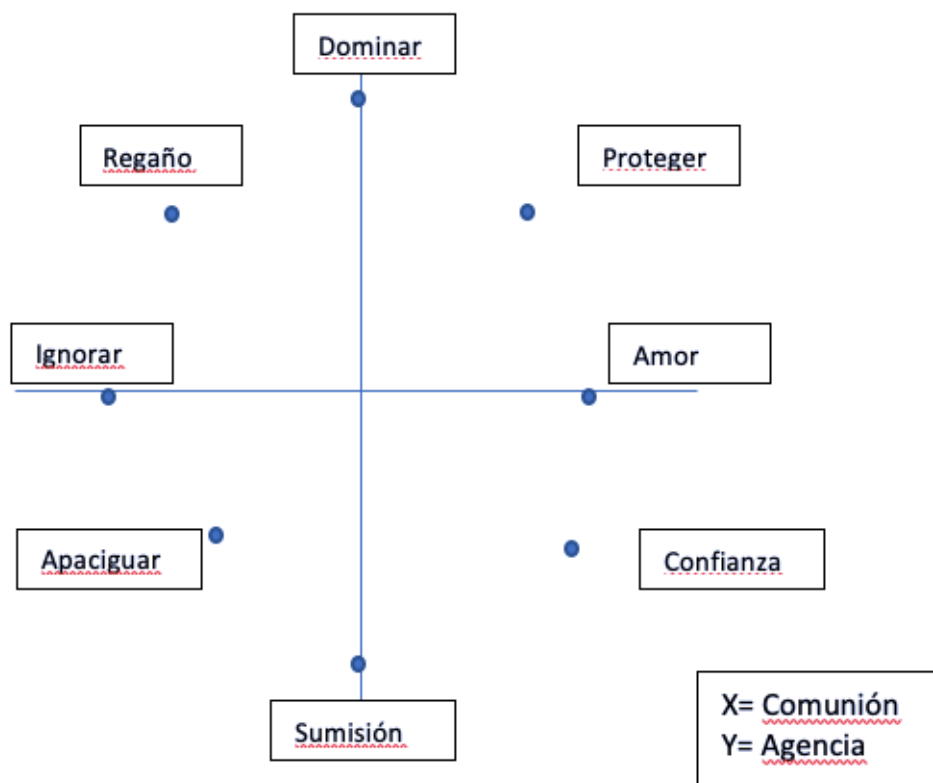
interpersonales estables a lo largo de un espacio bidimensional que va desde la agencia hasta la sumisión en un eje y desde la comunión hasta la frialdad en el otro (ver Figura 19).

Aquello que motiva las relaciones interpersonales podrá ser organizado jerárquicamente teniendo cuenta su amplitud como su nivel de abstracción. Un deseo amplio, como un deseo de intimidad o un deseo de amistad, es de un orden más alto que un deseo estrecho, como el deseo de pasar tiempo con una pareja romántica. El deseo de intimidad constituye una categoría superior (más abstracta), que subsume categorías más estrechas, y esas categorías subsume categorías aún más estrechas.

Desde esta perspectiva se asume que existen dos categorías muy amplias y abstractas (ya mencionadas) que están en la parte superior de la jerarquía, a saber, comunión y agencia. La primera categoría hace referencia a la motivación para una conexión con otras personas, es motivo para participar en una unión más grande con otras personas. Mientras que agencia, por otro lado, enfatiza al yo como una unidad distinta; se enfoca en la propia influencia, control o dominio individual de la persona sobre el yo, las otras personas y el ambiente. La agencia refiere a la existencia de un organismo como un individuo se manifiesta en la autoprotección, la autoafirmación y la auto expansión e incluirá rasgos como la autonomía, la independencia y el dominio, mientras que la comunión describe la participación con los demás e incluye rasgos como la cooperación y el cuidado.

Según Bakan (1966) ambos términos caracterizan dos modalidades fundamentales en la existencia de formas vivas. Según la teoría del apego, las primeras manifestaciones de ambas categorías aparecen durante la infancia, motivando al niño a estar cerca y conectado con el adulto buscando aumentar sus posibilidades de supervivencia (comunión) y, en la medida que se sienta suficientemente seguro, buscará separarse del cuidador y explorar autónomamente el espacio

**Figura 19:** Comportamientos interpersonales colocados en un espacio bidimensional Horowitz et al., 2006.



(manifestaci3n temprana de agencia). Con el tiempo ambas motivaciones se ir3n profundizando.

La comuni3n incluir3 motivos como la intimidad, la sociabilidad y la pertenencia a grupos mientras que la agencia ir3 incluyendo motivos como la autonom3a, el logro y el control. Al interactuar una persona con otra, se asume que al menos una de ellas buscar3 satisfacer un motivo, permiti3ndole experimentar una emoci3n positiva. Por ejemplo, el deseo de tener nuevos amigos tiene una prioridad m3s alta durante cierto periodo de la vida que en otros. Pero no siempre las conductas son directas y claras. Existen ocasiones en los cuales se presentan motivos

ambiguos quedando desconocidos o pocos claros pudiendo generar una mala comunicación entre dos personas (Horowitz et al., 2006).

Todos los eventos de pérdida interpersonal, sin embargo, no son creados por igual. Holmes (2002) astutamente enfatizó la importancia de las expectativas de cada persona cuando interactúan. Las expectativas son los componentes básicos de las cogniciones sociales.

El apego marcará la primera aparición de un motivo comunitario revelando un motivo poderoso para que el bebé se conecte con un adulto disponible. Un aspecto particularmente importante de la teoría se refiere al desarrollo de las imágenes del si mismo y de otros. Por ejemplo, una visión de si mismo como inadecuada y de otras personas como potencialmente desaprobación, rechazo o humillación puede dar lugar a expectativas intensas de dolor y motivos intensos para protegerse de una posible angustia. Siguiendo con la teoría de Bowlby (1976) los bebés comienzan a formar imágenes (modelos internos de trabajo) de otras personas y de un Yo temprano, que, interactuarán con las predisposiciones biológicas. Es decir que, estas predisposiciones interactuarán con la experiencia para dar forma a esquemas (por ejemplo, que otras personas son potencialmente pocos confiables o que el Yo es potencialmente abandonado e indefenso). Estos esquemas y expectativas podrán sensibilizar a un niño ante ciertas conductas de abandono dando lugar a motivos de autoprotección para prevenir futuros abandonos. En esta época de la vida se irán creando definiciones sobre uno y los otros.

Las personas irán creando interacciones interpersonales que confirmen (o disconforme) una hipótesis potencial. Por ejemplo, una persona podrá tomar medidas para corregir la percepción que un compañero tiene de ella, cuando contradice su autopercepción, aunque esta sea más favorable que su propia percepción. Así, mantendrá a salvo su auto percepción y probará su validez. Dicho en otras palabras, las personas instigarán interacciones que confirmen unas

hipótesis deseables (ej., las personas narcisistas parecen pedir admiración como una forma de probar que son admirables o una persona obsesiva-compulsiva parecerá luchar por la perfección como una forma de probar que están más allá de cualquier reproche). Cuando los objetivos y motivos importantes se frustran de manera crónica, la persona sufre un efecto negativo. La mayoría de las personas parecen tener éxito razonable en encontrar formas de alcanzar los niveles deseados de intimidad, amistad, autonomía, influencia, autoeficiencia, etc. Pero, algunas personas, sin embargo, no tiene éxito y reportan problemas interpersonales. Por ejemplo, una persona tímida podría anhelar la intimidad, pero evitar el contacto social para protegerse del rechazo. Cuando los motivos interpersonales importantes se frustran de manera crónica, la persona informa sobre problemas interpersonales, como “es difícil para mí hacer amigos” o “me encuentro demasiado solo”. En pacientes con depresión se han observado el predominio de un estilo interpersonal evitativo y de baja asertividad (Renner et al., 2012).

Por su parte, **el rechazo social** no solo aumenta en gran medida el riesgo de padecer depresión, sino que también parece provocarla de manera más rápido que los eventos de no-rechazo. En una investigación llevada a cabo por Slavich et al. (2009) se examinó un tipo específico de rechazo denominado *rechazo dirigido* (RD), en el cual se realiza un rechazo exclusivo, activo e intencional a un individuo por parte de otros. La persona que experimenta este tipo de rechazo se deprime aproximadamente 3 veces más rápido que aquellas personas que experimentan un evento estresante severo (o definido como RD).

Por lo que resulta interesante preguntarse por qué, el rechazo social es tan depresógeno. Una de las posibilidades hace referencia al valor adaptativo de la conexión social y la manera en que los eventos de rechazo interrumpen los vínculos sociales. Las relaciones sociales brindan a los seres humanos beneficios críticos, por lo que estos poseen impulso fundamental para

mantener un estatus social positivo, valor y consideración. Todo esto aumentará la probabilidad de una inclusión social continua. La persona tenderá a esforzarse por preservar el estatus social tanto como se esfuerza por preservar el bienestar físico, ya que ambos tienen el objetivo común de promover la supervivencia (Gruenewald et al., 2004). Entonces, los eventos de rechazo social amenazan la auto conservación social ya que implica un alto grado de evaluación social negativa o amenaza socio-evaluativa. El rechazo social también implica una devaluación de la persona por parte de otros y pronostica una exclusión social involuntaria potencial o real. Como resultado, los eventos de rechazo pueden provocar el surgimiento de cogniciones auto referenciales negativas relacionadas con el valor y la estima social de la persona como, por ejemplo: “No soy deseable”, “No soy digno de ser amado”, “No le gusto a otras personas”, etc. (Monroe et al., 2007).

Cogniciones de este tipo, las cuales son el sello distintivo de muchos episodios depresivos, pueden a su vez, dar lugar a emociones conscientes como la vergüenza y la humillación, las cuales están asociadas con procesos biológicos (por ejemplo, la inflamación) que apoyan la retirada y desvinculación conductual.

Desde el punto de vista psicobiológico del rechazo social, el proceso se inicia con la percepción de la amenaza social. Los factores de estrés que involucran el rechazo y la exclusión social activan regiones neuronales involucradas en el procesamiento del afecto negativo y la angustia asociada con el dolor físico. Estas regiones incluyen a la ínsula anterior, el cortex dorso anterior cingulado. También se genera la activación en múltiples sistemas biológicos como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHA) y el eje simpático-suprarrenal-medular (SAM). El grado de reactividad variará según las características sutiles del entorno social, como la disponibilidad de apoyo social, por ejemplo. Esta reactividad podrá ser indexada por dos bio-marcadores: el cortisol, que es liberado por el eje HHA y la epinefrina y norepinefrina, que son liberadas por el

eje SAM. Si bien, una gran variedad de eventos estresantes puede activar ambos ejes, los factores estresantes relacionados con el rechazo son particularmente grandes activadores (Lieberman & Eisenberger, 2009). Especialmente las condiciones estresantes caracterizadas por una baja capacidad de control y una alta amenaza social evaluativa, la vergüenza y la disminución de la autoestima están asociadas al aumento del cortisol y la activación del eje SAM, como por ejemplo, sujetos rechazados socialmente y/o expuestos a evaluación social negativa suelen exhibir fuerte respuestas cardiovasculares (Gruenewald et al., 2004). La exposición al rechazo social también activa el sistema inmunológico iniciando procesos que promueven la inflamación, generando citoquinas proinflamatorias las cuales señalan al sistema nervioso central (SNC) para provocar comportamientos de enfermedad, los cuales facilitan la recuperación de un organismo y de una enfermedad o lesión e incluye síntomas depresotípicos como anhedonia, fatiga, desaceleración psicomotora y retirada social-conductual (Slavich et al., 2010).

Las respuestas inflamatorias del sistema inmunitario se pueden desencadenar de diversas maneras incluidas infecciones y traumas. La depresión aumenta la producción de citoquinas proinflamatorias, incluida la IL-6 (Interleucina-6), las cuales luego de un tratamiento exitoso, los niveles elevados de IL-6 disminuyen. La sobreproducción de citoquinas proinflamatorias puede conducir a cambios inmunológicos y endocrinos desadaptativo-posteriores. El IL-6 es un potente estimulador de la producción de hormona liberadora de corticotropina (CRH), mecanismo que conduce a la activación del eje HHA, que incluye niveles elevados de ACTH en plasma, seguido de niveles elevados de cortisol, las cuales pueden provocar múltiples cambios inmunológicos y neuroendocrinos adversos. El aumento del cortisol puede iniciar, perpetuar o agravar la depresión sindrómica, las conductas depresivas y los síntomas depresivos como la ansiedad, el insomnio y la mala memoria (Kiecolt-Glaser & Glaser, 2002).

Estos hallazgos tienen implicaciones directas para la relación del rechazo social con la depresión ya que los mediadores inflamatorios han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Por ejemplo, se ha observado que: 1) la depresión es comúnmente comórbida con trastornos inflamatorios como la artritis, diabetes y enfermedades cardiovasculares, 2) la depresión confiere un mayor riesgo en el desarrollo de trastornos inflamatorios en individuos físicamente sanos y 3) los individuos deprimidos con o sin enfermedad física comórbida exhiben niveles elevados de moléculas inflamatorias (Kiecolt-Glaser & Glaser, 2002).

- **Modelo psicosocial del rechazo social y depresión**

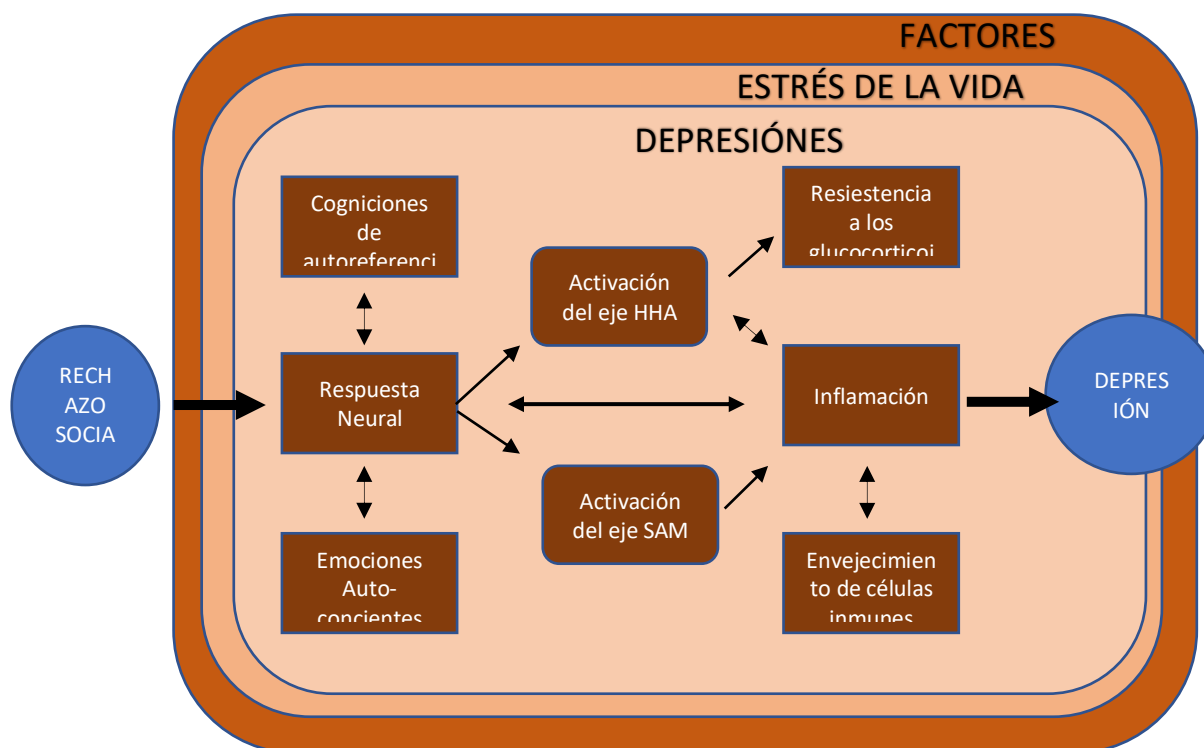
El modelo propuesto por Slavich et al. (2010) los eventos de RS activan las regiones del cerebro involucradas en el procesamiento del afecto negativo y la angustia relacionada con el rechazo y a la vez, se provocan cogniciones autorreferenciales negativas, como por ejemplo, “soy indeseable”, “No le gusto a nadie” y emociones relacionadas como vergüenza y humillación. Las consecuencias biológicas posteriores incluyen la regulación positiva del eje HHA y SAM y la respuesta inflamatoria que inducirán comportamientos de enfermedad que aumentarán el riesgo de depresión ([ver figura 20](#)).

Aquello que Beck formuló en su primer modelo acerca de la psicopatología de la depresión, en donde experiencias traumáticas tempranas generaban creencias disfuncionales (como eventos predisponentes) y factores estresantes congruentes con la vida posterior de la persona ayudaban al desarrollo del trastorno, hoy en día es posible de esbozar posibles caminos genéticos y neuroquímicos que interactúan paralelamente a las variables cognitivas, como por

ejemplo la hipersensibilidad en la amígdala cerebral combinada con una hipo activación de ciertas zonas de regiones prefrontal (Beck, 2008).

El modelo prioriza tres factores, enfocándose en la exposición previa al estrés, las experiencias y los genes implicados en la reactividad al estrés.

*Figura 20: Un modelo psicobiológico de rechazo social y depresión (Slavich et al., 2010).*



- **Síntomas residuales**

La alta tasa de recurrencias que tiene este trastorno llevó al mundo científico a prestar mucha atención a los motivos que lo generan. Desde hace varias décadas se comenzó a estudiar cuales eran los motivos. Dentro de las posibles causas se encontró la existencia de síntomas

residuales una vez que el paciente había finalizado el tratamiento. Por ejemplo, en 1973 Paykel y Weissman encontraron que los pacientes completamente recuperados del episodio, en comparación con pacientes del grupo de control, presentaban un mal ajuste social como interpersonal a pesar de haber mejorado considerablemente en dichas áreas a lo largo del tratamiento. Por su parte, en general la dependencia y el apego familiar mejoran casi por completo, mientras que la fricción interpersonal y la comunicación inhibida mostraron pocos cambios. El desajuste social residual también fue reportado por otras investigaciones posteriores como la desarrollada por Goering y equipo, Coryell y equipo y Bauwens y equipo y fue correlacionado con resultados a largo plazo. De manera similar, se encontró que las actitudes y atribuciones disfuncionales persistieron después de la recuperación, a pesar de mejorar clínica y cognitivamente. Estos patrones cognitivos se correlacionaron positivamente con la vulnerabilidad a la depresión persistente o la recaída. Estos hallazgos fueron consistentes con el hecho de que las actitudes vulnerables como el alto neuroticismo evaluado cuando los pacientes deprimidos están sintomáticos y predicen la recuperación, pero para poder realizar una buena evaluación para predecir posibles recaídas será necesario utilizar medidas cognitivas cuando el paciente este asintomático. El mal ajustaste social y las actitudes disfuncionales pueden superponerse con los rasgos de personalidad evaluados después de la recuperación clínica o las características de personalidad pre mórbidas (Fava & Mangelli, 2001).

En cualquier caso, parece haber un componente interpersonal atribucional residual que es refractario al tratamiento exitoso de la depresión, el cual cobra un valor predictivo considerable. Esta noción, de que muchos (se podría decir la mayoría) de los pacientes deprimidos experimentan síntomas residuales leves pero crónicos o recurrencias de los síntomas después de la remisión completa está bien delineada desde la década del 70 y no ha recibido mayor atención

desde entonces. En conclusión, la sintomatología residual sustancia que caracteriza a los pacientes deprimidos que respondieron bien al tratamiento son la ansiedad, la irritabilidad y la fricción interpersonal.

En un estudio de realizado por Fava et al. (1994) abordaron específicamente la relación de los síntomas residuales con la sintomatología prodrómica. Casi el 70% de los síntomas residuales que se encontraron en 40 pacientes depresivos remitidos también estuvieron presentes en la fase prodrómica de la enfermedad. Este porcentaje aumento casi al 90% de los casos por ansiedad e irritabilidad generalizada residual. Por lo que se podría decir que existe una relación sustancial y fuerte entre los síntomas residuales y prodrómicos.

Uno de los síntomas claves presentes en la depresión, marcado por Bech (1990) es el fenómeno clínico de la desmoralización caracterizado por sentimientos en el paciente de no haber cumplido con sus propias expectativas (o las de otros) o ser incapaz de hacer frente a algunos problemas apremiantes. El paciente podrá experimentar sentimientos de impotencia, desesperanza o abandono. Grandi et al. (2001) sugieren que la desmoralización se encuentra con frecuencia y se solapa solo en cierta medida con la depresión mayor. Sería importante evaluar la presencia de la desmoralización en la fase residual de la misma.

La presencia de síntomas depresivos por debajo del umbral diagnóstico manifiesta la presencia de síntomas depresivos en la persona que no alcanzan en relación con la frecuencia, duración y/o gravedad de los síntomas para poder ser diagnosticada como episodio depresivo mayor. Estos tipos de síntomas no se encuentran por fuera de la cotidianeidad, ya que las estimaciones de prevalencia en adultos oscilan entre el 2,9% y el 9,9% en atención primaria y entre el 1,4% y el 17,2% en entornos comunitarios. Estas personas suelen presentar un mayor deterioro funcional, tienen peor calidad de vida y utilizan los servicios de salud más

frecuentemente que aquellos sin síntomas depresivos. La presencia de estos síntomas serán un indicador de riesgo importante para el desarrollo de una depresión mayor en el futuro por lo que, tanto estudios recientes como las guías de tratamiento han exigido una mejor identificación y manejo de los síntomas depresivos por debajo del umbral en la comunidad y en los entornos de atención primaria (Lee et al., 2019).

- **La adolescencia como periodo de riesgo para la depresión**

La transición a la adolescencia puede representar un periodo sensible para el desarrollo y la prevención de los síntomas depresivos. Es uno de los trastornos de salud mental más prominentes que afectan a los adolescentes con una prevalencia de un año de 4 a 5 % en todo el mundo. Los síntomas depresivos que emergen en esta etapa del ciclo vital son probables de ser repetidos a lo largo de la vida sino se abordan adecuadamente (Scott et al., 2019). Los adolescentes con trastornos depresivos mayor tienen mayor probabilidad de intentar suicidarse, tomar riesgos impulsivos (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección), bajo rendimiento escolar, discapacidades sociales, retiro social y consumir sustancias. Sus síntomas están asociados con una serie de resultados adversos que incluyen autolesiones deliberadas, fracaso educativo, futuros episodios depresivos y otros problemas de salud mental en la vida adulta.

Una gran cantidad de adolescentes presentan síntomas depresivos por debajo del umbral diagnóstico, que, si bien no llegan a cumplir con los criterios necesarios para diagnosticar el trastorno, los síntomas podrán tener implicaciones clínicas y sociales a largo plazo predisponiendo algún desarrollo posterior de un trastorno completo (Nardi et al., 2013). Las consecuencias anteriormente marcadas para la depresión en jóvenes también podrán ocurrir en

individuos con niveles subclínicos de síntomas depresivos, por lo que resulta imperativo entender qué contribuye a la sintomatología depresiva (Goncalves et al., 2019). En general, la depresión en los jóvenes es poco reconocida y, a menudo, no recibe asistencia clínica, ya que solo entre el 25% y el 40% de los niños y adolescentes que cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo reciben algún tipo de intervención de un profesional de la salud (Rice & Warne, 2019).

En la preadolescencia, su incidencia oscila entre el 0,5% y el 2,5% y entre el 2,5% y el 8% durante la adolescencia, mientras que la prevalencia se estima entre el 4% y el 8% (Nardi et al., 2013). Durante la adolescencia, la incidencia de los síntomas y trastornos depresivos aumenta notablemente (especialmente en las mujeres) con estimaciones de prevalencia de 12 meses del 2 al 8% (Rice et al., 2019; Rice & Warne, 2019).

El periodo transitorio entre la preadolescencia y la adolescencia comienza aproximadamente entre los 9 y 10 años. Aquí se producirán cambios multi-sistémicos que influirán el funcionamiento y el aprendizaje social y afectivo. Esto incluye un rápido crecimiento físico, cambios en el funcionamiento endócrino y el desarrollo neuronal, la renegociación de las relaciones familiares y entre compañeros, la activación de intereses románticos, desarrollo de pensamiento hipotético y cambios en el sueño y regulación circadiana. Se cree que estos cambios convergen en formas que amplifican el riesgo de síntomas depresivos durante este periodo de desarrollo. Por lo que, la adolescencia es el momento oportuno para modificar los factores de riesgo de manera que potencialmente puedan tener un impacto positivo en la trayectoria del ciclo vital (Silk et al., 2019). En la infancia, los estudios informan que no existe diferencia significativa de género en las proporciones de personas afectadas a diferencia de lo que ocurre durante la adolescencia donde la proporción variará al doble de mujeres afectadas que hombres.

- **La ansiedad como factor de riesgo para la depresión**

Rice et al. (2017) sugirieron que el aumento del miedo y la ansiedad pueden representar un camino hacia la depresión. Tener elevados niveles de miedo y/o ansiedad en la infancia o la adolescencia temprana aumenta dramáticamente el riesgo de desarrollar depresión durante la adolescencia. Esto es especialmente cierto para los jóvenes con ansiedad social, de separación y generalizada, por lo que, su abordaje con intervenciones preventivas primarias resulta ser importante. Aunque no todos los niños con trastornos de ansiedad desarrollan depresión, aproximadamente el 75% de los jóvenes que desarrollan depresión tienen un historial de haber tenido al menos un trastorno de ansiedad. Mientras que la ansiedad y la depresión se predicen mutuamente con el tiempo, la ansiedad surge típicamente antes. Los tratamientos psicológicos para la ansiedad son eficaces para muchos jóvenes, teniendo una tasa de respuesta al tratamiento TCC de aproximadamente el 65%, siendo más efectiva que el tratamiento TCC para la depresión en la infancia y la adolescencia (Silk et al., 2019).

Uno de los mecanismos a través del cual la ansiedad elevada puede contribuir a la generación de síntomas depresivos, es la reducción de los comportamientos de búsqueda de recompensa que conlleva a la reducción de experiencias de eventos agradables. En general, los jóvenes con ansiedad evitan actividades potencialmente riesgosas, pero también gratificantes, como ir a una fiesta, practicar un deporte o hacer nuevos amigos. Este proceso podría contribuir a la retirada social y la anhedonia que caracterizan y a menudo preceden a la depresión (Silk et al., 2012).

En el estudio realizado por Silk et al. (2019) indicaron que jóvenes que recibieron tratamiento TCC para algún trastorno de ansiedad durante la preadolescencia o en la adolescencia temprana, mostraron bajos niveles de síntomas depresivos en comparación con jóvenes que recibieron tratamiento fallido. El efecto preventivo del tratamiento TCC para la ansiedad durante la preadolescencia y adolescencia temprana parece conferir un efecto preventivo en la sintomatología depresiva de los adolescentes, especialmente en las mujeres.

- **Soledad, ansiedad social y depresión**

Como es sabido, la adolescencia se caracteriza por la presencia de diversos desafíos, siendo uno de ellos, el dominio social. Uno de los cambios sociales más notables es el aumento de la importancia de las relaciones con los pares. Por ejemplo, los adolescentes tienden a pasar más tiempo con sus pares, transformándose estos en una fuente importante de soporte social. Sin embargo, al mismo tiempo las relaciones con los pares comienzan a ser un desafío durante esta etapa del ciclo vital. Por ejemplo, los adolescentes desarrollan expectativas más altas con respecto a las relaciones con sus compañeros y, a la vez, se vuelven más sensibles a las expectativas y opiniones de sus pares (Brown & Larson, 2009). Por lo que, no es sorprendente que los adolescentes sean particularmente vulnerables a desarrollar sentimientos de soledad, ansiedad social y síntomas depresivos, siendo todos estos problemas de internalización con fuerte componentes interpersonales.

La soledad, la cual es conceptualizada como un problema emocional (Matthews et al., 2016) es definida como un sentimiento negativo que las personas experimentan cuando perciben a sus relaciones sociales como insatisfactorias ya sea cuantitativa o cualitativamente. Dicho con

otras palabras, cuando las personas experimentan que la calidad de sus relaciones sociales es peor que lo deseado que a ellos le gustaría o cuando el número de relaciones que tienen no satisfacen a sus expectativas, los sentimientos de soledad emergen (Danneel et al., 2019).

La ansiedad social (AS) se caracteriza por un miedo prominente a una o más situaciones sociales en las que la persona está expuesta a un posible escrutinio por parte de otros. Las personas que la padecen se muestran particularmente preocupados de comportarse de una manera particular buscando evitar dejar ver síntomas de ansiedad (como por ejemplo el rubor o voz temblorosa) que provoquen una evaluación negativa por parte de otros.

Según la literatura, la asociación entre la soledad, la AS y los síntomas depresivos presentan dos conceptualizaciones. La primera de ellas implica que la soledad, la AS y los síntomas depresivos representan tres constructos latentes separados pero relacionados. La segunda conceptualización implica que la soledad, la AS y los síntomas depresivos son reflejos de una sola construcción latente. Independientemente de cómo se lo conceptualice, los tres tipos de problemas de internalización están asociados con los mismos factores de riesgo, por ejemplo, el rechazo de los pares (Danneel et al., 2019).

- **Pensamiento negativo repetitivo**

El alto grado de comorbilidad entre ciertos trastornos mentales, particularmente la depresión y el trastorno de ansiedad llevaron a los investigadores a buscar sus mecanismos responsables. Pensar desde una perspectiva transdiagnóstica nos permite entender y tratar múltiples formas de psicopatología dentro de un marco teórico unificado. Dicha perspectiva busca hacer foco en los mecanismos comunes que subyacen el desarrollo y mantenimiento de los

trastornos psicológicos, en oposición a los factores que son exclusivos de presentaciones clínicas particulares. Esta mirada supone la existencia de ciertos factores de riesgo comunes que trascienden las categorías diagnósticas, donde la expresión fenotípica de cualquiera de los factores de riesgo dependerá de su interacción con otros factores de riesgo y de protección dentro del individuo, su familia y entorno.

Se han propuesto numerosos factores transdiagnósticos para esta diada comórbida (ejemplo, elementos de afecto, atención, memoria, razonamiento, pensamiento y comportamiento) (García-Escalera et al., 2016). Recientemente, el pensamiento negativo repetitivo (PNR) ha sido sugerido como un factor transdiagnóstico muy importante, siendo la rumiación el tipo de PNR más frecuente (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011).

El PNR es una característica común de los trastornos emocionales, con rumiación y preocupación excesiva, siendo característicos de la depresión y trastornos de ansiedad, respectivamente. La rumiación puede ser definida como un pensamiento disfuncional, redundante, repetitivo y estereotipado. Particularmente, en la depresión se lo puede entender como una “tendencia a” centrar la atención de uno en los síntomas de depresión y en las implicaciones de estos síntomas. En contraste, la preocupación se ha definido como una cadena de pensamientos e imágenes cargada negativamente y generando dificultades en la persona para controlarlo e involucra la anticipación enfocada en el futuro de resultados negativos.

A pesar de estas diferencias en el contenido, existen más similitudes que desacuerdos a través de distintas formas de PNR y se lo ha argumentado como un constructo de orden superior transdiagnóstico (McEvoy et al., 2019).

- **Regulación emocional como predictor de síntomas depresivos**

Las dificultades en la regulación emocional (RE) son un factor de riesgo potencial para el desarrollo de la sintomatología depresiva que han sido objeto de una extensa investigación empírica. La RE es la capacidad de modificar la expresión, la experiencia y la fisiología de una emoción para satisfacer las demandas situacionales. Tener dificultades continuas en la RE puede producir un deterioro psicosocial importante, siendo particularmente cierto en la adolescencia temprana donde, tal como ya se ha mencionado, se producen numerosos cambios físicos y sociales que son estresantes lo que lleva a que el adolescente ponga a prueba sus habilidades en RE, la cual se irá haciendo más sofisticada a medida que crezca el adolescente. Estas limitaciones de desarrollo en RE pone a los adolescentes en mayor riesgo de síntomas depresivos. Altos niveles de expresión emocional negativa han sido encontrados como un potente indicador de dificultades para regular la emoción y se lo ha relacionado con la sintomatología depresiva (Goncalves et al., 2019).

Las dificultades en RE pueden ser referidos a varios procesos como la falta de conciencia emocional, falta de claridad emocional, falta de aceptación a las respuestas emocionales, dificultades para involucrarse en el comportamiento dirigido a objetivos, dificultades para controlar los impulsos y acceso limitado a las estrategias de RE (Gratz & Roemer, 2004). Primero, una persona puede no darse cuenta de sus emociones y/o tener dificultades para entenderlas. Por ejemplo, la falta de conciencia emocional ha sido relacionada en forma transversal con síntomas depresivos en adolescentes (Hendryx et al., 1991; Neumann et al., 2009). También se encontró que la incapacidad para identificar las emociones predijo de forma prospectiva síntomas depresivos seis meses más tarde en la infancia tardía (Rieffe & Rooij,

2012). Un estudio longitudinal también ha relacionado la falta de claridad emocional con síntomas depresivos en la adolescencia temprana (Stange et al., 2013).

En segundo lugar, la persona puede tener consciencia y claridad emocional, pero no estar dispuesto a aceptar su respuesta emocional. La claridad emocional es una faceta importante de la conciencia emocional e implica la identificación y comprensión de las propias experiencias emocionales. Las personas con un nivel adecuado de claridad emocional pueden reconocer sus emociones y distinguirlas de otras emociones. La claridad emocional permite que un individuo responda de manera adaptativa al estrés emocional mientras que la baja claridad emocional se asocia con problemas de internalización como la ansiedad y la depresión. La claridad emocional se incrementa durante la adolescencia, siendo mayor en los varones que en las mujeres adolescentes. Blöte and Westenberg (2019) hallaron la posibilidad de que se genere un ciclo vicioso cuando un adolescente tiene altos síntomas depresivos que conducen a niveles relativamente bajos de claridad emocional, que a su vez conducirán a niveles aún más altos de síntomas depresivos, etc. Aquí, la rumiación de emociones negativas parece jugar un papel en la creación de este ciclo, llevando a la persona a querer evitar o suprimir las emociones iniciales más amenazadoras. En el contexto de la RE, la rumiación se define como un enfoque repetitivo en el estado de ánimo (negativo), en sus causas, significados y consecuencias.

Una falta de voluntad para aceptar emociones negativas puede llevar a la persona a suprimir las emociones, lo que puede llevar a una amplificación de las emociones negativas (Davis et al., 2000). Neumann et al. (2009) encontraron que la no aceptación de las respuestas emocionales se relacionó en forma transversal con los síntomas depresivos en la adolescencia temprana media y tardía.

En tercer lugar, aunque las emociones negativas a veces pueden ser adaptativas, otras veces pueden dejar a un adolescente incapaz de participar en conductas dirigidas a un objetivo. Por ejemplo, ser incapaz de realizar las tareas cotidianas como las tareas o estudiar para un examen importante, mientras experimenta tristeza por una ruptura sentimental. Investigaciones recientes han revelado que la incapacidad para participar en conductas dirigidas a un objetivo durante un estado emocional negativo es un predictor longitudinal de los síntomas depresivos en adolescentes y preadolescentes (Smith et al., 2013). De manera similar, la persona puede participar en un comportamiento imprudente e impulsivo en respuesta a una emoción negativa. Este tipo de respuesta también se ha relacionado de forma transversal con el desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes (d'Acremont & Van der Linden, 2007).

Por último, el sujeto podrá carecer de acceso a las estrategias necesarias para modular la emoción negativa. Por ejemplo, podrá saber que está triste, pero no saber cómo regularlo de manera efectiva. Este acceso limitado a las estrategias de RE se ha asociado en forma transversal con los síntomas depresivos (Neumann et al., 2009). En resumen, aquellos adolescentes con una limitada habilidad para regular sus emociones son especialmente vulnerables ante síntomas de internalización.

Se espera que el control de esfuerzo (especialmente control de atención) reduzca los síntomas de internalización de depresión, ansiedad y aislamiento social. En contraste, los niños que son rígidos, constreñidos e inhiben su comportamiento (por ejemplo, aquellos que les incomodan los estímulos novedosos, incluido las personas) propensos a presentar problemas de internalización, presentan dificultades en el control de esfuerzo (particularmente el control de atención) (Eisenberg et al., 2017).

### 3.8 Predictores de recurrencia

Hardeveld et al. (2010) en un estudio meta-analítico identificaron una serie de predictores para la recurrencia del trastorno depresivo mayor. Entre las conclusiones obtenidas por los autores, a diferencia de lo planteado por Eaton et al. (2008), resulta importante resaltar que, en los centros especializados de salud mental como en los centros de atención primaria, el porcentaje de recurrencia es extremadamente alto (por encima del 85% luego de 15 años) lo que resulta conveniente preguntarse *cuándo en lugar de si*, el paciente tendrá una recurrencia. En la población general el porcentaje de recurrencia es menor ascendiendo hasta 35% luego de 15 años. Los predictores que mayor peso tienen para el desarrollo del trastorno son:

- **Factores demográficos:** Numerosos estudios buscaron identificar una vinculación entre estos factores y el riesgo de recurrencia, sin encontrar una asociación fuerte. Dentro de los factores que influyen se encuentran: el sexo, la edad, estatus socioeconómico y marital. Sin embargo, existen ciertas investigaciones, como la de Mueller et al. (1999), Winokur et al. (1993) y Kessler and Bromet (2013), entre otras, las cuales marcan la existencia una fuerte asociación entre la recurrencia y el sexo femenino, como así también, con el nunca haber estado casado. Una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud encontró una correlación entre episodio depresivo mayor y el sexo femenino del doble que con el sexo masculino, como así también, una asociación entre el estado marital y el episodio depresivo mayor. En el estudio realizado Klein et al. (2013) encontraron que si bien el sexo femenino es un fuerte predictor para el desarrollo de un episodio depresivo, los procesos que contribuyen al inicio del trastorno

depresivo mayor en la edad adulta son similares para ambos sexos. En un estudio regional sobre la prevalencia de varios trastornos psiquiátricos a lo largo de toda la vida en Nueva Zelanda, realizado por Oakley Browne et al. (2006) encontraron que las tasas de por vida fueron significativamente más altas para las mujeres que para los hombres para la depresión mayor (20,3% vs 11,4%) y para la Distimia (2,6% vs 1,6%).

Los estudios epidemiológicos, en diferentes culturas, muestran consistentemente que, a partir de la pubertad, los trastornos depresivos mayores, la Distimia y la ansiedad son entre dos a tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Es importante mencionar que si bien la depresión clínica (como dominio) es más común en las mujeres, la preponderancia femenina puede no ser constante en todos los subtipos de depresión. Presenta mayor preponderancia en los trastornos depresivos no melancólicos (Parker & Brotchie, 2010).

En este punto, Hardeveld et al. (2010) resaltaron que los datos demográficos, como el género, el estatus socioeconómico y el estatus civil, juegan un rol importante en la aparición del primer episodio depresivo pero no parecen ser predictores de recurrencia del trastorno luego de la recuperación.

La insatisfacción y la discordia matrimonial están fuertemente relacionadas con los síntomas depresivos. A su vez, considerables investigaciones han documentado que tanto la perpetración como la victimización por violencia física en las relaciones matrimoniales se asocian significativamente con la depresión.

El estar separado se asoció a un alto riesgo de desarrollo de un episodio. Por otro lado, aunque se sabe que la depresión está asociada con el desempleo, la mayoría de las

investigaciones sobre esta asociación han enfatizado el impacto de la pérdida del empleo en la depresión en lugar de la depresión como un factor de riesgo para el empleo.

- **Eventos de la vida, soporte social, deterioro del funcionamiento psicosocial y factores de personalidad:** Algunos estudios reportaron que eventos de vida severos y fallas en el soporte social no tienen una relación con la recurrencia del trastorno. Personas con problemas en el funcionamiento en áreas como el trabajo, las relaciones y ocio, luego de una remisión completa, parecen tener un alto riesgo de recurrencia. Por su parte, un desorden en la personalidad también puede ser un predictor. Especialmente aquellas personas que puntúen de manera elevada en neuroticismo, aunque vale aclarar que existen otros estudios que no encuentran dicha asociación. Lo que, si se ha determinado, que personas con menores habilidades de afrontamiento presentan un mayor riesgo de padecer recurrencias (Hardeveld et al., 2010).

También se ha detectado que un estilo de vida con altos niveles de estrés favorece el desarrollo de un primer episodio depresivo como así también, el favorecimiento de recurrencias (Murphy & Byrne, 2012).

Varios estudios han documentado asociaciones significativas de depresión tanto materna como paterna con conductas parentales negativas (Kessler & Bromet, 2013)

- **Factores clínicos:** Este es uno de los predictores más estudiados. Se han estudiado numerosas variables clínicas con relación a la recurrencia del trastorno depresivo mayor. Las principales variables son: la edad de aparición del primer episodio depresivo (a mayor juventud más probabilidad de recurrencia. A su vez, cada año adicional en el que se da la primera aparición reduce el riesgo de recurrencia en un 0.96), la duración y la severidad del último episodio, el número de episodios previos, la

presencia de comorbilidades del eje 1 según el DSM-IV, síntomas subclínicos residuales e historia familiar de alteraciones del estado del ánimo. Klein et al. (2013) resaltan la importancia, a su vez, de la presencia de un historial de abuso sexual, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad y alteraciones en la salud física.

Dado la temprano aparición de los trastornos mentales en la vida de una persona, es posible esperar que estos afecten de manera adversa el desarrollo transitivo del ciclo vital, como los logros educativos o el Timing matrimonial. Por ejemplo, a nivel educativo, el trastorno depresivo mayor (en algunos casos el episodio) es significativamente asociado con aproximadamente un 60% de probabilidades de no completar la escuela secundaria en comparación con otros jóvenes en países de altos ingresos.

Por otro lado, los factores de riesgo para la recurrencia y cronicidad del trastorno depresivo Mayor parecen ser similares y posiblemente, ambos sean expresiones de una misma dimensión, donde todo aquello que predice cronicidad también predecirá recurrencia. Para ambos, los factores clínicos serán los de mayor importancia y potencia, especialmente:

1. El número de episodios previos.
2. Síntomas residuales subclínicos luego de la recuperación del último episodio.

Este conocimiento para la práctica clínica es de suma importancia y deberá ser tenido en cuenta para las decisiones de tratamiento que se tomen. Será necesario que el clínico monitoree y trate a pacientes con síntomas residuales subclínicos ya que estos se

encontrarán dentro de la población de alto riesgo de recurrencia. El riesgo de recaída con un tratamiento de mantenimiento con antidepresivos puede reducirse en un 25% en comparación con pacientes que han utilizado placebo (Hardeveld et al., 2013).

Los síntomas residuales han mostrado ser un predictor potente para futuras recurrencias. Estos pueden ser entendidos como secuelas psicológicas a largo plazo de un episodio depresivo. Aunque se ha establecido la importancia pronóstica negativa de dichos síntomas, aún no está claro como los clínicos deben abordarlos (Dombrovski et al., 2008).

### **3.9 Comorbilidad de los trastornos depresivos unipolares**

Comorbilidad es utilizado habitualmente para referirse a la coocurrencia de dos trastornos diferentes. Sin embargo, este a veces se utiliza para hacer referencia de la coocurrencia de síntomas que son centrales a la definición de diferentes trastornos. La comorbilidad de dos o más trastornos puede manifestarse en tres formas diferentes, dependiendo de los diferentes cursos de tiempo considerados:

- **Comorbilidad transversal:** ocurre cuando diferentes trastornos se manifiestan, ya sea al mismo tiempo o en un marco de tiempo limitado (ejemplo: el año pasado).
- **Comorbilidad acumulativa:** Aquí, múltiples trastornos pueden ocurrir en diferentes puntos a lo largo de la vida de la persona en lugar de al mismo tiempo.

- **Comorbilidad secuencial:** Dicha categoría hace referencia a la existencia de un patrón con respecto a que trastorno tiende a preceder a otro trastorno, en termino de coocurrencia.

Uno de los mayores puntos que han emergidos sobre la comorbilidad en la depresión es que no solo la alta tasa de comorbilidad entre otras patologías y la depresión, sino que también, esta presenta una alta probabilidad de asociarse de manera secundaria cuando ocurre otro trastorno. Por ejemplo, en el estudio realizado en los Estados Unidos en la década del 80, el estudio Epidemiologic Carchment Area (ECA), el 75% de los casos de depresión eran secundarios a otros trastornos. En el estudio realizado, también en los Estados Unidos, en la década del 90, The National Comorbidity Survey (NCS), el 62% de las personas que presentaban un trastorno depresivo mayor habían experimentado otro trastorno primero (Mineka & Vrshek-Schallhorn, 2014).

- **Ansiedad**

El estudio de la comorbilidad entre ansiedad y depresión ha sido un tópico de gran interés en la psicología y en la psiquiatría en los últimos 30 años. Se han documentado numerosos estudios epidemiológicos y clínicos donde se dio cuenta de que, personas que tienen o han tenido alguno de estos trastornos tendrán un elevado riesgo de padecer el otro. Debido a la alta tasa de comorbilidad entre ambos trastornos han sido clasificados como trastornos comunes que afectan a millones de personas. Entre los trastornos de ansiedad el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es que presenta mayor tasa de comorbilidad con depresión. Luego le sigue el trastorno de

pánico y el trastorno de estrés post traumático (TEPT). Por su parte, Agorafobia, fobia específica y ansiedad social presentan tasas de comorbilidad pero en menor medida que el primer grupo (Mineka & Vrshek-Schallhorn, 2014).

- **Enfermedades medicas**

Una gran variedad de enfermedades médicas coexiste con la depresión. Esto ha llevado a que los investigadores se hicieran muchas preguntas acerca de la relación entre ambas condiciones. Por ejemplo, si la depresión aumenta el riesgo de desarrollar alguna condición médica en particular o si esta tiene un rol causal y etiológico.

Se han realizado numerosos esfuerzos en responder dichas cuestiones y en explicar su comorbilidad.

Dentro de los diversos factores que favorecen el desarrollo de síntomas depresivos, la contribución de las enfermedades médicas es notorio. Posiblemente el impacto psicológico, biológico y/o social que recibe una persona ante el diagnóstico de una enfermedad y posterior padecimiento la afecte tanto directa como indirectamente (Polsky et al., 2005).

Pero a diferencia de lo que se puede suponer, no existe una respuesta simple a la pregunta de si el diagnóstico de una condición médica aumenta el riesgo de padecer depresión. Esto dependerá de la condición médica, cuándo es diagnosticada y la carga que impone en el paciente. Un ejemplo de la complejidad de esta relación es que las enfermedades crónicas son un factor de riesgo para el desarrollo de una depresión. Sin embargo, en general, estas condiciones raramente emergen antes de la mediana edad o la vejez contrariamente la incidencia de la depresión mayor aumenta de manera brusca en la pubertad disminuyendo luego gradualmente. También, el inicio

de una enfermedad médica se encuentra, habitualmente, precedido por el comienzo de una depresión mayor, sin embargo, las enfermedades medicas crónicas tienden a ser depresógenas (Freedland & Carney, 2009). En una encuesta nacional sobre salud en la población de Canadá (NPHS) los participantes con enfermedades crónicas médicas mostraron el doble de riesgo para desarrollar un cuadro de depresión mayor. Dentro de los mayor predictores se encontró las condiciones que generan dolor (Patten et al., 2005).

Efectivamente, existen ciertas enfermedades médicas como el hipotiroidismo, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington que no se limitan a predecir depresión, sino que también, en realidad, pueden causarla. La mayoría de otras enfermedades crónicas no han demostrado causar depresión a pesar de que esta puede desarrollarse paralela a ellas. En realidad, una gran cantidad de pacientes que se encuentran deprimidos luego del comienzo de una enfermedad ya se encontraban en dicho estado con anterioridad. Incluso, muchos de estos pacientes tienen un gran historial de depresiones previas que comenzaron décadas atrás. También, muchos otros pacientes continúan sin depresión luego del comienzo de la condición médica (Freedland & Carney, 2009).

Distintos estudios en cohorte saludable han mostrado que la depresión predice enfermedades médicas más tarde en la vida. En el Framingham Heart Study se observó que los síntomas depresivos están relacionados con la mortalidad, pero no con la incidencia de los eventos cardiológicos. Numerosos estudios han mostrado que estos dos trastornos comunes coexisten y que una agrava los efectos de la otra. Los síntomas depresivos suelen predecir un resultado cardiológico peor en pacientes con enfermedades coronarias. La mayoría de los estudios que estudian la relación entre ambas condiciones mostraron que la depresión duplica los riesgos de mortalidad y morbilidad temprana a menudo por causas cardiovasculares, cáncer u

otras enfermedades mayores, aunque existen una considerable incertidumbre sobre las causas de dicho factor de riesgo (Freedland & Carney, 2013; Wulsin et al., 2005).

### ***3.9.1 Depresión y su relación con condiciones médicas específicas.***

- **Obesidad:** Una gran cantidad de estudios en las últimas décadas han examinado la asociación entre obesidad y depresión, no solo por su alta prevalencia, sino también, por su gran riesgo y participación en enfermedades cardiovasculares. Luppino et al. (2010) en su estudio meta-analítico que realizaron encontraron una asociación bidireccional entre obesidad, sobrepeso el trastorno depresivo. Personas obesas tienen un 55% más de riesgo en desarrollar depresión mientras que las personas deprimidas tienen un 58% más de riesgo de convertirse en obesas. Es importante remarcar que aún no se conoce con profundidad los los vínculos biológicos entre estas condiciones que puedan explicar dicha asociación. También se ha encontrado que la depresión en mujeres está asociada con una pobre calidad de la dieta. También se ha observado que intervenciones para la pérdida de peso y programas para la modificación del estilo de vida reducen los síntomas depresivos como beneficio secundario (Appelhans et al., 2016).

- **Diabetes Mellitus:** El estudio meta-analítico llevado a cabo por Nouwen et al. (2010) confirma la relación bidireccional entre depresión y Diabetes Mellitus (DM). Es comúnmente aceptado que los síntomas y el trastorno depresivos mayor son el doble de prevalente en personas con diabetes tipo 2. A su vez, la depresión se ha asociado a un bajo auto cuidado y control glucémico aumentando el riesgo de desarrollar

complicaciones diabéticas, lo que llevó a que las guías clínicas recomienden someter a un screening de depresión regularmente a pacientes con diabetes.

Es importante aclarar que aun continuar poco claro por qué se da este aumento de riesgo bidireccional. Se ha determinado que las personas con Diabetes tipo 2 presentan un 24% mayor de riesgo en desarrollar depresión incidental en comparación a personas sin diabetes.

- **Apnea de sueño:** La apnea de sueño obstructiva y sintomática aflige un estimado de 4% en hombres y 2% en mujeres en los Estados Unidos. Esta se caracteriza por repetidas obstrucciones faríngeas durante el sueño, que causan el cese de flujo de aire (apnea) o reducción (hipopnea). Los eventos respiratorios producen despertares, fragmentación del sueño y suelen ir acompañados de desaturación de oxígeno. Los síntomas asociados con mayor frecuencia incluyen somnolencia diurna, fatiga, irritabilidad, falta de sueño, problemas de memoria y disminución de la calidad de vida. Es prevalente entre las personas adultas mayores y obesas y es un factor de riesgo de mortalidad y de una gran variedad de otros resultados adversos para la salud. La depresión mayor se encuentra presente en alrededor de 1 a 5 en pacientes hombres de mediana edad con este cuadro y es asociado con episodios de apnea más largos, peor fatiga y una mala evaluación subjetiva de la calidad del sueño. A su vez se ha observado que las apneas de sueño pueden complicar el tratamiento de la depresión y que pacientes con ambas condiciones tienden a responder en menor medida al tratamiento con antidepresivos (Carney et al., 2006); Freedland and Carney (2013); (Sharafkhaneh et al., 2005).

- **Enfermedades coronarias:** La relación entre depresión y las patologías coronarias ha sido la enfermedad crónica que mayor cantidad de investigación ha recibido. En declaraciones científicas recientes se recomendó que la Asociación Cardíaca americana elevara a la depresión al estatus de factor de riesgo para resultados médicos adversos en pacientes con síndromes coronarios (Freedland & Carney, 2009). Por su parte, la insuficiencia cardíaca, condición debilitante con una pobre prognosis, la cual se espera que aumente su prevalencia en un 25% para el 2030, lo cual generará un aumento significativo en los gastos de salud por la necesidad de re-hospitalización, se ha encontrado evidencia de que la depresión representa un factor de riesgo para este proceso ya que puede generar un autocuidado inadecuado e inactividad física entre otros.

- **Accidentes cerebrovasculares:** La depresión mayor afecta aproximadamente a uno de cada cinco pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), lo que demuestra una fuerte asociación entre ambas condiciones. La depresión post accidente cerebrovascular es una manifestación neuropsiquiátrica frecuente de gran importancia clínica, ya que afecta negativamente a la recuperación y a la calidad de vida, interfiere con la rehabilitación y es una fuente importante de carga para los cuidadores. Esta es el principal factor predictivo de un resultado funcional deficiente después del ACV, ya que se asocia con discapacidad, trastorno del sueño, resultados de rehabilitación deficientes, deterioro cognitivo, aislamiento social y aislamiento y aumento de la mortalidad. Esta afecta a un tercio de las personas sobrevivientes de un ACV, con una incidencia acumulada del 55%. La etiología es poco conocida aún. Se cree que la misma es multifactorial, y comprende factores biológicos y psicosociales. También se observó que existen muchos otros factores biológicos asociados a la depresión post ACV, como la

inflamación, la respuesta a la isquemia, la susceptibilidad genética, la neurogénesis en las alteraciones en la localización de la lesión y los factores neurotróficos, la neurogénesis y la actividad del eje hipotálamo-hipofisario- adrenal (HPA). Si bien la depresión es una condición común luego de un ACV, los factores de riesgos y predictores aún no se han delineado (Das et al., 2018; Robinson, 2003).

- **Cáncer:** Existe una gran cantidad de evidencia que sugiere que la depresión no aumenta el riesgo de la incidencia de cáncer, tumor progresivo o metástasis. Sin embargo, Satin et al. (2009) en el meta-análisis que han realizado encontraron que la depresión predice la mortalidad del cáncer y que el diagnóstico de depresión menor y mayor confiere un mayor riesgo. El 85% de los pacientes con cáncer y el 71,4% de los oncólogos respaldan la creencia de que las variables psicológicas afectan la progresión del cáncer. La depresión se ha identificado como el único problema psicológico que se encuentra más comúnmente en pacientes con cáncer que en la población general, y como el problema psicológico más probable que persiste a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. Se piensa que la activación crónica del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA) se ha implicado como un posible mediador del efecto de la depresión en la progresión del cáncer. La adaptación desadaptativa puede modular el funcionamiento del sistema inmunitario celular, lo que aumenta el potencial de progresión tumoral maligno (Satin et al., 2009).

## 4 Vulnerabilidades y riesgos de la depresión

### 4.1 Aspectos neurobiológicos de la depresión

Se ha especulado durante una gran cantidad de años sobre las bases biológicas de la depresión. Pero fue recién en los últimos 50 años que la metodología permitió el estudio del funcionamiento del cerebro asociado con la depresión. ¿Qué ha surgido en esta nueva etapa de estudio? Una certeza es que las condiciones heterogéneas ahora se encuentran agrupadas bajo el constructo de “depresión clínica” y esta es entendida como un trastorno biopsicosocial con multicausalidades.

A finales de 1950 distintas líneas convergentes de evidencia apuntaban a la posibilidad de que la depresión era causada por disfunción en el sistema nervioso central favorecido por el neurotransmisor monoamina, particularmente la Catetolamina Noradrenalina (NE) y la Indoleamina Serotonina (conocido como hidroxitriptamina [5-HT]). Estudios tempranos indicaron que dichos neurotransmisores era importantes reguladores de las funciones corporales que se encuentran habitualmente perturbadas en la depresión, incluyendo el sueño, el apetito, la libido y el tono psicomotor (Thase et al., 2009; Thase et al., 2013).

Para mediados del 1960 había fuerte evidencia que los antidepresivos tricíclicos (TCAs) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) aumentaban rápidamente la concentración de NE y/o 5-HT en las sinapsis neuronales. Se sugirió que la depresión estaba causada por déficit en la actividad de 5-HT o NE y que la manía era causada por aumento de la actividad de NE. Además, que una tercera monoamina, la dopamina (DA) está relacionada con algunos síntomas de la depresión, incluyendo la fatiga, la anhedonia y el retraso psicomotor. Sin embargo, para

medidos de 1990 quedó claro que ese modelo simplista no se encontraba sustentado por evidencia.

Mas allá de las controversias, hubo tres descubrimientos en la primera generación de investigaciones que mantienen aún relevancia. En primer lugar, a pesar de que la depresión no es causada por déficit de NE o 5-HT, hay subgrupos de pacientes con depresión que tienen niveles de metabolitos de NE en orina o bajo nivel de metabolito de serotonina 5-Hidroxi-ácido indoleacético en el líquido cefalorraquídeo. Dicho descubrimiento es relevante ya que esto se encuentra asociado con retardo psicomotor y el último está asociado con el aumento de conductas suicida (Mann et al., 2001; Thase et al., 2013).

En segundo lugar algunos pacientes deprimidos hiper secretan la hormona glucocorticoidea cortisol, el efecto primario de las respuestas de estrés (Swaab et al., 2005).

El tercer de los descubrimientos sugiere, con cantidad significativa de evidencia a su favor, que la depresión se encuentra vinculada con alteraciones de varios circuitos neuronales claves, incluyendo la red prefrontal-límbica media que principalmente realiza la regulación de la excitación emocional y la red de recompensas en el estriado ventral con interconexiones orbito frontal y prefrontal medial (Kupfer et al., 2012).

#### ***4.1.1 Anormalidades del sistema monoaminérgico***

Casi todos los cuerpos celulares NE del cerebro se encuentran localizadas en un único núcleo pontino, el Locus cerúleo (LC). Las neuronas noradrenérgicas proyectan desde el LC hacia el Tálamo, Hipotálamo, sistema límbico, ganglios basales y la corteza cerebral reflejando el rol de NE en la iniciación y mantenimiento de la activación en el tronco cerebral, sistema

límbico y corteza cerebral. Las proyecciones noradrenérgicas hacia la amígdala y el hipocampo han sido implicadas en la sensibilización conductual al estrés y a la estimulación de las fibras noradrenérgicas en el cerebro anterior la cual mejora la atención e incrementa los niveles del comportamiento apetitivo (Thase et al., 2013).

Los neurotransmisores noradrenérgicos tienen un rol fundamental en la respuesta al stress. La percepción de un estímulo nuevo y/o amenazante es retransmitido desde la corteza cerebral hacia el LC vía el tálamo y desde la periférica a través del núcleo prepositus hypoglossi provocando el aumento casi inmediato de la actividad del NE. Así, los procesos cognitivos pueden amplificar o no las respuestas celulares NE al estrés.

Los componentes periféricos de la respuesta al estrés se transmiten desde el LC hacia la vía simpática hacia las células enterocromafines de las glándulas suprarrenales, que liberan NE al sistema circulatorio.

Las consecuencias del estrés sostenido en el sistema NE en animales puede dar lugar al estado de comportamiento conocido como impotencia aprendida. Este concepto no es un análogo exacto de la depresión humana; las cogniciones sobre la impotencia y la desesperanza distinguen la depresión de los estados de comportamiento experimentados por los roedores y los perros. Sin embargo, los cambios observados en la actividad de NE en experimentos de indefensión aprendida son paralelos a los asociados con el otro modelo animal de depresión, como la derrota social, y son asociados con el aumento de la actividad glucocorticoide y alteraciones en factores de transcripción genética (Berton et al., 2007; Maier & Watkins, 2005).

### ***4.1.2 Sistema de serotoninas***

La mayoría de la serotonina (5-HT) en el cerebro se sintetiza en el núcleo dorsal del Rafe, que se encuentra localizado en el Puente de Varolio o llamado también protuberancia o puente troncoencefálico. Estas neuronas se proyectan hacia la corteza cerebral, el hipotálamo, el tálamo, los ganglios basales, el septum y el hipocampo. Las vías de serotoninas están en gran medida localizadas junto a las vías NE y tienen, generalmente un efecto tónico o inhibitorio que contrarrestar la actividad de NE. Las neuronas serotoninérgicas se proyectan hacia el núcleo supraquiasmático (SCN) del hipotálamo anterior ayudando a regular ciertas funciones fisiológicas como el sueño (los ritmos circadianos, p.ej., ciclo de sueño-vigilia, temperatura del cuerpo, funciones del eje HPA, y el ciclo de 90 minutos de periodos alternos de movimiento rápido de los ojos [REM] y sueño no REM (Thase et al., 2013), el apetito, la cognición, el estado de ánimo y las emociones (Wilhelm et al., 2007).

La función del transportador de todas las neuronas 5-HT se encuentran moderada por un polimorfismo en la región promotora 5-HTT del gen transportador de la serotonina (SCL6A4), que permiten la captación de 5-HT de la hendidura sináptica. La actividad antidepresiva de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotoninas (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotoninas y norepinefrina (IRSN) es iniciado por el bloqueo de este transporte. El polimorfismo funcional en la región promotora del gen que codifica el 5-HTT ha sido asociado con diferencias individuales en la respuesta al estrés (Caspi et al., 2003).

Es decir que, a lo largo de la vida, eventos estresantes que involucran amenazas, pérdidas, humillación o derrota influyen en el inicio y curso de la depresión. Sin embargo, no todas las personas que se encuentran ante una experiencia estresante en su vida sucumben a su efecto

depresógeno. La teoría de diátesis-estrés de depresión marca que la sensibilidad de los individuos a los eventos estresantes dependerá de su genética. Esta marcación se encuentra apoyadas en investigaciones genéticas conductual las cuales sostienen que la probabilidad de padecer depresión, luego de un evento estresante es elevado entre las personas que tienen alto riesgo genético y disminuido entre aquellos con bajo riesgo genético. De los numerosos tipos de receptores de serotoninas que se encuentran en el cerebro de los mamíferos, 5-HT1a y 5-HT2a son los de mayores relevancias a la fisiopatología y tratamiento de la depresión (Mann et al., 2001).

Se ha identificado que uno de los predictores más potentes para el desarrollo del trastorno, es la historia familiar de depresión. Existe una considerable cantidad de evidencia de investigaciones en gemelos, adoptados y de estudios de genoma que indican la significativa contribución genética en el trastorno, aunque resulta importante resaltar que la mayoría de los individuos con historial familiar positivo de depresión no desarrollan el trastorno.

La mayoría de los postulados contemporáneos enfatizan las teorías de diátesis-estrés, en donde la vulnerabilidad genética interactúa con los principales factores estresantes de la vida dando como resultado a la depresión. Dada la importancia del sistema de serotoninas en la depresión y la efectividad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotoninas en el tratamiento de este trastorno, las investigaciones se han centrado en el transportador de serotonina (5-HTT) como se ha mencionado y en particular, sobre un polimorfismo en la región promotora de este gen (5-HTTLPR). Se han mostrado que los alelos cortos y largos en el 5-HTTLPR afectan las tasas de transcripción del gen 5-HTT. encontraron que los individuos con una o dos copias del alelo corto del polimorfismo 5-HTTLPR exhiben niveles más altos de síntomas depresivos, índices más altos de depresión diagnosticables y más suicidios en función

de la exposición a niveles crecientes de eventos vitales estresantes que los individuos que son monocigotos para el alelo largo.

Un nivel tónico intacto de neurotransmisión 5-HT es necesario para comportamientos afiliativos y modula el objetivo de conductas motoras y apetitivas que son, ante todo, mediadas por NE y DA. El nivel tónico de neurotransmisión 5-HT en primates es relativamente estable y está en parte bajo control genético, con una heredabilidad determinada al menos en parte por un polimorfismo en la región promotora del gen que codifica por el 5-HTT. En primates, los animales manifiestan al menos una copia del alelo corto, que es menos funcional (p.ej., se sintetiza menos transportador), muestra grandes disfunciones comportamentales y mayores respuestas exageradas al estrés en relación con los animales que muestran dos copias de las más comunes formas de alelos largos. Es decir, que existe una base sólida para creer que la serotonina juega un papel importante en un número de patologías psiquiátricas y diversos síntomas de otras psicopatologías (Shannon et al., 2005).

Los humanos han mostrado un similar polimorfismo corto del 5-HTT, así como una segunda variante menos funcional de la forma larga. Estudios sobre estos polimorfismos han dado evidencia de interacción gen-ambiente. Específicamente, el alelo corto del transportador de serotonina está asociado con un aumento del riesgo de depresión luego de la exposición al stress (Caspi et al., 2003). Dos correlatos funcionales de tal vulnerabilidad son el aumento de la activación límbica a la amenaza y la secreción de cortisol ante el estrés (Gotlib et al., 2008).

Adicionalmente, personas que portan al menos un alelo corto muestran vulnerabilidad en las mediciones cognitivas de neuroticismo y actitudes disfuncionales, utilizan mayor cantidad de estrategias pasivas de afrontamiento (Wilhelm et al., 2007) y tienen mayor cantidad de sesgos de recuerdos negativos (Thase et al., 2013). Distintos estudios en donde utilizaron técnicas de

obtención de imágenes de receptores sugirieron que la disfunción de receptor 5-HT<sub>1a</sub> está claramente implicada en la depresión. En ausencia de un factor de riesgo hereditario, la regulación descendente del receptor 5-HT<sub>1a</sub> es probablemente una consecuencia de la exposición al estrés crónico (Hayden et al., 2008).

Varios estudios recientes han demostrado la asociación entre el polimorfismo del promotor 5-HTT, la exposición a una serie de eventos adversos de la vida y el inicio de la depresión. Sobre todos aquellos con el alelo corto (Wilhelm et al., 2007).

Existen dos procesos distintos, pero independientes, de respuesta al estrés que influyen en el riesgo de deprimirnos. Los procesos automáticos, que son reacciones cognitivas, emocionales y fisiológicas involuntarias a un factor estresante, y las estrategias de afrontamiento que son intentos, tanto conductuales como cognitivos, para disminuir la carga física, emocional y psicológica de un evento. Las estrategias de afrontamiento pueden conceptualizarse como estrategias “enfocadas en el problema”, si están dirigidas a controlar o cambiar el problema que causa la angustia, o “enfocadas a la emoción”, si se dirigen con la intención de controlar las respuestas emocionales internas ante el factor estresante. La primera está dirigida para resolver el problema mientras que las segundas, buscan modular las reacciones emocionales (por ejemplo, pensar sobre el problema desde una óptica diferente), la distracción del evento estresante (ver televisión), buscar apoyo emocional (buscar la ayuda de alguien) o liberando las emociones (por ejemplo, rompiendo algo). En términos generales, el afrontamiento centrado en el problema se ha asociado con un buen ajuste psicológico, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se ha asociado con un ajuste más deficiente a los eventos estresantes. Sin embargo, es probable que la utilidad adaptativa de las estrategias de afrontamiento dependa de la naturaleza del factor estresante y de los factores relacionados con el individuo que experimente el evento. Las

estrategias centradas en los problemas son más adaptables cuando se considera que el factor estresante es cambiante, mientras que las otras estrategias pueden ser más útiles cuando el factor estresante es inmutable (Wilhelm et al., 2007).

#### **4.2 La psicobiología de la depresión: modelo diátesis/estrés**

La variación de la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos, incluida la depresión, entre las personas es alta. Esta variación generalmente se entiende dentro de un modelo de diátesis/estrés que considera por separado los problemas de vulnerabilidad (la diátesis) y la precipitación (el estrés). Este modelo establece que el estrés puede activar una diátesis o vulnerabilidad, transformando el potencial de predisposición en la actualidad de la psicopatología. El modelo propone la existencia de un sinergismo entre la diátesis y el estrés produciendo un efecto más allá de los efectos generados por separados. Implícitamente la teoría propone que no solo habrá efectos interactivos aditivos sino también multiplicativos en la escala de responsabilidades. Desde hace más de 50 años, Rosenthal describió a la teoría como una afirmación de la interacción entre el entorno y la herencia aunque, también remarcó y criticó las formulaciones vagas para las predisposiciones y los factores estresantes propuestos por la teoría, llamando a realizar investigaciones con medidas más precisas sobre la esencial conceptual de la premisa de “diátesis-estrés”, es decir la naturaleza de la intersección entre los elementos en el proceso etiológico a lo largo del tiempo (Colodro-Conde et al., 2018).

Los eventos estresantes de la vida se han reconocido sistemáticamente y asociado como determinantes de los síntomas depresivos. Incluso, algunos estudios sugieren que, en más de un 50% de las personas que inician un proceso depresivo, vivenciaron con anterioridad. Sin

embargo, algunas personas que enfrentan estrés severo no presentan síntomas depresivos llevando a sugerir que la interacción entre el estrés y la vulnerabilidad de un individuo es un elemento clave en el desarrollo de la sintomatología. El modelo propone que el estrés pueda activar una diátesis latente antes de que se manifiesten los síntomas psicopatológicos. Algunos niveles de diátesis a la enfermedad están presentes en todos, con un umbral sobre el cual aparecerán los síntomas. La superación de dicho umbral dependerá de la interacción entre la diátesis y el grado de adversidad que la persona debe enfrentar (Arnau-Soler et al., 2019).

Existen dos características en el modelo mencionado que resultan importantes remarcar:

1) a medida que aumenta la diátesis, el nivel de estrés necesario para precipitar un episodio de depresión disminuye, y 2) la aparición de un episodio de depresión aumenta la diátesis para futuros episodios.

#### ***4.2.1 Diátesis***

Consideramos primero la naturaleza de la diátesis depresiva. Una predisposición (o diátesis) para deprimirse puede surgir de varias maneras y en diferentes etapas del ciclo de vida. Por ejemplo, se han identificado varias diátesis genéticas, con una heredabilidad que oscila entre el 31 y el 42% (Kendler et al., 2002, 2006).

También es sabido que algunas experiencias tempranas de la vida aumentan el riesgo de depresión, especialmente el contacto emocional inadecuada con los padres (Slavich et al., 2011) o abuso en la infancia (Kendler et al., 2002, 2006). Por lo tanto, las interacciones entre los múltiples genes de riesgo y el entorno temprano parecen explicar una gran parte de la

variabilidad y gran parte de la diátesis para la depresión se establece en la primera infancia (Willner et al., 2013).

Los mecanismos por los cuales estas experiencias tempranas aumentan el riesgo de depresión (y otros trastornos psiquiátricos) incluyen no solo los procesos biológicos sino también los constructos psicológicos y psicosociales que convierten las experiencias traumáticas transitorias en vulnerabilidades a largo plazo. Por ejemplo, la pérdida de uno de los padres o una mala calidad en el cuidado ejercido por los padres podrán conducir a una baja autoestima e inestabilidad emocional pudiendo disminuir la capacidad de la persona para formar relaciones cercanas, y así diluir la calidad del apoyo social disponible en la vida posterior. Existe considerable evidencia de que diferentes redes neuronales pero que se superponen sustancialmente, favorecen a la depresión y el apego inseguro. Incluso, altos niveles de emociones luego de un amor romántico y actividades sexuales pueden aumentar el riesgo de depresión en las adolescentes jóvenes, como el resultado de estilo de afrontamiento ineficiente e inmaduro luego de fracasos a esta temprana edad (Davila et al., 2009). Las experiencias tempranas de la vida también determinan los estilos característicos de procesar información en las relaciones con el yo. Por ejemplo, el pensamiento negativo que caracteriza a la persona deprimida refleja la activación de un esquema cognitivo negativo aprendido a través de experiencias adversas en la infancia tales como rechazo, críticas negativas o haber vivido con un padre o una madre deprimido. Hoy en día existe buena evidencia de la existencia de la diátesis cognitiva para la depresión, que solo se podrá apreciar cuando un esquema depresivo se active.

Los factores de personalidad, que son moderadamente hereditarios, pero que también reflejan la experiencia temprana de la persona, interactúan con factores tanto cognitivos como sociales en la etiología de la depresión. Por ejemplo, en las depresiones crónicas, la influencia de

la genética y los eventos traumáticos tempranos estará mediado por el factor de la personalidad del neuroticismo, el cual es uno de los factores de riesgo más fuertes para la depresión. La depresión de inicio temprano en particular (cuando el primer episodio comienza antes de los 30 años de edad), se caracteriza por un mayor nivel de neuroticismo y una mayor prevalencia de trastorno de la personalidad comórbidos, pero con una menor exposición a eventos estresantes de la vida antes del inicio, en comparación con las personas que experimentan un primer episodio posterior (Kendler & Gardner, 2011). Los altos niveles de neuroticismo se encuentran asociados con sesgos de procesamiento de la información negativos.

Los factores de personalidad, en particular, los estilos de personalidad etiquetados como “sociotropía” y “autonomía”, también pueden explicar gran parte de la variabilidad en la sintomatología de la depresión, incluidas las presentaciones clínicas de depresión endógena y reactiva.

#### **4.2.2 Estrés**

El precipitante o estresor para desarrollar un episodio depresivo puede ser tanto, un evento interno (como un desafío hormonal o una lesión traumática en la cabeza) como así también, un evento externo (este caso es mayor frecuencia). La posibilidad de iniciar un episodio depresivo aumenta considerablemente después de un evento adverso importante en la vida, como por ejemplo un duelo o en relación con una acumulación de estrés crónico menor, como el desempleo, la pobreza o la falta de armonía familiar. Estos dos tipos de eventos precipitantes forman la base de dos de los principales modelos de depresión: el desamparo aprendido y estrés crónico leve (Willner et al., 2013).

Si bien la contribución del estrés en la vida temprana de una persona a la etiología de la depresión está bien establecida, el papel del estrés durante la vida adulta es debatido ya que, al parecer muchos casos no son precipitados por este. Aquí entra en juego el modelo de diátesis/estrés en donde se desprende que, una persona que tiene una diátesis depresiva débil solo sucumbirá a un estrés intenso, mientras que una persona con una diátesis depresiva fuerte podrá sucumbir a tensiones menores o triviales. Por ejemplo, en un estudio de gemelos, se obtuvo que las probabilidades de una asociación entre eventos vitales estresantes y el inicio de un episodio de depresión fueron cuatro veces mayores en mujeres con el nivel más bajo de riesgo genético (gemelos dicigóticos cuto gemelos cuyo gemelo no tenía antecedentes de depresión) que en las mujeres con el mayor nivel de riesgo genético (gemelos monocigótico cuyos gemelos tenían un historial de depresión (Kendler et al., 2001). Existen una gran cantidad de estudios que demuestran que la asociación entre el estrés severo y la depresión disminuye con cada episodio, es decir que, episodios menores de estrés ya serán un factor desencadenante suficiente.

### **Efecto del estrés en el eje hhs e hipotálamo.**

La principal respuesta fisiológica al estrés es la activación de los sistemas neuroendocrinos, sobre todo, el eje Hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS). El aumento de la actividad en dicho eje es el sello distintivo de la respuesta de estrés de los mamíferos y su regulación se encuentra parcialmente bajo control de la activación fásica de la NE y de la neurotransmisión tónica 5-HT (inhibición). Este eje tiene cuatro niveles de organización y modulación. En distintas áreas de la corteza cerebral la amenaza y el significado contextual del factor estresante se perciben y la señal es se trasmite al HHS (Thase et al., 2013).

Con respecto al papel de las regiones cerebrales superiores en la regulación del HHS existen neuronas que contienen neuropéptidos CHR y arginina vasopresina que se encuentran difusamente ubicados en la corteza cerebral con concentraciones particularmente altas en el tálamo, amígdalas y otros componentes del sistema límbico. Estas regiones se encenderán inmediatamente después de estar expuesto al estrés liberando el factor liberador de corticotropina (u hormona liberadora de corticotropina CRH/ CRF) del núcleo paraventricular del hipotálamo, el cual es un neuropéptido crucial en la regulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), es decir, la vía común final en la respuesta al estrés. Además, esta vía tiene algunos efectos centrales incluyendo la regulación cardiovascular, la respiración, el control del apetito, comportamiento y estado de ánimo relacionado con el estrés, la regulación del fluido sanguíneo cerebral y la analgesia inducida por el estrés (Willner et al., 2013).

Esta estimula a la glándula pituitaria a producir la hormona adrenocorticotropina (ACTH) la cual, a su vez, estimula la liberación de glucocorticoides (cortisol) de la corteza suprarrenal a la circulación sanguínea, que entre otras cosas ejercerá un efecto de retroalimentación negativa en la hipófisis e hipotálamo limitando el grado de activación del eje HHS. Los estímulos emocionales alcanzan al eje HHS a través de la amígdala y las vías descendentes desde el cerebro anterior. La amígdala ejerce un control excitador sobre el hipotálamo que estimula el eje HHS, que, a través de un aumento de los niveles de cortisol, actúa de manera positiva para estimular aún más a la amígdala. A la inversa, el hipocampo ejerce un control inhibitorio sobre el eje HHS, de tal manera que la estimulación con cortisol del hipocampo actúe de una manera de retroalimentación negativa, sobre el eje HHS para inhibir. Este mecanismo de retroalimentación negativa es fundamental para limitar la activación del eje,

ya que, sin él, el circuito de retroalimentación positiva a través de la amígdala causaría que el sistema se salga de control (Willner et al., 2013).

Cuando la situación estresante cesa o se resuelve (estrés agudo) los niveles de cortisol en el plasma se normalizarán en cuestión de minutos u horas. Es sabido desde hace una cierta cantidad de décadas que el hipercortisolismo puede causar daños duraderos en la integración de la regulación del eje HCC. Estar expuesto a diversas fuentes de estrés en edades tempranas han mostrado que comprometerá la regulación de la actividad del eje HCC para toda la vida. El hipercortisolismo suprime la neurogénesis por la disminución de la síntesis neuronal del BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro) desempeñando un papel importante en la reducción del volumen de varias áreas de la corteza asociadas con la depresión. La desregulación del eje HCC juega un rol importante en la psicofisiológica de la depresión (Thase et al., 2013).

#### ***4.2.3 Sistema dopaminérgico en la depresión***

Existen cuatro caminos principales de DA en el cerebro. El sistema tuberoinfundibular se proyecta desde los cuerpos celulares en el hipotálamo hasta la hipófisis e inhibe la secreción de la hormona prolactina. El sistema nigroestriatal, el cual ayuda en la regulación de la actividad psicomotora, se origina a partir de cuerpos celulares en la sustancia nigra y se proyecta hacia los ganglios basales.

La vía mesolímbica comienza con los cuerpos celulares localizados en el segmento ventral y se proyecta hacia el núcleo accumbens, amígdala, hipocampo, el núcleo dorsal medial del tálamo y el giro cingulado. La vía mesolímbica de DA modula la expresión emocional el

comportamiento dirigido a un objetivo y el apetito. La regulación decreciente de esta vía acompaña invariablemente el desamparo aprendido y la derrota social (Willner et al., 2013).

La vía dopaminérgica mesocortical, la cual se proyecta desde el tegmento central orbitofrontal y del córtex prefrontal favorece la motivación, iniciación de la tarea dirigida al objetivo y procesos cognitivos ejecutivos. El descenso de la actividad de la DA tiene implicaciones en los síntomas depresivos motores, hedónicos y cognitivos.

Como con otras monoaminas, el estrés crónico reduce los niveles de DA dando cambios comportamentales sugerirles a la depresión. La DA es parte parcialmente dependiente en la integridad del sistema 5-HT, siendo otro ejemplo de cómo la disfunción en un sistema podrá generar cambios secundarios en otros.

#### ***4.2.4 Anormalidades en el sistema regulatorio hormonal***

Se sabe desde hace mucho tiempo que la disfunción en la glándula tiroides está asociada a un mayor riesgo de tener depresión (Fountoulakis et al., 2006). Ha existido un amplio interés en la relación entre la regulación cerebral del eje tiroideo y la depresión. En particular, los estudios han examinado el rol de la hormona liberadora de tirotropina hipotalámica (TRH) y los neuropéptidos pituitarios (hormona estimulante de tiroides [TSH]) en relación con la patología de la depresión. Aunque resulta necesario aclarar que muy pocas personas que consultan por depresión tienen un hipotiroidismo franco y solo un porcentaje pequeño tienen síntomas subclínicos de hipotiroidismo (Fountoulakis et al., 2006). Sin embargo, es también verdadero el hecho de que el funcionamiento normal de las tiroides es esencial para el control

central del metabolismo energético (Hage & Azar, 2012) como condición previa para la respuesta de los antidepresivos.

#### ***4.2.5 Alteraciones en la neurofisiología del sueño***

El proceso neuroquímico que media el sueño se encuentra bien caracterizado. El ritmo circadiano diurno sueño-vigilia es impulsado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo. La propensión para dormir se encuentra marcado por el aumento de la hormona llamada melatonina, la cual coincide con bajos niveles de ACTH y cortisol. La melatonina es liberada desde la glándula pineal con el inicio de la oscuridad (noche) en respuesta a la estimulación  $\beta$ -adrenérgico. También existe un ciclo infradiano de 90 minutos que oscila entre el sueño REM y no-REM, el cual se suprime normalmente durante la vigilia.

Mas allá de facilitar el sueño las neuronas 5-HT inhiben tónicamente la aparición del sueño REM. Este efecto parece estar mediado por los receptores 5-HT<sub>1a</sub>. Cercano a la finalización del ciclo de 90 minutos de REM – No-REM, las neuronas 5-HT cesan de disparar liberando las neuronas colinérgicas pontinas las cuales inician el movimiento ocular rápido (MOR). El sueño profundo se encuentra facilitado por ciertos neuropéptidos, incluyendo la hormona liberadora de la hormona de crecimiento, ghrelina, galanina y neuropéptido Y (NPY) e interrumpido por otros, incluyendo CRH y somatostina (Steiger et al., 2013).

Un porcentaje significativo de las personas con depresión manifiestan una reducción en el sueño de onda lentas y un inicio temprano del primer período REM. Sin embargo, ninguna de estas dos anormalidades son específicas de la depresión (Thase et al., 2009). La reducción de la latencia del sueño REM y la disminución del sueño de ondas lentas tienen un correlato

significativo, en gran parte por que los 30-40 minutos del sueño de ondas lentas durante el primer periodo de sueño No-REM, normalmente inhibe el inicio del primer período REM. Se ha propuesto que el descenso de la actividad del sueño de ondas lentas representa un marcador de neuro plasticidad deteriorada en la depresión.

En comparación con personas de la misma edad del grupo control, las personas con depresión experimentan un aumento en el despertar nocturno y una disminución del tiempo total de sueño. A su vez, la depresión es asociada con un aumento en la frecuencia y amplitud del sueño REM. En personas con depresión recurrente, el aumento del sueño REM fásico es más pronunciado en comparación con personas que han tenido un solo episodio y es un componente de un perfil de trastorno de sueño asociado a una respuesta más deficiente a la psicoterapia. La mayoría de los antidepresivos, incluyendo los ISRS, IRSN, los tricíclicos y los IMAO, retrasan rápidamente la aparición del sueño REM y suprimen el sueño REM fásico (Thase et al., 2013).

#### ***4.2.6 Desarrollo del modelo cognitivo de la depresión y su correlación neurobiológica***

Existe una gran cantidad de literatura que documenta la fuerte asociación entre los eventos estresantes de la vida, como la terminación de una relación importante o la pérdida de trabajo y el posterior desarrollo de un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, aproximadamente el 30% de los primeros episodios depresivos y el 60% de los episodios recurrentes se desarrollan en ausencia de formas importantes de estrés. Por lo que se ha sugerido que algunos individuos pueden ser especialmente sensibles a los efectos depresógeno del estrés. Este fenómeno, se cree que está mediado, al menos en una parte, por la inflamación neurobiológica y la sensibilidad conductual.

El modelo cognitivo integral de la depresión desarrollado por Beck encuentra en su superficie, el nivel de mayor facilidad de accesibilidad: la negatividad que los pacientes informes (incluyendo sueños y sus interpretaciones negativas de sus experiencias). Esta variable parecía explicar las manifestaciones de la depresión como la desesperanza, la pérdida de motivación, la autocrítica y los deseos suicidas.

En el siguiente nivel, se encuentran los sesgos cognitivos sistemáticos en el procesamiento de la información, los cuales conducen a la atención selectiva hacia ciertos aspectos negativos de las experiencias, las interpretaciones negativas y el bloqueo de eventos y recuerdos positivos. Pero ¿Qué es lo que producen a estos sesgos cognitivos negativos? Beck llega a la conclusión de que cuando una persona se encuentra lo suficientemente deprimida, tienen actitudes o creencias disfuncionales muy cargadas sobre sí mismo y estas toman el procesamiento de la información produciendo el sesgo cognitivo negativo, que lo llevan a los síntomas de la depresión. Los pacientes deprimidos presentan actitudes disfuncionales como, por ejemplo: “si fallo en algo significa que soy un fracasado total”. Durante un episodio completo de depresión, las actitudes disfuncionales hipersalientes conducen a creencias negativas absolutas sobre el yo, su mundo personal y el futuro (“yo soy un fracasado”). Dicha actitud disfuncional está integrada dentro de estructuras cognitivas o esquemas en el sistema de asignación de significados y, por lo tanto, tendrán cualidades estructurales tales como la estabilidad y densidad, así como umbrales y niveles de activación. El grado de prominencia o energía de los esquemas dependerá de la intensidad de la experiencia negativa y del umbral de activación en un momento dado (Las experiencias sucesivas y estresantes, por ejemplo, pueden reducir el umbral). Cuando estos esquemas son activados por un evento o una serie de eventos, sesgan al sistema de procesamiento de información generando que se dirijan los recursos atencionales a estímulos

negativo os traduciendo una experiencia específica en una interpretación negativa distorsionada. Como resultado se obtiene, no solo una percepción global negativa de la realidad, sino que también genera otros síntomas depresivos como la tristeza, desesperanza, pérdida de motivación y conductas regresivas como el retiro social e inactividad. Estos síntomas también están sujetos a una evaluación negativa, como por ejemplo “la forma en la que funciono es una carga para mi familia” o “mi pérdida de motivación muestra cuan perezoso soy”. Por lo que, la constelación depresiva consistirá en un bucle de retroalimentación continua con interpretaciones negativas y sesgos de atención con los síntomas subjetivos y de comportamiento que se refuercen entre sí (Beck, 2008; Beck et al., 1983).

### **4.3 Vulnerabilidades cognitivas**

En los primeros estudios realizados por Beck (Beck et al., 1983; Beck et al., 1963) encontraron que los pacientes con depresiones severa eran más propenso que los pacientes con depresión moderada o leve al haber experimentado pérdidas parentales durante la infancia. La combinación de una pérdida en la infancia con una pérdida similar en la edad adulta lleva a la depresión a un número significativo de personas a deprimirse. El significado de los eventos tempranos (como “si pierdo a una persona importante, soy indefenso”) se transforma en una actitud duradera, que puede ser activada por una experiencia similar en un momento posterior (Harkness & Lumley, 2008; Scher et al., 2005). Las nuevas investigaciones han dejado en evidencia que no solo los eventos estresantes severos pueden contribuir para el desarrollo de una depresión, sino que eventos de vida moderados y leves también pueden construir un camino alternativo para el desarrollo del trastorno en personas vulnerables. Las vulnerabilidades

cognitivas a la experiencia de síntomas depresivos después del estrés han sido reportadas en niños, adolescentes y adultos. Dichas vulnerabilidades jugaran un papel importante en el desarrollo posterior de recurrencias de la depresión.

Dentro de las vulnerabilidades cognitivas, se ha agregado recientemente el concepto de reactivada cognitiva, expresado clínicamente como fluctuaciones en las actitudes negativas de los pacientes sobre si mismos en respuesta a los eventos diarios (ej. Música triste, imágenes de recuerdos autobiográficos tristes, clip de película de rechazo social, etc.). Los estudios han demostrado que la presencia de reactividad cognitiva antes de un evento de la vida predice la aparición de episodios depresivos. En este sentido, Beck (2008) propone el concepto de modo, el cual se entiende como una red de esquemas cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos para explicar el profundo retraso, la anhedonia, el sueño y la perturbación del apetito, así como las aberraciones cognitivas. La activación de este modo (red) producirá los diversos fenómenos de la depresión. En la formación de esta red, las conexiones entre los diversos esquemas orientados negativamente se fortalecerán con el tiempo en respuestas a eventos interpretados negativamente. Entonces, un evento estresante podrá simbolizar la pérdida de algún tipo y estos activarán los esquemas cognitivos los cuales impulsarán otros esquemas, como por ejemplo los afectivos, motivacionales, etc.

Cuando el modo está completamente activado, este se volverá relativamente autónomo y ya no será tan reactivo a los estímulos externos. Es decir, los eventos positivos no reducirán el pensamiento negativo o el estado de ánimo. Los recursos atencionales se asignarán de manera desproporcionada desde el entorno externo a las experiencias internas, como las cogniciones negativas y la tristeza, que se manifestarán clínicamente como rumiación. Además, los recursos a

utilizar serán quitados de esquemas adaptativos, como el afrontamiento y la resolución de problemas.

Por su parte, los esquemas cognitivos sesgados negativita funcionan como procesadores de información automáticos, el cual será rápido, involuntario y económico. El predominio de este sistema en la depresión podría explicar el sesgo atencional e interpretativo negativo. En contraste, la función del sistema de control cognitivo, la cual consiste en funciones ejecutivas, resolución de problemas y reevaluación, se atenúa durante la depresión. A diferencia del otro sistema, este funciona deliberadamente, es reflexivo y con un gasto alto de recursos. El modelo cognitivo expandido incluirá las siguientes progresiones en el desarrollo de la depresión: las experiencias adversas de la vida temprana contribuirán a la formación de actitudes disfuncionales que serán incorporadas dentro de las estructuras cognitivas, esquemas cognitivos etiquetados (vulnerabilidad cognitiva). Cuando estos esquemas se activan por eventos de la vida diaria, producirán los sesgos atencionales, interpretaciones sesgadas negativamente y síntomas depresivos leves (reactividad cognitiva). Luego de la activación repetida, los esquemas negativos se organizarán en un modo depresivo el cual incluirá esquemas afectivos, conductuales y motivacionales (vulnerabilidad cognitiva). Los eventos negativos acumulados o un evento adversos severo impactarán en el modo y lo harán hipersalientes. Este modo hipersalientes tomará el control en el procesamiento de la información, reflejado por un aumento considerable de las evaluaciones negativas y de la rumiación. El control cognitivo de las evaluaciones emocionales significativas se atenúa y, por lo tanto, la reevaluación de las interpretaciones negativas es limitada. La culminación de estos procesos será la depresión clínica (Beck, 2008).

La activación repetida de los patrones de procesamiento de la información mal adaptados se volverá rutinarios y resistentes al cambio. Por lo tanto, los esquemas cognitivos, después de la

activación repetida, antes y durante los episodios depresivos, se volverán más salientes y más arraigados a lo largo del tiempo (Clak & Beck, 1999).

#### ***4.3.1 Correlatos biológicos del modelo cognitivo***

La gran cantidad de avances tecnológicos registrados en los últimos años permitieron comprender y desarrollar las bases preliminares para la formulación de los correlatos neurobiológicos de construcciones psicológicas como las vulnerabilidades, reactividad y sesgos cognitivos. Estos avances facilitaron la comprensión de la relación entre los factores cognitivos, biológicos y experienciales en el desarrollo de la depresión. Los hallazgos genéticos y neurobiológicos iluminaron probables guías causales de la depresión y de sus correlatos biológicos. Tal como se ha mencionado con anterioridad, Caspi et al. (2003) en su publicación pionera sugirió que los individuos que poseen una o dos copias de la variante corta del gen 5-HTTLPR (transportador de serotonina), que no es transcripcionalmente tan eficaz como la forma larga, experimentan niveles más altos de depresión y suicidio después de un estresor. Kilpatrick et al. (2007) encontraron que los portadores de la variante de baja expresión del polimorfismo 5-HTTLPR de forma corta eran propensos a desarrollar depresión mayor y trastorno de estrés postraumático luego de un desastre o de condiciones de alta exposición a huracanes y bajo nivel social. Kaufman et al. (2006) también encontraron evidencia de que el apoyo social sirve como amortiguador de las reacciones depresivas a las experiencias estresantes entre individuos genéticamente vulnerables. Aunque existan ciertas preguntas con respecto a la generalización de los hallazgos del 5-HTTLPR, estos son útiles para ilustrar paralelos entre los conceptos biológicos y psicológicos.

#### ***4.3.2 Diátesis genética, neuropsicología, sesgos y factores cognitivos***

Si bien los estudios genéticos han señalado la vulnerabilidad biológica innata al estrés que conduce a la depresión, la relación entre la vulnerabilidad biológica y la cognitiva era necesario de ser aclarada. Los distintos hallazgos gen/ambiente para la depresión despertaron interés en descubrir sus relaciones con las variables cognitivas. Los sesgos atencionales negativos, como recuerdos e interpretaciones son generalmente provocados por los procedimientos de inducción del estado de ánimo, como por ejemplo el ver películas tristes o imaginar experiencias tristes. Se han identificado antecedentes genéticos para estos sesgos cognitivos observados. Varios estudios han mostrado que el procesamiento cognitivo negativo y las cogniciones negativas se encuentran asociadas con la presencia del alelo corto 5-HTTLPR.

Varios hallazgos han vinculado a la hiperactividad de la amígdala con la depresión (Siegle et al., 2007). Por ejemplo, la hiperactividad de la amígdala en los portadores de la variante corta 5-HTTLPR se asocian con una mayor sensibilidad a los estímulos negativos y conduce a un sesgo negativo en el procesamiento o interpretación de los estímulos emocionales. Dado que la amígdala participa en la evaluación y el almacenamiento de eventos con carga emocional, su hiperactividad a estímulos negativos parece representar un correlato neurofisiológico del sesgo cognitivo. El sesgo sistemático en el procesamiento de la información en la depresión se refleja no solo en la atención selectiva y la reacción exagerada a estímulos negativos, sino también en la expectativa de eventos aversivos (Beck, 2008).

Por su parte, varios hallazgos sugirieron que la evaluación cognitiva de un factor estresante desempeña un papel importante en la evocación de la respuesta del cortisol y la

generación de síntomas depresivos. Siegle et al. (2007) encontraron que casi todos los pacientes deprimidos tienen una función prefrontal reducida y aproximadamente la mitad ha aumentado la actividad de la amígdala. Por lo tanto, el equilibrio de su actividad respectiva es relevante para el control cognitivo.

En resumen, la excesiva reactividad de la amígdala y límbica a los eventos emocionalmente significativos desencadenan el despliegue de mayores recursos atencionales a tales eventos, que se manifiestan a través de sesgos de atención negativo y el recuerdo (reactividad cognitiva). El enfoque selectivo en los aspectos negativos de la experiencia da como resultado distorsiones cognitivas familiares, como la exageración, la personalización y la sobre generalización y, en consecuencia, en la formación de actitudes disfuncionales con respecto a la adecuación personal, la aceptabilidad y el valor. Las reiteraciones frecuentes de interpretaciones negativas dan forma al contenido de los esquemas cognitivos (desagradable, inadecuado, sin valor). Al mismo tiempo, las interpretaciones negativas de la experiencia tienen un impacto en el eje HHA y ponen en movimiento el ciclo anteriormente descrito que involucra al sistema serotoninérgico que reacciona de forma exagerada y, en consecuencia, conduce a la depresión.

## 5 El desafío de la psicopatología infantojuvenil

Así como se mencionó anteriormente, la carga de enfermedad global aumentó bruscamente. Aproximadamente la mitad de las personas que sufren de algún tipo de trastorno mental manifestó el comienzo de sus problemas antes de los catorce años. A su vez, las personas que experimentan problemas mentales durante la niñez y la adolescencia son más propensos a desarrollar formas más graves de problemas en su salud mental y de participar en conductas de riesgo como el uso de sustancias o intenso de suicidios en la edad adulta (Wu et al., 2017).

Estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos estimaron que la tasa de prevalencia promedio de la psicopatología infantil (9-13 años) y adolescentes (13-18 años) está entre el 13 y 22%. Además, de aquellos que tienen un trastorno, entre el 25% y 40%, tiene un segundo trastorno o más. La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión es extremadamente alta. Se estima que asciende al 75% aproximadamente, lo cual sugiere que los pacientes no encajan de manera perfecta dentro de los rótulos diagnósticos creados para ellos (Barlow et al., 2017; Brown et al., 2001).

Tanto niños como adolescentes con psicopatología concurrente tienen un mayor riesgo de tener problemas posteriores de consumo de alcohol y sustancias, aumenta las conductas antisociales, arrestos, promiscuidad sexual, ideación suicida, repetidas admisiones en servicios de salud y psicopatología adulta (Mikolajewski et al., 2013).

Costello et al. (2003) en una muestra de 1420 niños y jóvenes adolescentes, durante un periodo de entre 4 y 8 años, evaluaron mediante una entrevista estructurada, los tipos más comunes de psicopatología en estas etapas del ciclo vital. Los resultados indicaron que los

trastornos de internalización (como los trastornos de ansiedad y depresión), así como los trastornos de externalización (trastorno de conducta disruptiva, oposicionista-desafiante y trastorno de la conducta) eran altamente prevalentes: cada año, las tasas de prevalencia fueron de alrededor del 5% para ambos tipos de trastornos. Sin embargo, el hallazgo más notable del estudio fue que el 36,7% de los jóvenes habían cumplido con los criterios diagnósticos de al menos un trastorno psicológico antes de cumplir los 16 años. De acuerdo con investigaciones previas, las niñas exhibieron con más frecuencia trastornos de internalización, mientras que los niños sufrieron con mayor frecuencia trastornos de externalización. Vale aclarar que la tasa de comorbilidad entre ambas dimensiones es alta. Incluso con estos números alarmantes, solo una pequeña proporción de los jóvenes con problemas psicológicos son referidos a tratamiento a pesar de que en muchos casos los problemas que presentan los niños y adolescentes continúan manifestándose como un trastorno mental en la edad adulta. De hecho, investigaciones retrospectivas y prospectivas han demostrado con fuerza que los trastornos de ansiedad en los jóvenes con frecuencia son un precursor potente de los trastornos de ansiedad y depresión en la vida adulta, que los episodios depresivos durante la adolescencia predicen episodios posteriores y que los problemas de comportamiento durante la infancia son marcadores sólidos para el desarrollo de trastorno de personalidad antisocial.

Estos hallazgos, entre otros, han llevado a que los investigadores pongan mayor énfasis en estudiar los orígenes de los trastornos psicológicos en los niños, permitiendo comprender que la psicopatología infantil no se debe a un solo factor que opera de manera aislada, sino que se origina a partir de la interacción dinámica de múltiples factores de vulnerabilidad y de protección, entrando en juego factores biológicos (ej. genética, hormonas y neurotransmisores), psicológicos (ej. afrontamiento, autoestima y distorsiones cognitivas) y sociales (ej. Crianza de

los padres, estrés y experiencias negativas de aprendizaje). El temperamento también juega un rol importante en la etiología multifactorial de trastornos en la infancia (Muris & Ollendick, 2005).

La depresión, la ansiedad y los problemas de “internalización” de niños y adolescentes han sido el foco de preocupación profesional creciente a lo largo de las últimas dos o tres décadas. Durante la mayor parte del siglo XX, se prestó relativamente poca atención a estos problemas. De hecho, hasta aproximadamente la década del 80’ hubo una negación profesional generalizada de que ciertos tipos de trastornos de internalización, como la depresión, podrían incluso existir en los niños. Hasta finales de la década del sesenta, la teoría psicoanalítica prevaeciente sugería que la verdadera depresión no podía experimentarse hasta que el superyó se desarrollara por completo en la adolescencia. Además, se sostuvo que las manifestaciones conductuales de sobre-control psicológico en la infancia eran relativamente inestables y no eran significativamente predictivas de inadaptación durante la adolescencia y adultez (Rubin & Mills, 1991).

Afortunadamente, tanto los clínicos como los investigadores entendieron que estos problemas son reales, serios, complejos y lo que resulta más importante, que pueden ser tratados e incluso prevenidos en muchos casos (Merrell, 2013b). El interés predominante que hubo en los problemas de externalización probablemente deriva de varios factores significativos: 1) Desde los primeros años de la infancia, los problemas de externalización son más fáciles de detectar. Las manifestaciones de dificultades en el control de impulsos son muy importantes pudiendo evocar alguna forma de afecto negativo (como el enojo) en el receptor, incluso durante el periodo preescolar temprano a diferencia de los comportamientos de control excesivo. 2) Los niños, en la actualidad, asisten a centros de cuidado y educación grupales a edades más tempranas y por

períodos más largos de la vida que en generaciones anteriores. Como tal, el control en estos entornos grupales es un elemento importante para los cuidadores y educadores. Así, los niños “fuera de control” son vistos como desafíos serios para la prestación de atención y/o educación apropiada. Por otra parte, los niños tranquilos y demasiados controlados, a menudo, representan verdaderos modelos de decoro escolar adecuado. Al ser menos disruptivo, sus dificultades tienen más probabilidad de no ser detectadas o ignoradas por el cuidador o educador (Rubin & Mills, 1991).

Los trastornos de internalización (TI) se caracterizan por la presencia de ansiedad, miedo, timidez, baja autoestima, tristeza y depresión (Ollendick & King, 1994). En esta dimensión se encuentra el grupo más común de trastornos mentales, afectando a un 20-30% de las personas en su vida, lo que a menudo conduce a una disminución significativa del funcionamiento (Kessler et al., 2007). Esta gama de trastornos crea una carga considerable de enfermedad en parte porque con un alto nivel de frecuencia inicia durante la infancia y persiste durante la edad adulta (Rappaport et al., 2018).

Investigaciones longitudinales han descrito la estabilidad de los síntomas de internalización incluso cuando estos han sido identificados tan temprano como en la niñez (Tandon et al., 2009). Por ejemplo, Briggs-Gowan et al. (2006) encontraron tasas de persistencias de un año en síntomas de internalización de 37,8% en una cohorte de población general en niños de entre 1 y 3 años, sin evidenciar diferencias significativas de género. Los niños de edad preescolar con trastornos de internalización evaluados en una cohorte de población general a las edades de dos y tres años tienen un riesgo tres veces mayor de psicopatología de internalización ocho años después, según entrevistas realizadas con los padres. Los estudios en gemelos pequeños sugieren que los factores genéticos representan el 50% de la varianza y el

entorno alrededor del 30% de la varianza en las escalas de internalización de la evaluación social y emocional del niño pequeño.

También, estos estudios longitudinales han demostrado que la prevalencia de los TI aumentan desde la infancia hacia la adolescencia y continúan incluso hasta la adultez, mientras que la prevalencia de los trastornos externalizadores (como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno de oposición desafiante) disminuyen. La investigación sobre la estabilidad ha demostrado que los síntomas y los trastornos persisten en diversos grados desde la infancia hasta la edad adulta. Además, la comorbilidad es común, no solo concurrentemente, sino también sucesivamente, como se ha establecido en los estudios longitudinales, los trastornos de internalización en la infancia predicen los trastornos de externalización en la edad adulta y viceversa. Y es bien sabido que la comorbilidad se asocia con resultados más pobres (Nivard et al., 2017).

En su opuesto, se encuentran los trastornos externalizadores los cuales por sus características explosivas fueron observados, estudiados y se han realizado numerosos programas de intervención (Walsh et al., 2018). El estudio de las dificultades de externalización en la infancia tiene un historial empírico conceptual más amplio y rico que los internalizadoras. La etiqueta de externalización se aplica a numerosas formas de comportamiento problemático, que van desde hiperactividad, impulsividad y problemas sociales llegando a comportamientos antisociales y agresivos. Las conductas externalizadores se caracterizan por ser trasgresoras en los derechos de los demás (por ejemplo, agresión, destrucción de propiedad) llevando al individuo a un conflicto significativo con las normas sociales o figuras de autoridad. Estas conductas se encuentran asociadas a problemas de ajuste en los dominios académicos, sociales y emocionales a lo largo de la vida. Los comportamientos problemáticos externalizadores

constituyen una variedad de conductas tales como: agresión, delincuencia, hiperactividad, desafío y subtipos de agresión reactiva (por ejemplo, agresión motivada por las emociones), conductas encubiertas (ej. robo, mentir) y problemas de conductas proactivas de externalización (p. ej. agresión para la auto ganancia).

### **5.1 ¿De qué hablamos cuándo hablamos de internalización?**

En términos generales, los trastornos de internalización consisten en problemas que se basan en síntomas sobrecontrolados. Aquí, el término “sobrecontrolados” es utilizado para denotar que estos problemas se manifiestan, en parte, cuando las personas intentan mantener un control o regulación inadecuada o inadaptada, de su estado emocional y cognitivo, es decir, de la forma en que piensan sobre la forma en que se sienten. El término internalizar también nos indica que estos problemas se desarrollan y mantienen en gran medida dentro del individuo (Merrell, 2013a).

Aunque la sintomatología relacionada con los trastornos internalizadores es numerosa y compleja, los investigadores han demostrado que existe cuatro tipos principales de síndromes específicos, trastornos o grupos de problemas dentro de esta categoría general.

Estos problemas incluyen principalmente a la depresión, la ansiedad, el retiro social y los problemas físicos o somáticos.

En una revisión sistemática de la literatura existente hasta febrero del 2017, Yatham et al. (2018) encontraron que la tasa de prevalencia juvenil de síntomas depresivos en países de bajo y medio ingreso varía entre 0 y 28%, el cual es casi similar al obtenido en los países de altos ingresos (2-25%).

## 5.2 Presentación clínica del trastorno depresivo niño y adolescente

Para definir al trastorno depresivo mayor (TDM) en adultos, adolescentes y niños. se utilizan criterios diagnósticos idénticos. La única excepción marcada por el DSM-V (Association, 2013) es la posibilidad de un estado de ánimo irritable como síntoma del estado de ánimo principal en niños y adolescentes (Rice et al., 2019; Rice & Warne, 2019). Aunque, como se verá más adelante, existe evidencia que cuestiona la relevancia de la irritabilidad para el diagnóstico del trastorno.

La utilización de los mismos criterios diagnósticos para las distintas etapas vitales implica que la presentación del trastorno es independiente de la edad, aunque el cuadro clínico en la adolescencia presenta una marcada diferencia con la presencia en los adultos. De hecho, en esta etapa del ciclo vital el TDM se caracteriza por síntomas heterogéneos y cambiantes (Nardi et al., 2013). Por ejemplo, los síntomas vegetativos específicos, incluidos el apetito y la alteración del peso, la fatiga y el insomnio, pueden ser particularmente comunes en niños y adolescentes con depresión clínica. Curiosamente, la hipersomnia parece ser menos frecuente en los jóvenes (Rice et al., 2019). Los síntomas somáticos los cuales hacen referencia a problemas físicos inexplicables, como dolor musculoesquelético o dolores de cabeza, también se han descrito como particularmente comunes en niños y adolescentes con depresión clínica (Nardi et al., 2013).

Uno de los estudios más grandes realizados para identificar los perfiles sintomáticos en la depresión juvenil fue el realizado por Cole et al. (2011). El autor y sus colegas identificaron problemas de concentración, sentimientos de inutilidad/culpabilidad y trastornos del sueño que se presentan en niveles bajos de severidad de depresión, mientras que la agitación/retraso

psicomotor, el cambio de peso y apetito y la ideación o intentos de suicidios estuvieron presentes solo en niveles altos de seriedad de depresión. No obstante, la interpretación de estas posibles diferencias en la presentación del TDM entre adolescentes y adultos se ve, en cierta forma opacada por las inconsistencias en la manera de cómo se evalúan los síntomas y la falta de investigaciones que comparen directamente los síntomas en adultos y adolescentes utilizando métodos de evaluación y reclutamiento similares.

Sin embargo, Rice et al. (2019) realizaron un estudio familiar el cual permitió el emparejamiento por naturaleza en una variedad de factores. Por ejemplo, el mismo equipo de investigación fue quien empleó los protocolos de diagnósticos y evaluaciones similares tanto para adultos como para adolescentes. También, ambas poblaciones coincidieron en niveles generales de gravedad. Rice y sus colegas encontraron evidencia de que la presentación de TDM y los síntomas depresivos difieren estas ambas poblaciones. La pérdida de energía (97%), la alteración del sueño (especialmente insomnio; 87%) y la alteración del apetito/peso (87%) fueron más comunes en adolescentes con TDM que en adultos (las cifras fueron 71%; 63%; y 59% respectivamente). Por lo que el perfil de síntomas con una alta probabilidad de TDM en la adolescencia incluye: cambios en el apetito y el peso, insomnio y pérdida de energía en niveles altos junto con un estado de ánimo bajo. Los niveles altos en mal humor y sentimiento de inferioridad fueron similares para ambas poblaciones. Como dato particularmente interesante, obtuvieron una falta de evidencia (Vidal-Ribas et al., 2016) de que la irritabilidad fuera más común en adolescente que en adultos a pesar de lo indicado por el DSM. Este hallazgo es consistente con otras evidencias que sostiene que la irritabilidad no parece ser un criterio de carácter distintivo para la depresión en jóvenes y que el estado de ánimo irritable es raro en la depresión juvenil sin un estado de ánimo depresivo coexistente.

Además de las diferencias en la presentación clínica, existe diferencias etiológicas entre el trastorno de adolescentes y adultos en términos de respuesta al tratamiento y arquitectura genética (Rice & Warne, 2019). Por ejemplo, la evidencia de la efectividad de los antidepresivos para tratar la depresión en los adolescentes es más escasa que la de la depresión en adultos. En particular, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos muestran mejores resultados en el tratamiento de adultos que en el de adolescentes (Locher et al., 2017). Esto puede deberse en parte a una mayor respuesta de placebo para la depresión en personas jóvenes (Janiaud et al., 2017). Por su parte, los antidepresivos de tercera generación, como los IRSN y la Mirtazapina, no han demostrado ser significativamente mejores que el placebo (Locher et al., 2017).

Curiosamente, el efecto de la TCC también parece ser menor para los adolescentes que para los adultos deprimidos (Weisz et al., 2017).

Los estudios también sugieren que existe una heterogeneidad genética de la depresión según la edad de inicio. De modo que, una edad de inicio relativamente temprana se asocia más fuertemente con alelos que confieren riesgo de trastorno bipolar y esquizofrenia en comparación con la depresión de inicio tardío (Power et al., 2017).

### **5.3 Factores de riesgo**

A continuación, se detallarán factores de riesgos adicionales a los desarrollados en el primer capítulo de depresión.

- **Depresión perinatal: factor de riesgo para el infante**

La depresión materna durante el embarazo y el periodo posparto es preocupante no solo por el sufrimiento y la angustia que causa en las mujeres, sino también por el riesgo de efecto adversos en el feto y el niño en desarrollo. Los cimientos de la salud mental se establecen durante los periodos de desarrollo de la gestación, la infancia y la primera infancia, momento en el que se está produciendo un rápido crecimiento cerebral, y el desarrollo se encuentra particularmente afectado por el entorno existente (Lyons-Ruth et al., 2017).

Los entornos más tempranos de un niño, tanto en el útero como en la infancia, desempeñan un papel crucial en la formación de la salud mental futura del niño. Por lo que, la depresión materna puede ser una de las exposiciones ambientales adversas más tempranas que un niño puede experimentar. Hasta uno de cada cinco bebés está expuesto a la depresión materna, ya sea en el útero o en los primeros meses de vida. Por lo tanto, los enfoques para la salud mental infantil requieren la atención a la salud mental materna.

La depresión perinatal, puede ser definida como la depresión mayor y menor materna durante el embarazo y/o durante el primer año después del parto. Las principales características de la depresión perinatal son: estado de ánimo depresivo, ansiedad, pensamientos compulsivos, pérdida de control, sentimientos de insuficiencia, incapacidad para hacer frente, miedos irrealistas, fatigas y desesperación. En algunos casos, la madre puede desarrollar pensamientos y planes suicidas y/o infanticidio. Los principales factores de riesgo para la depresión perinatal incluyen antecedentes de depresión y/o ansiedad, trastorno bipolar, embarazo no deseado, estrés de la vida, antecedentes de abuso sexual, violencia doméstica, bajo apoyo social y mala calidad de las relaciones sociales. El estado depresivo materno puede dificultar el ajuste que la familia debe

realizar ante la llegada de un nuevo integrante. Las mujeres que están deprimidas durante el embarazo tienen menos probabilidades de atender a su salud y bienestar personal, tiene más probabilidad de subutilizar a la atención prenatal, tiene mayor consumo de sustancias, una nutrición más deficiente, un aumento de peso excesivo y un funcionamiento materno más deficiente. Dentro de las complicaciones obstétricas asociadas con la depresión en el embarazo incluyen tener un parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. En el periodo posparto, la depresión puede afectar las prácticas de cuidado, de modo que las madres tienen menos probabilidad de amamantar y es menos probable que sigan las recomendaciones de seguridad para bebés, llevar al recién nacido en menor cantidad a las visitas de salud, etc. (Goodman, 2019).

Resulta importante resaltar que los índices específicos de salud mental del infante y la niñez temprana incluyen el temperamento, el desarrollo socioeconómico, el apego, la RE y las dificultades de comportamiento. El desarrollo cognitivo también se incluye debido al rápido desarrollo neurológico durante los primeros años de vida y sus vínculos con la salud mental infantil (Herba et al., 2016).

La depresión perinatal tiene efectos perjudiciales en el desarrollo infantil. En particular, existe una gran cantidad de investigaciones que demuestran que la depresión perinatal y postparto materna están asociadas con un mayor riesgo de efectos adversos en el desarrollo infantil que pueden afectar la salud mental. Tales efectos incluyen al apego inseguro, desarrollo cognitivo, social y emocional deteriorado y problemas de comportamiento a largo plazo. Los recién nacidos expuestos a la depresión materna muestran un comportamiento más desregulado, como el sueño perturbado/desorganizado y el temperamento difícil, lo que puede aumentar recíprocamente la depresión materna (Goodman, 2019; Netsi et al., 2015).

De manera más concluyente, la depresión perinatal se ha asociado con un mayor riesgo de problemas emocionales, incluido la depresión y la ansiedad, que comienzan en la primera infancia y persistentes hasta la edad adulta temprana.

- **Otros factores de riesgo y protectores**

La etiología de la depresión es compleja y multifactorial con gran cantidad de factores de riesgo causales y factores de protección que implican contribuciones genéticas y ambientales, las cuales actuarán de manera compleja. Se asume, en general, que los factores de riesgos distales influyen a través de procesos neurales, cognitivos y/o biológicos más proximales, a veces denominados mecanismos de riesgos. Los mecanismos cognitivos y neuronales potenciales sobre los que pueden actuar estos factores incluyen estilos de pensamiento pesimista como la rumiación, la sobre generalización, las interrupciones en el procesamiento de recompensas y amenazas. Otros mecanismos potenciales incluyen los efectos sobre las hormonas, los neurotransmisores y los neuropéptidos involucrados en la respuesta al estrés, la neuroinflamación y las modificaciones epigenéticas (Rice & Warne, 2019).

Entre personas jóvenes los posibles factores de riesgo incluyen: sintomatología psiquiátrica por debajo del umbral (por ejemplo, ciertos síntomas depresivos, irritabilidad y ansiedad), la depresión en al menos uno de los padres. Este factor es resulta muy importante prestarle atención ya que aumenta hasta 3 veces el riesgo de desarrollo de TDM en la descendencia en comparación al grupo control y también incrementa la probabilidad de un curso recurrente de depresión en la descendencia y un curso a largo plazo de sintomatología que requiera tratamiento intensivo. Varios estudios demostraron que contar con padres con historial

de depresión en un factor de riesgo en el inicio temprano del trastorno en los hijos. Los eventos estresantes de la vida y la pobreza también son factores de riesgo importantes, como así también los cambios temporales (hormonales y sociales) que suceden con la llegada de la adolescencia.

En un estudio longitudinal realizado en niños y adolescentes con alto riesgo familiar de TDM, Rice et al. (2017) examinaron los mecanismos subyacentes al desarrollo de un primer episodio de TDM de inicio en la adolescencia. La irritabilidad y el miedo/ansiedad surgieron como predictores del desarrollo de sintomatología depresiva. Estos efectos fueron independientes entre sí, así como también de comportamientos disruptivos y bajo estado de ánimo. A su vez, indicadores de riesgo social mostraron ser también un predictor potente para el TDM independientemente del riesgo familiar correlacionado, la gravedad de la depresión de los padres y los antecedentes clínicos en el niño. Los resultados sugieren que los métodos de prevención primaria para la depresión en grupos con alto riesgo familiar deben ser incluidos en el tratamiento para la depresión de los padres.

Jaffee et al. (2002) encontraron evidencia de que la depresión pediátrica se asoció con una variedad de factores de riesgo en la niñez, que incluyen el desarrollo en un ámbito familiar hostil, psicopatología parental, déficit de habilidades motoras e inestabilidad del cuidador y abuso sexual. Existe evidencia de que el riesgo ambiental y los factores de protección no actúan de manera aislada de los factores genéticos. Las disposiciones genéticas pueden actuar de manera indirecta a través de los factores de riesgo ambientales.

La baja competencia durante la infancia en una variedad de dominios está asociada a un mayor riesgo de depresión, lo que resulta importante y necesario tener en cuenta. El modelo de competencia de la depresión sugiere que la depresión infantil está arraigada en déficit de desempeño reales, especialmente en el ámbito académico y social. Dicho modelo sugiere que los

niños reciben retroalimentación continua de adultos y compañeros sobre sus competencias sociales y académicas, lo que contribuye a sus autopercepciones y atribuciones emergentes. Durante los años de la escuela primaria, los niños tienen la capacidad cognitiva de internalizar la retroalimentación social negativa, lo que puede proporcionar una base para los hábitos de pensamiento estable y distorsiones que son el sello de la depresión más adelante en el desarrollo. Dada la gran prioridad que se le otorga al éxito académico y social, los niños que no rinden según lo esperado/deseado pueden ser percibidos como menos competentes y, a su vez, llegar a verse de esta manera. El modelo de competencias de la depresión sugiere que la exposición repetida a la retroalimentación negativa sobre el rendimiento puede inhibir el desarrollo de un esquema positivo y las percepciones de competencia. En sintonía con este modelo, numerosos estudios han demostrado que la baja competencia académica durante los primeros años de la escuela primaria predice el riesgo futuro de síntomas depresivos (Herman et al., 2019; Herman et al., 2009). Entre los factores que pueden actuar como protectores se incluyen a las relaciones de buena calidad con los padres y amigos, mayor capacidad cognitiva y la realización de ejercicios físicos de manera regular.

## 6 Método

### 6.1 Hipótesis:

#### 6.1.1 *Objetivo general:*

El siguiente estudio pretende explorar qué señales psicoterapeutas utilizan para evaluar el motivo de paciente para la consulta y para guiar la exploración inicial y determinar si el paciente tiene un trastorno de depresión.

#### 6.1.2 *Objetivos específicos:*

- i) Explorar si las señales utilizadas por los terapeutas varían según el grado de experiencia clínica que posean.
- ii) Explorar si las señales utilizadas por los terapeutas varían según el marco teórico.

### 6.2 Diseño de investigación

La siguiente investigación es un estudio cualitativo, cuyo diseño encuentra base en la Teoría Fundamentada. Los métodos cualitativos ofrecen una forma única de abordar ciertos fenómenos que resultan imposibles de ser estudiados desde un enfoque cuantitativo (Strauss & Corbin, 1998).

Una de sus características principales es la de proporcionar una descripción vívida, densa y completa en el lenguaje natural del fenómeno en estudio. Es decir que, los investigadores cualitativos explorarán los fenómenos tal como ocurren naturalmente dando la posibilidad de organizar y describirlos con gran profundidad y riqueza.

El investigador iniciará su camino en la investigación sin una hipótesis preestablecida (como sucede en las investigaciones cuantitativas) buscando ir descubriéndola (o contrayéndola) en el curso de la recopilación de los datos y su análisis a través de preguntas de investigación sobre constructos y sus relaciones. Esta característica le permitirá tener la libertad de permanecer abierto y descubrir relaciones, conceptos e ideas sobre el tema que puede no tener al comienzo de la misma (Heppner et al., 1992).

En el método cualitativo se busca la comprensión en profundidad de fenómenos que se intenta investigar desde la mirada de personas en particular. Aquí el investigador se situará dentro del contexto donde se produce el fenómeno para así lograr una mejor comprensión del “su mundo” (Yach, 1992). Este tipo de metodología suele ser muy útil cuando existe una gran carga de significados asociados al tema de estudio (Cerdá et al., 1999).

En este diseño el investigador busca generar o descubrir una teoría enfocada en como los individuos interaccionan con el fenómeno estudiado. Una teoría puede ser entendida como un esquema abstracto y analítico de un fenómeno determinado que se relaciona con una situación particular. Esta busca predecir y explicar comportamientos dando cierto grado de control sobre la situación y debe poder cumplir con dos características centrales (Álvarez-Gayou, 2004):

- Poder ser verificada en investigaciones actuales y futuras
- Ser de comprensión fácil.

Su planteamiento básico es que las proporciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación (Sampieri & Baptista, 1980).

Algunas de las características generales del método cualitativo son (Hill et al., 1997):

- A- Generalmente buscan datos de entornos naturales y se utilizan a sí mismos como
- B- Los principales instrumentos para el análisis y para obtener información sobre los datos.
- C- Buscan describir fenómenos en lugar de manipularlos.
- D- Examinar también el proceso de la experiencia como el resultado (es decir, describir cómo llegaron a ser las cosas en lugar de simplemente proporcionar una explicación de cómo son las cosas).
- E- Utilizar análisis inductivos para que las teorías se construyan de abajo hacia arriba extrayendo conclusiones basadas en los datos en lugar de especificar una hipótesis de antemano y usando los datos para probar esa hipótesis.
- F- Se preocupan por el significado o la comprensión del fenómeno desde la perspectiva del participante.
- G- Enfatiza la descripción en lugar de la explicación.
- H- Representa la realidad a través de los ojos de los participantes. Asume que la experiencia es poli dimensional no lineal.

I- Destaca la importancia de ver el significado de la experiencia y el comportamiento en contexto y en toda su complejidad. Interpreta y reporta eventos en su contexto.

J- Considera que el proceso científico genera hipótesis de trabajo en lugar de hechos empíricos inmutables.

K- Destaca la aparición de conceptos a partir de datos en lugar de la imposición de datos a la teoría existente.

L- Utiliza la empatía con los participantes como parte del método.

### **6.3 Participantes**

El estudio se realizó con una muestra intencional conformada por 16 terapeutas (15 psicólogos y 1 psiquiatra), que practican la psicoterapia en la Capital Federal Argentina y Gran Buenos Aires. Todos accedieron voluntariamente a participar como sujetos de investigación. De los participantes, seis fueron varones (37,5% de la muestra; edad promedio: 37,6) y diez mujeres (62,4% de la muestra; edad promedio: 39), con un rango de edad que inicia en 27 y finaliza en 64 años.

También es posible decir que la muestra se encontró integrada por cinco terapeutas (3 mujeres y 2 varones) con orientación psicodinámica y once (7 mujeres y 4 varones) con orientación TCC los cuales fueron agrupados según grado de experiencia clínica.

En la tabla que se muestra a continuación se puede observar la conformación de la muestra y su distribución de acuerdo con años de experiencia.

*Tabla 2: Matriz de participantes de la muestra.*

AÑOS DE EXPERIENCIA	VARON (N. Protocolo)		MUJER (N. Protocolo)	
	TCC	Psicoanalista	TCC	Psicoanalista
0-5 Años	9		3, 4, 5	11
6-10 Años	1		2 y 6	7
11-15 Años	14	10	15	16
Más de 15 Años	8	13	12	

#### 6.4 Recolección de datos

En este estudio cualitativo la recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas. En la misma se utilizó como disparador una videgrabación de los primeros minutos de una primera entrevista psicológica de aproximadamente 15 minutos y un cuadro con los síntomas que conforman el criterio B del DSM-5 del trastorno depresivo mayor.

Para la realización de la entrevista se desarrolló un libreto a partir del análisis de cinco (5) grabaciones de primeras entrevistas realizadas por terapeutas expertos a pacientes que, al finalizar el proceso de admisión, fueron diagnosticados con un cuadro depresivos.

Una vez confeccionado el libreto, el mismo fue enviado a tres (3) terapeutas expertos a fin de verificar la claridad en la presencia de factores de riesgo y sintomatología depresiva. Una vez, cumplido dicho paso, se trabajó junto con una actriz profesional y equipo de grabación para la

realización del video-disparador. El video puede ser visto en el siguiente enlace:

<https://youtu.be/JkL0QqxC5LU>.

Para la entrevista semiestructurada, se desarrollaron preguntas focalizadas en cuestiones teóricas (relevadas en el marco teórico) sobre los trastornos depresivos y preguntas exploratorias sobre la experiencia clínica del entrevistado en la atención de pacientes con trastornos depresivos.

### **6.5 Procedimiento**

Para llevar a cabo la recolección de datos se coordinó una entrevista con los distintos participantes. Las primeras ocho se realizaron presencialmente y las restantes se realizaron vía Videoconferencia debido al aislamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto en el año 2020 a causa de la pandemia originada por el COVID-19.

**a. OBJETIVO:** Antes del inicio de la entrevista se enunció el objetivo y finalidad de la investigación y a fin de disminuir posibles interferencias (por ejemplo, sentirse evaluado) y lograr mayor apertura.

**b. ENTREVISTA:** Luego de haber finalizado la proyección del video, se daba comienzo a la entrevista. La misma se estructuró en dos partes: la primera pensada y ejecutada con preguntas abiertas, utilizando lo observado en el video para ir abordando indirectamente el tema de investigación. La misma buscaba explorar en la experiencia del entrevistado en el trabajo con pacientes con

diagnóstico de algún trastorno depresivo. La segunda parte de la entrevista contaba con preguntas directas y focalizadas sobre las variables del estudio.

**c. JERARQUIZACIÓN:** Al final de la entrevista, se le pidió a cada participante que ordene jerárquicamente, según su experiencia y reflexión, los criterios B presentes en el trastorno depresivo mayor del DSM-V a fin de destacar qué síntomas pertenecientes al listado vinculan más fácilmente con el trastorno depresivo estando en una primera entrevista.

**d.** Cada una de las entrevistas fueron desgravadas y analizadas a través del programa Atlas.ti. Cabe mencionar que la fundamentación del programa se basa en la Teoría fundamentada de Glaser et al. (1968). Su aplicación está siendo llevada a distintos campos de las humanidades como psicología, sociología, educación, etc. El mismo facilita y colabora con el investigador en la organización del material del trabajo, la categorización de la información (códigos, índices, palabras claves, citas, etc.), creación de redes estructurales o diagramas de flujo (colaborando en el análisis de posibles estructuras o sistemas de relaciones entre categorías o códigos (Varguillas, 2006).

## 7 Análisis de datos y resultados

En un estudio cualitativo, el análisis de los datos consistirá en la descomposición del material recolectado (en este caso entrevistas) en unidades de análisis (a las cuales se les asignarán códigos) de las cuales irán surgiendo categorías de primer nivel y subcategorías las cuales podrán, al mismo tiempo, ir relacionándose entre sí enriqueciendo la producción de resultados.

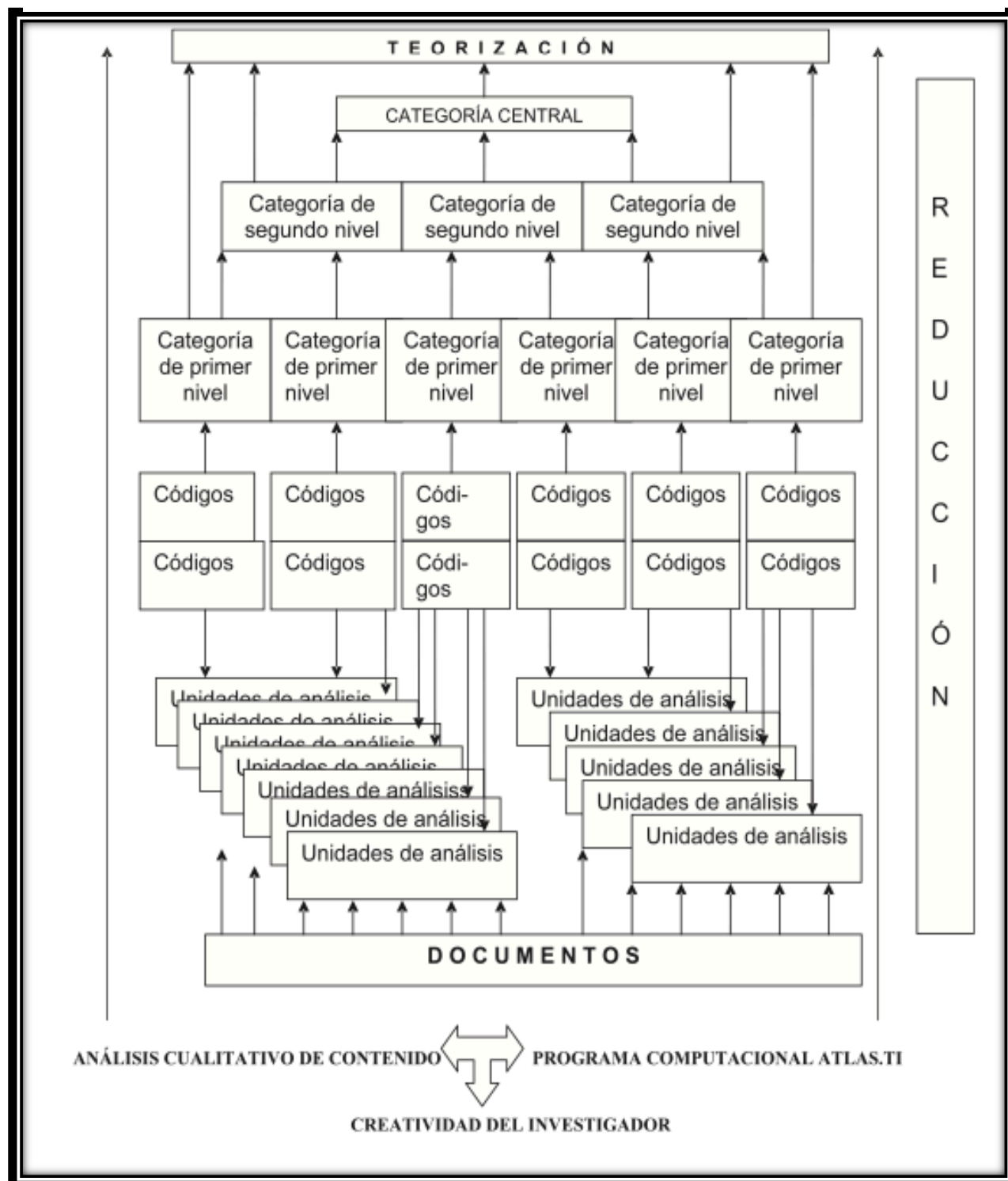
Dichas relaciones permitirán la creación de redes, es decir reflejos gráficos de la información que se está relacionando, permitiendo visualizar la estructuración de hallazgos y de proposiciones teóricas.

Como paso significativo, en el siguiente capítulo se realizará la interpretación analítica del material, la descripción de los hallazgos y de las proposiciones teóricas mediante un discurso interpretativo, coherente que vaya hilvanando y fundamentando en lo dicho por los informantes (sustentación de las categorías).

La sustentación (movimiento posible por el trabajo de reducción analítica que haya realizado el investigador y su creatividad) permitirá la emergencia de hallazgos o proposiciones teóricas ([ver figura 21](#)).

El análisis de los datos obtenidos se realizó a partir de observar ciertos grupos de categorías similares en cada grupo. Para ello se procedió a realizar el análisis de dichas categorías en cada grupo de la muestra y luego se realizó comparaciones y análisis.

Figura 21: Estructura del análisis cualitativo.



## 7.1 Más de 15 años de experiencia

### 7.1.1 ¿Cómo inicia la entrevista?

Luego de que los entrevistados observaban la videograbación, se daba iniciaba a la entrevista propiamente dicha con la siguiente pregunta: “¿Qué pensás que le pasa a la paciente en términos diagnóstico de acuerdo con estos primeros minutos de entrevista?”.

La misma se realizó con distintos objetivos:

- Explorar como entiende y vincula el entrevistador el concepto “diagnóstico”.
- Explorar si realiza una descripción categorial (con su descripción de signos y síntomas), una descripción dimensional del padecer de la paciente o una integración de ambas miradas.
- Identificar cuáles son las señales que prima el entrevistador ante una paciente que despliega sintomatología depresiva.
- Comparar las diferencias y similitudes entre los entrevistados de experiencia.
- Evaluar la existencia de diferencias entre lo observado por terapeutas de acuerdo con su grado de experticia.
- Comparar las diferencias y similitudes entre los entrevistados de distinto marco teórico.

Este grupo estuvo conformado por tres terapeutas de los cuales dos son varones (protocolo 8 y 13) y una es mujer (protocolo 12). A su vez, es posible decir que dos de los terapeutas (protocolo 8 y 12) tiene como marco teórico a la terapia cognitiva conductual y el restante a la teoría psicodinámica (protocolo 13).

En términos generales se puede decir que, los participantes destacan que para la obtención de la información necesaria para lograr comprender qué le sucede a la paciente, recurren a tres fuentes de información (entre los tres participantes nombran 11 códigos):

A- **Lenguaje verbal:** Como inicia el relato el paciente, lo que omite en su relato, cómo responde a las preguntas (como relata lo que le pasa).

B- **Lenguaje no verbal:** Tono emocional al explicar lo que le sucede, lenguaje corporal, gestualidad y vestimenta.

C- **Varios:** Si asiste solo o no a la entrevista e informes y evaluaciones psicológicas.

A su vez remarcan que a lo largo del proceso de admisión (vale mencionar que destacan que la admisión no es comprendida como una única entrevista sino como un proceso que consta de las entrevistas necesarias para recabar la información que permita comprender que le sucede al paciente) buscan relevar cierta información ([ver figura 22](#); [figura 23](#)).

- El **protocolo 8:** Contexto del sujeto; Motivo de consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Estrategias de afrontamiento; Etapa de cambio que se encuentra el

paciente; Eventos significativos para la paciente; Expectativas; Red de apoyo (familia, amigos, etc.); Relato de la experiencia disfuncional y Sintomatología (total 9 códigos).

- **El protocolo 12:** Antecedentes y enfermedades médicas; Características de la familia; Cómo está en el trabajo; Cómo son sus actividades de la vida cotidiana; Contexto del sujeto; Episodios previos de lo que le sucede; Eventos significativos para la paciente; Historia vital del paciente; Objetivos/ proyectos a futuro; Presencia de Hobbies o pasatiempo; Red de apoyo (familia, amigos, etc.) y Relaciones interpersonales (total: 12 códigos).

- **El protocolo 13:** Cronicidad de la sintomatología; motivo de consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Estrategias de afrontamiento; Eventos significativos para la paciente; Nivel de contacto con sus emociones y Relato de la experiencia disfuncional (total 6 códigos).

Al ordenarlo jerárquicamente de acuerdo con el grado de coincidencia en la utilización de los códigos:

- **Utilizado por los tres entrevistados:** Eventos significativos para la paciente.

- **Utilizados por dos de los entrevistados:** Contexto del sujeto; Estrategias de afrontamiento; motivo de consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Red de apoyo (familia, amigos, etc.) y Relato de la experiencia disfuncional.

- **Utilizado por uno de los entrevistados:** Antecedentes y enfermedades médicas; Cómo está en el trabajo; Cómo son sus actividades de la vida cotidiana; Cronicidad de la sintomatología; Episodios previos de lo que le sucede; Etapa de cambio que se encuentra el paciente; Expectativas; Historia vital del paciente; Nivel de contacto con sus emociones; Objetivos/ proyectos a futuro; Presencia de Hobbies o pasatiempo y Sintomatología.

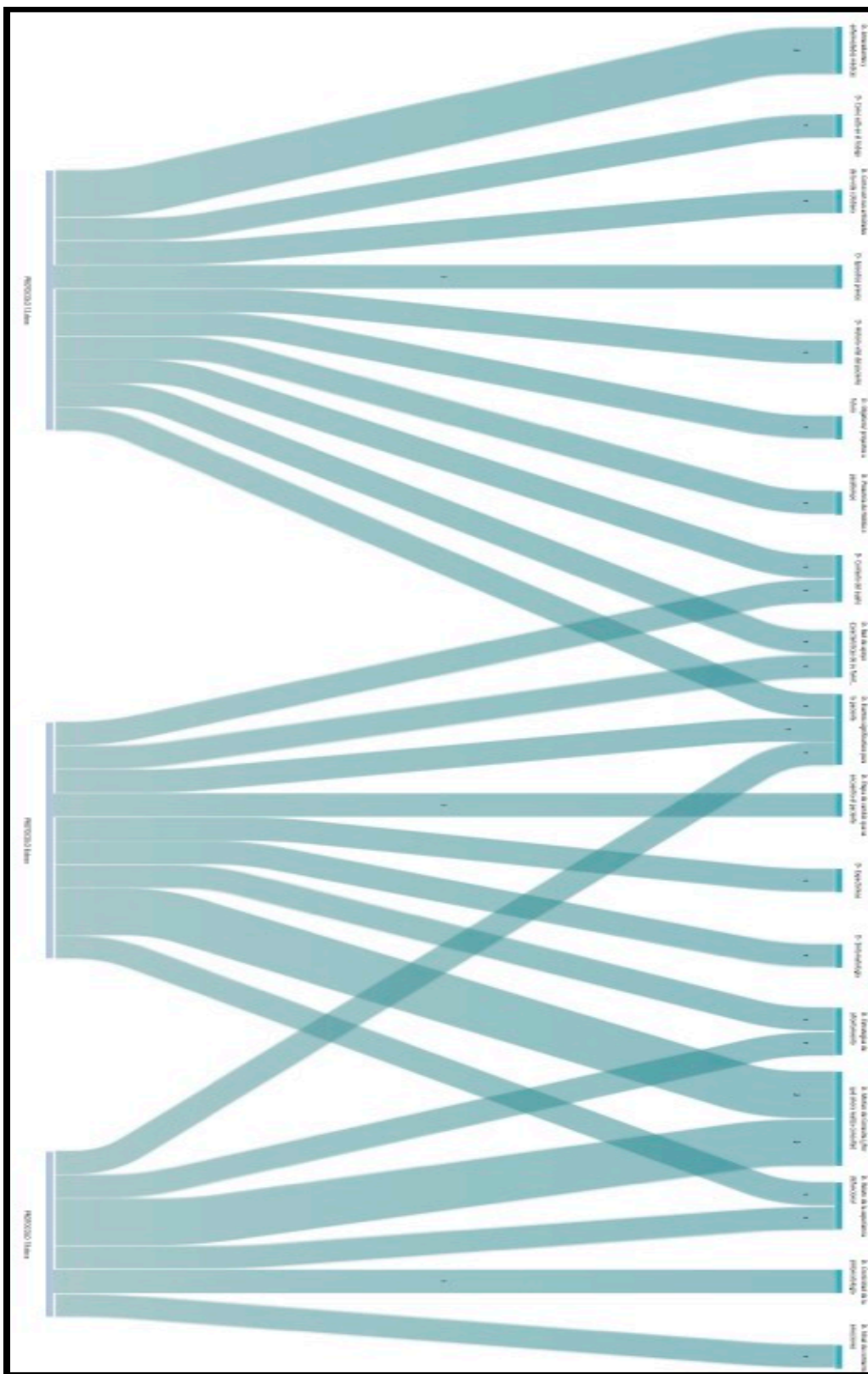
**Figura 22:** Códigos utilizados por los entrevistados al detallar la información que consideran indispensable recabar a lo largo del proceso de admisión.

	8 PROTOCOLO...	12 PROTOCOLO...	13 PROTOCOLO...	Totales
	23	15	16	
D- Antecedentes y enfermedades... 9		●		1
D- Como está en el trabajo 3		●		1
D- Como son sus actividades de l... 1		●		1
D- Contexto del sujeto 3	●	●		2
D- Cronicidad de la sintomatología 2			●	1
D- Episodios previos 4		●		1
D- Estrategias de afrontamiento 5	●		●	2
D- Etapa de cambio que se encue... 2	●			1
D- Eventos significativos para la p... 4	●	●	●	3
D- Expectativas 6	●			1
D- Historia vital del paciente 2		●		1
D- Motivo de Consulta (¿Por qué... 13	●		●	2
D- Nivel de contacto con sus emo... 2			●	1
D- Objetivos/ proyectos a futuro 1		●		1
D- Presencia de Hobbie o pasatie... 1		●		1
D- Red de apoyo (características... 9	●	●		2
D- Relato de la experiencia disfun... 2	●		●	2
D- Sintomatología 9	●			1
<b>Totales</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>25</b>

- Continuando con el análisis de la pregunta inicial, los entrevistados de manera similar e independiente del marco teórico, comenzaron realizando una descripción amplia y holística del padecer de la paciente.

En términos general es posible mencionar que, si bien a lo largo de la entrevista dieron muestras de haber tomado nota de la sintomatología relacionada con un cuadro depresivo, los entrevistados no focalizaron su descripción inicial en listar signos y síntomas de cuadros nosológicos, sino que remarcaron información general sobre la paciente como, por ejemplo: el contenido de su relato, su estilo de comunicación y de afrontamiento, lo que les generó la paciente (contratransferencia), etc. El análisis específico de las respuestas destaca:

**Figura 23:** Diagrama Sankey de códigos utilizados por los entrevistados al detallar la información que consideran.



**Estilo de afrontamiento defensivo y su búsqueda para mantener el control de lo que le pasa:**

- *“Y con una necesidad como de encontrar una explicación a lo que le está pasando y básicamente de controlarlo digamos.” (protocolo 8).*
- *“Vi mucha defensa. Nunca iría, nunca atacaría una defensa, por decirlo de una manera. Nunca abordaría a un paciente desde su defensa, pero sí intentase trazar una hipótesis con respecto a porque está esa defensa. Entonces quizás, si le preguntase que le pasó hace dos semanas, que sintió. Que me describa un poco más que le pasaba, que sentía, que le pasaba, que cuestiones cree ella que le movilizaron esa angustia que ella refiere. Intentaría ir por ahí, apuntar más que a nombres puestos por afuera como pueden ser ataques de ansiedad, angustia, depresión, etc.” (protocolo 13).*

**Dificultades en su regulación emocional (falta o dificultades en la claridad y conciencia emocional):**

- *“Parece que está como bastante desorientada en términos de que no entiende muy bien o no sabe explicar muy bien la diferencia entre hipertensión y la ansiedad” (Protocolo 8).*
- *“Tiene un recorrido desde el 2012 bastante prolifero en cuanto a recorrer médicos. Va a cardiólogos, no le resulta y finalmente dice “yo sé que tengo que encontrar un cardiólogo que me diga tenés que hacer esto”, o sea, sigue pensando que tiene que encontrar un cardiólogo. O sea, ¿desde el 2012 busca cardiólogo, pero todavía*

*no lo encontró! Es como, este rechazo o no pensar en que hay una salida desde el punto de vista psicológico o por lo menos conjunta” (protocolo 12).*

#### **Contradicciones en el discurso del paciente:**

- *” A mí me parece que, lo que ella menciona, el libreto no sé cómo fue pensado, pero tiene muchísimas contradicciones ¿Es hipertenso o hipotenso? Por qué en un momento dice que es hipotensa y después dice que hipertensa.”.*

#### **Información faltante en el discurso de la paciente:**

- *“Me dieron ganas de saber su edad” (protocolo 13).*

#### **Lo que le generó la paciente y su presentación de motivo de consulta:**

- *“¿Qué me pareció? Me pareció, a ver... no lo voy a poner en términos teóricos... Me pareció que venía con un discurso muy armado inicialmente. Primero... como con mucho nombre puesto de afuera: “tengo ataques de ansiedad, tengo hipertensión, tuvo hipotensión”. Esto me pareció, mucho nombre puesto de afuera. Poca conexión con la esfera emocional y por ahí, esto. Poca conexión emocional, esto como más... más saliente de lo que me pasó en general. En cuanto a lo que fui pensando, fue mucho de la mano de esto. Ella arranca diciendo que tiene ataques de ansiedad y eso...”*

*me hubiera gustado más que acompañarla en los rótulos que fue poniendo, poder saber que le pasaba realmente. Me paso por ahí esto.” (protocolo 13).*

- *“qué quiere ser muy prolija, muy ordenadita en lo que está diciendo... que quiere mostrar que tiene mejor... más bienestar que el que tiene. En algún punto se quiere mostrar un poquito más regulada de lo que posiblemente esté. Si... eso... Si, la verdad es que hubiese, quizás por mi estilo quizás hubiese intervenido bastante más preguntando” (protocolo 8).*

### **7.1.2 ¿Qué te genero la paciente?**

A partir de la relevancia que los terapeutas le otorgaron a *lo sentido*, se decidió explorar con mayor profundidad (tanto en estas entrevistas como en las restantes) qué el rol juega durante una entrevista, sus impresiones, las interpretaciones de estas y su uso diagnóstico ([ver figura 24](#)).

¿Qué relevaron los entrevistados ante la paciente del video estímulo?

#### **El entrevistado 8 mencionó:**

- “Con poca conexión y claridad con sus emociones”
- “Se quiere mostrar mejor de lo que está”
- “Sensación de discurso armado/estructurado”
- “Muestra necesidad de control de lo que está pasando”
- “Poco relajada en la entrevista”

**La entrevistada 12 mencionó:**

- “Con poca conexión y claridad con sus emociones”
- “Contradicciones en el relato de la paciente”
- “Desconfianza”

**El entrevistado 13 mencionó:**

- “Con poca conexión y claridad con sus emociones”
- “Poco relajada en la entrevista”
- “Sensación de discurso armado/estructurado”
- “Está a la defensiva”
- “Desconfianza”
- “Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla”

**Figura 24:** Códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le produce la paciente" por los terapeutas con más de 15 años de experiencia.

	8 PROTOCOLO 8.docx 23	12 PROTOCOLO... 15	13 PROTOCOLO... 16	Totales
◇ K- Con poca conexión y claridad con sus emociones	3	●	●	3
◇ K- Contradicciones en el relato de la paciente	2	●		1
◇ K- Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)	4	●	●	2
◇ K- Está a la defensiva	3		●	1
◇ K- Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla	4		●	1
◇ K- Muestra necesidad de control de lo que está pasando	1	●		1
◇ K- Poco relajada en la entrevista	3	●	●	2
◇ K- Se quiere mostrar mejor de lo que está	1	●		1
◇ K- Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la pa...	9	●	●	2
Totales	5	3	6	14

Al ordenar jerárquicamente según la cantidad de coincidencias entre los tres integrantes del grupo resulta posible agrupar la codificación en tres grupos ([ver figura 25](#); [figura 26](#))

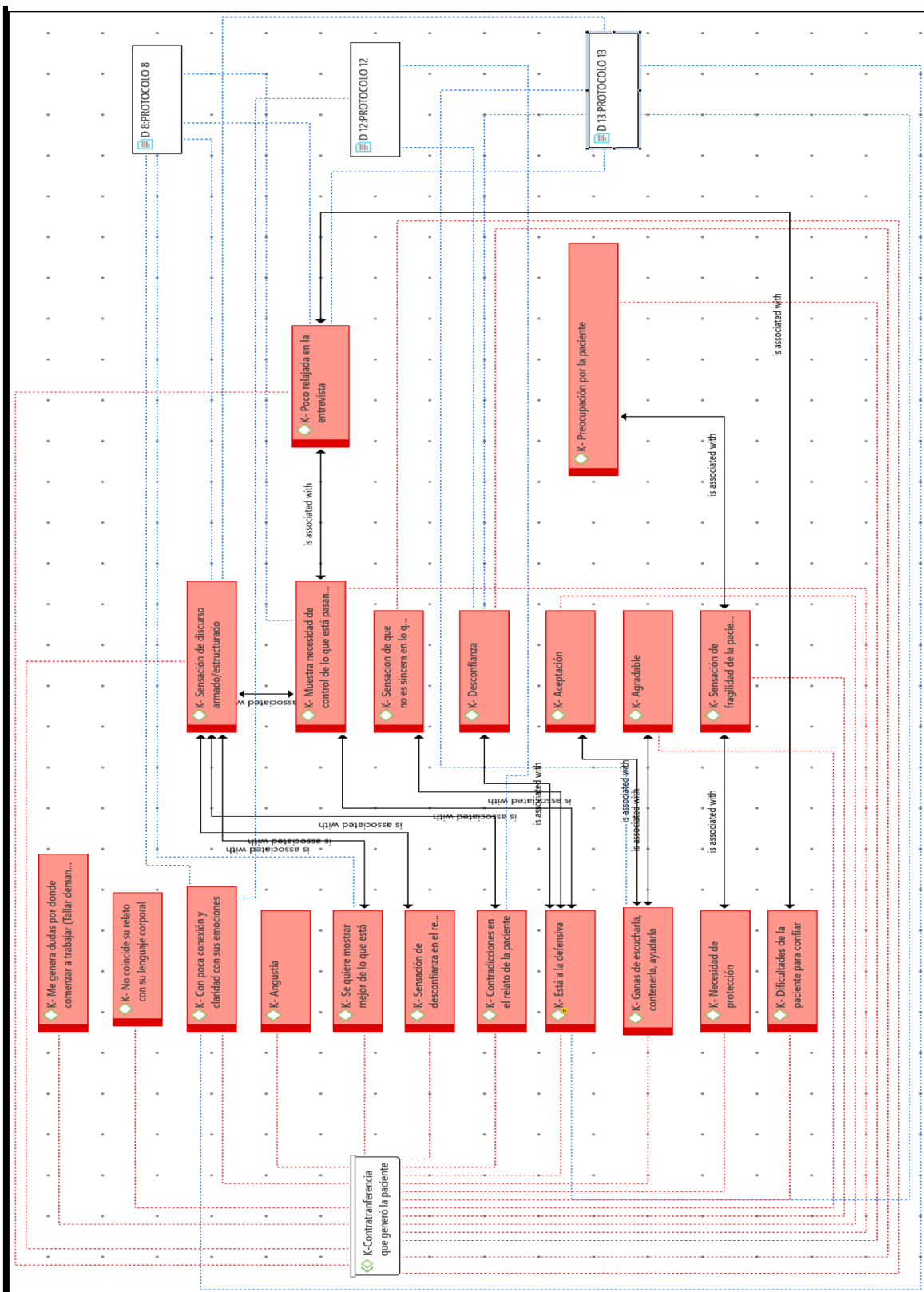
- **Utilizado por los tres entrevistados:** “Con poca conexión y claridad con sus emociones”.
- **Utilizados por dos de los entrevistados:** “Desconfianza”; “Está a la defensiva”; “Poco relajada en la entrevista” y “Sensación de discurso armado/estructurado”.

- **Utilizado por uno de los entrevistados:** “Muestra necesidad de control de lo que está pasando” y “Se quiere mostrar mejor de lo que está”

**Figura 25:** Jerarquización de los códigos de la categoría "contratransferencia" según el grado de coincidencia de utilización por parte de los terapeutas con más años de experiencia.



**Figura 26:** Red de códigos utilizados por entrevistados para describir lo sentido y pensado, durante la entrevista, por la paciente.



A raíz de la interpretación (intuitiva) de lo sentido durante la presentación de la paciente, los entrevistados en general (dos de los tres terapeutas que conforman el grupo) remarcaron la necesidad de repreguntar y explorar el significado de lo que esta iba diciendo, a fin de poder comprender su experiencia e ir trabajando en el motivo de consulta. Mostraron darle gran importancia a las interpretaciones que iban realizando a medida que la entrevista avanzaba, de lo que iban sintiendo y escuchando más allá de recolectar signos y síntomas que los llevaran a un cuadro diagnóstico. Ejemplo:

- *“Al principio cuando ella habla de que tuvo ataques de ansiedad y no explica muy bien qué es lo que ella entiende por un ataque de ansiedad, digamos. ¿A qué se refiere con un ataque de ansiedad, qué le hace pensar que es un ataque de ansiedad, de dónde sacó que eso es un ataque de ansiedad? sobre todo las representaciones de la sintomatología que ella refiere. ¿Qué está entendiendo? Digamos... Si estamos entendiendo lo mismo.”* (protocolo 8).

- *“Yo iría por el lado de qué le pasa realmente, de que describa un poco más sus sensaciones, que describa un poco más que le pasa. Ella en un momento dice como al pasar “Si hubiera venido hace dos semanas te diría que estaba angustiada, que no sé qué hacer con mi vida” y que se yo. Por ahí hubiera explorado un poquito eso... que le pasaba hace dos semanas. Hubiera explorado en esos sentimientos, porque lo que sentí es una chica con mucha defensa y nunca... Bueno no me quiero meter en lo teórico, pero es inevitable...”* (protocolo 13).

- *“Por ahí apuntaría, no quizás en la primera entrevista, por ahí en esta primera entrevista abordaría buscando más cual es el motivo de consulta, como para*

*que ella se vaya con una idea de porque vino a una consulta con un psicólogo. Como si yo tuviera que tomar una primera decisión en esa primera entrevista, hasta dónde vi, si yo tuviera a mi carga lo que resta de esa entrevista, apuntaría a ayudarla armar un motivo de consulta, porque si no vuelve. El problema no es que no vuelva, sino que va a seguir con los síntomas...”, “Claro porque me parece que es una paciente con mucha habilidad para defenderse, entonces si yo no indago desde lo que le pasa realmente y cuál sería su motivo de consulta real, me parece que la ayudaría a que se siga defendiendo y vaya por la vida con esto” ... “Ella no tiene un síntoma terapéutico planteado, para ella todavía es lo mismo ir al cardiólogo que al psicólogo desde lo que ella dice. Entonces, por ahí en un primer proceso apuntaría a que ella pueda identificar la diferencia entre ir a un cardiólogo y a un psicólogo, que son compatibles absolutamente, pero que apuntan al corazón, pero en distintas cuestiones. Uno desde lo real y otro desde lo simbólico”. (protocolo 13).*

También destacaron a las contradicciones en el discurso de la paciente y como estas generaron desconfianza en ellos: *“Por qué según veo, si es cierto lo que dice la paciente, que en un ratito así uno no puede ver si fabulo o si dijo mentira o si dijo la verdad, según veo en ningún momento ella menciona que, en su recorrido de medicina, o sea con médicos, intervenciones médicas, le hayan indicado que tiene que ir a un psicólogo. En ningún momento pasa eso. Y eso se ve bastante. A mí me parece que, lo que ella menciona, el libreto no sé cómo fue pensado, pero tiene muchísimas contradicciones ¿Es hipertenso o hipotenso? Por qué en un momento dice que es hipotensa y después dice que hipertensa.”).*

### 7.1.3 ¿Qué te generan los pacientes deprimidos?

A medida que la entrevista avanzó, su foco comenzó a descentrarse de lo observado en el video para dirigirse a los pacientes deprimidos. A raíz de ello, se les preguntó a los terapeutas qué les generaba los pacientes depresivos en general. En primer lugar, se destaca **“Impotencia”** y **“compasión”** siendo mencionado por dos de los terapeutas, seguido por: **“sueño”**; **“Ganas de ayudarlo”**; **“Cansancio”** y **“Adormecimiento”** con una mención ([ver figura 27](#)).

**Figura 27:** Códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le generan los pacientes deprimidos" por los terapeutas con más de 15 años de experiencia.

	8 PROTOCOLO...	12 PROTOCOLO...	13 PROTOCOLO...	Totales
	23	15	16	
● L- Adormecimiento	1	1		1
● L- Cansancio	2	1		1
● L- Compasión	3	1	1	2
● L- Ganas de ayudarlo	2	1		1
● L- Impotencia	4	1	1	2
● L- Sueño	1		1	1
Totales	5	1	2	8

Al comparar lo enunciado por los terapeutas sobre lo sentido con la paciente del video y lo sentido con pacientes que atraviesan un trastorno depresivo en general, se pudo observar la

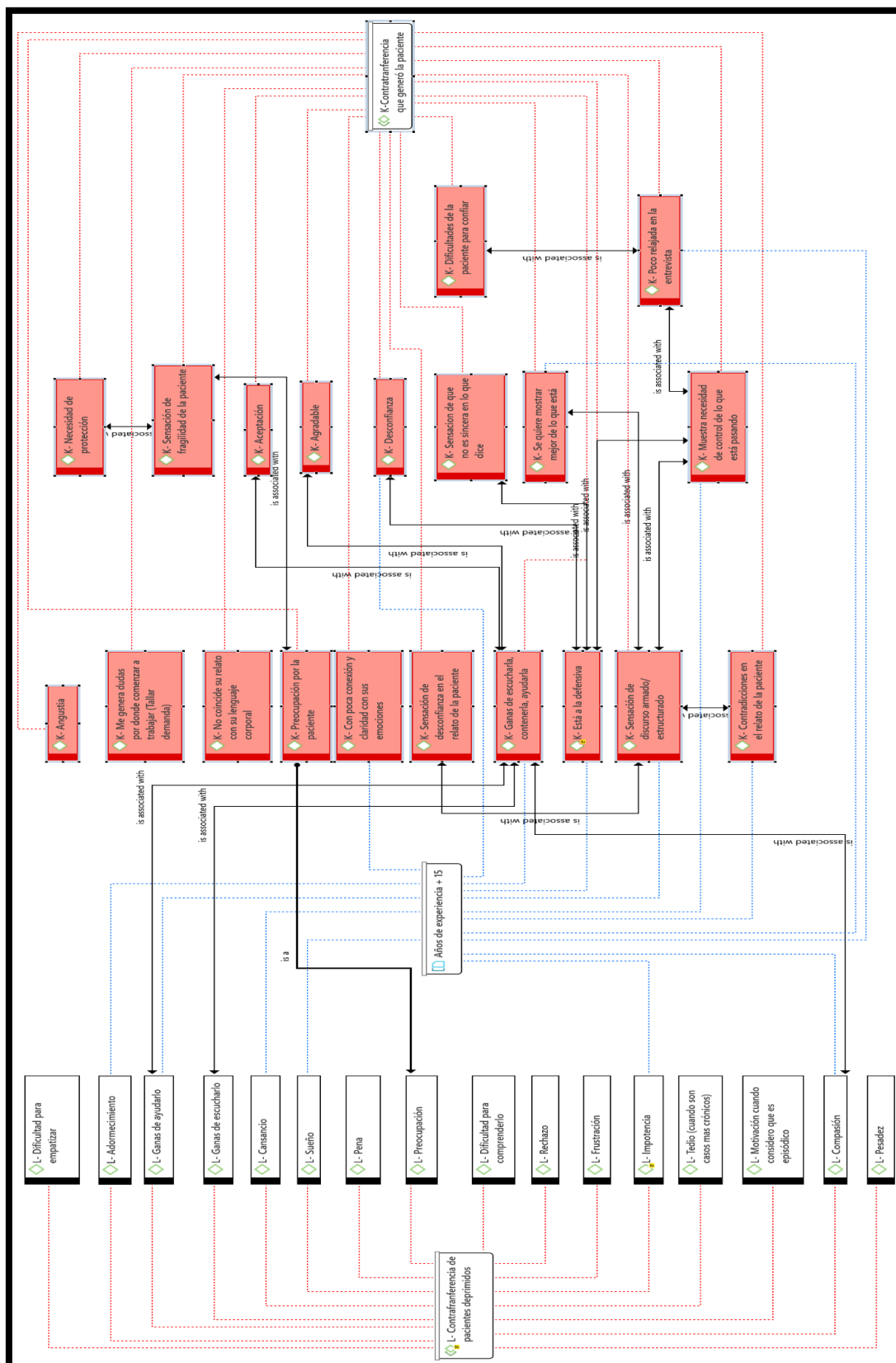
intercepción de un solo un ítem: “*ganas de ayudar*” (que al mismo tiempo se encuentra relacionado con la *compasión*).

A su vez, resulta interesante mencionar que los entrevistados aclararon que, en términos generales, al pensar en una persona deprimida la imagen que se les venía a la mente era la de una persona con un mayor grado de severidad y afección que lo observado en la paciente del video, lo que podría explicar la diferencia entre lo que le generó esta paciente en particular y un paciente deprimido en general.

Ante un paciente deprimido (con mayor implicancia sintomatológica) los entrevistados destacan mayor cantidad de reacciones negativas que pueden tender a generarles incomodidad, tales como: impotencia, cansancio, adormecimiento y sueño. Solamente un protocolo manifestó ganas de escucharlo y ayudarlo, en los restantes, primaron reacciones negativas en relación con los pacientes con cuadros depresivos. También aclaran que resulta importante tener en cuenta de la existencia de distintos tipos de cuadros depresivos con diversas formas de presentación clínica ([ver figura 28](#)).

- “Por ahí es un sesgo mío, pero... en principio si te tengo que describir una depresión lo describiría como algo bastante más severo que lo que presenta esta paciente y no porque no esté deprimido sino porque yo lo entiendo como más... para considerarlo una depresión lo tendría que ver con un tono emocional mucho más bajo con una cadencia contra transferencialmente lo tendría que experimentar... me cansan mucho las personas que están deprimidas. Me adormecen, me generan mucho sueño en la entrevista.” (protocolo 8).

Figura 28: Red comparativa de códigos utilizados por los entrevistados al referirse por lo pensado y sentido por la paciente del video estímulo y con pacientes en general.



- “En principio no son todos iguales, así que sería como... depende del grado de depresión y del tipo. Hay personas que tienen depresiones ansiosas dónde están deprimidas y están muy movedizos y activos, a diferencia de lo que uno puede imaginar que el deprimido llega arrastrando los pies. Parece que es variable. Después la imagen que tengo ya te digo, general es de tristeza... los mismos síntomas que podés encontrar en el DSM- IV o V. No sé, esta cosa de... de no tener ganas de nada, de meterse en la cama. Todos los síntomas que mencionó esta chica son de depresión. Entonces me viene a la cabeza eso, pero no me tengo que confundir por que un paciente deprimido no siempre está así. Hay pacientes deprimidos que están activos, porque tienen hijos, tienen que trabajar, porque... se traduce en amarguras en otras cosas.” (protocolo 12).

- “No, depende del tipo de depresión. La depresión puede ser un síntoma o puede ser un cuadro nosográfico o puede ser una reacción frente a un duelo o una crisis vital. Me parece que es cómo... y por otro lado tenemos la melancolía que es otra historia. Si yo sospechara de un cuadro depresivo primero que nada descartaría si no es una melancolía, qué es otra historia.” (protocolo 13).

#### **7.1.4 Ideas Preconcebidas**

Siguiendo con lo expuesto en el punto anterior, se exploró sobre la idea preconcebida que tenían los terapeutas sobre un paciente que cursa un cuadro depresivo. Dicha exploración se realizó a fin de poder comparar la existencia de coincidencias entre la imagen prototípica de los terapeutas y los síntomas resaltados al ver la entrevista.

A su vez, se buscó determinar la imagen prototípica de un paciente que cursa un cuadro depresivo según los terapeutas. Los códigos utilizados por los terapeutas para describir a los pacientes depresivos según su construcción mental son ([ver figura 29](#)):

- **El protocolo 8** (utilizó 12 códigos para describirlo): Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias), Aumento de conductas evitativas, Aumento de la queja, Consumo de alcohol y sustancias, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Dolor físico (sintomatología Física), Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas), Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de interés (anhedonia), Pérdida de productividad, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y Pérdida de ganas (anhedonia).

- **Protocolo 12** (utilizó 4 códigos): Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); ansioso (aumento del miedo, nervios); ganas de estar en la cama y pérdida de ganas (anhedonia).

- **El Protocolo 13** (utilizó 13 códigos en total): Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene); Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento); Pérdida de energía/ Voluntad (abulia); y Pérdida de ganas (anhedonia); Pérdida de interés (anhedonia); Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia); Visión negativa del futuro; Visión negativa del mundo; Pérdida de objetivos y proyectos futuros y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

Al relacionar y jerarquizar los códigos utilizados entre los distintos terapeutas del grupo se obtiene la siguiente valorización:

• **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Pérdida de ganas (anhedonia).

• **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Pérdida de energía/ Voluntad (abulia); Pérdida de interés (anhedonia); Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).

	8 PROTOCOLO 8.docx 23	12 PROTOCOLO 12.docx 15	13 PROTOCOLO 13.docx 16	Totales
G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio) 4	1			1
G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc) 8		1	1	2
G- Ansioso (aumento del miedo, nervios) 2		1		1
G- Aumento de conductas evitativas 5	1			1
G- Aumento de la queja 3	1			1
G- Consumo de alcohol y sustancias 1	1			1
G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higi... 12			2	2
G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monót... 9	1			1
G- Dolor físico (síntomatología Física) 1	1			1
G- Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañ... 1	1			1
G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento) 5			1	1
G- Ganas de estar en la cama 3		1		1
G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia) 8	1		1	2
G- Pérdida de ganas (anhedonia) 13	1	1	1	3
G- Pérdida de interés (anhedonia) 9	1		1	2
G- Pérdida de productividad 2	1			1
G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) 7	1		1	2
G- Visión negativa del futuro 3			1	1
G- Visión negativa del mundo 3			1	1
G-Pérdida de objetivos y proyectos futuros 3			2	2
G-Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacida... 4			1	1
<b>Totales</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

Imagen 1: Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a su representación mental de un persona que cursa un cuadro depresivo.

•**Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia); ansioso (aumento del miedo, nervios); Aumento de conductas evitativas, Aumento de la queja, Consumo de alcohol y sustancias, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Dolor físico (sintomatología Física), Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene); Dolor físico (sintomatología Física), Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento); ganas de estar en la cama; Visión negativa del futuro; Visión negativa del mundo; Pérdida de objetivos y proyectos futuros y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

Resulta interesante mencionar que, durante la exploración de la representación prototípica de los pacientes deprimidos, dos integrantes (protocolo 12 – terapeuta cognitivo conductual- y protocolo 13 – terapeuta psicodinámico-) resaltaron la necesidad e importancia de distinguir a un paciente que cursa un cuadro depresivo clásico (y esperado) de otro grupo de pacientes que suelen presentar características distintas y contrarias. En este caso los terapeutas lo describieron como: **Con energía; Discurso claro y racional, eventos estresantes de la vida sin respuesta emocional, Mayor vínculo con el polo ansioso y Sintomatología física** ([ver figura 29](#)).

**Figura 29:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo atípico.

	8 PROTOCOLO 8.docx 23	12 PROTOCOLO 12.docx 15	13 PROTOCOLO 13.docx 16	Totales
GG- Con energía	2	1		1
GG- Discurso Claro	2		1	1
GG- Discurso racional	2		1	1
GG- Eventos estresantes de la vida sin respuesta emocional	2		1	1
GG- Mayor vínculo con el polo ansioso	2	1		1
GG- Sintomatología física	2		1	1
Totales	0	2	4	6

### 7.1.5 Exploración de la sintomatología depresiva

En contraste con lo estudiado en el punto anterior y siendo esta una de las líneas de exploración que se realizó en las entrevistas, luego de preguntarle a los entrevistados sobre su parecer acerca de la paciente (en términos generales y que ya hemos analizado en los puntos anteriores), se indagó sobre la reflexión que estos elaboraron acerca de la paciente en términos diagnóstico y cómo había llegado a esa conclusión, a fin de poder explorar la sintomatología que relevaban. En general, los entrevistados realizaron una enumeración de sintomatología depresivos y/o ansiosos poniendo el foco primariamente en uno de los dos polos. Por ejemplo, el protocolo 8 realizó dos menciones de síntomas de carácter ansioso (aumento de conductas evitativas y necesidad de control) y el protocolo 12 de misma manera (miedo intenso y sudoración). En ambos casos destacaron los síntomas mencionados también dentro del espectro depresivo.

Al mismo tiempo, en el grupo de los síntomas depresivos, el análisis de las respuestas se realizó en dos tiempos: en uno de ellos se destacaron los primeros síntomas mencionados por los entrevistadores (los cuales pudieron haber sido mencionados previo a la pregunta en cuestión y de manera espontánea como por ejemplo, para describir lo que veía en la paciente del video estímulo) y el otro, siendo este más general y abarcativo, se incluyó la descripción sintomática general, independientemente del factor tiempo.

Al analizar la sintomatología consignados por los entrevistados resulta interesante aclarar que los entrevistados cuyo marco de referencia es el TCC describieron una menor cantidad de síntomas (13,5 códigos por participante) en comparación de los entrevistados con marco teórico psicodinámico (18 códigos).

El protocolo 12 utilizó 18 códigos para describir la presentación sintomática, el protocolo 8 utilizó 12 y el protocolo 13 utilizó 21. Entre los tres protocolos, los terapeutas utilizaron un total de 51 códigos ([ver Figura 30](#)).

**Figura 30:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo.

		8 PROTOCOLO 8.docx 23	12 PROTOCOLO 12.docx 15	13 PROTOCOLO 13.docx 16	Totales
● ◇ BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	16	2	1	1	4
● ◇ BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	9		1	2	3
● ◇ BB- Ansiedad (y sus síntomas)	8		2	1	3
● ◇ BB- Aumento de cansancio	2		1		1
● ◇ BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	10	1		1	2
● ◇ BB- Aumento de queja	2	1			1
● ◇ BB- Con antecedentes familiares de Trastornos emocionales	2			1	1
● ◇ BB- Con enfermedades frecuentes (ej. gripe, migrañas)	1	1			1
● ◇ BB- Consumo de alcohol y sustancias	1	1			1
● ◇ BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	14			2	2
● ◇ BB- Dificultad para confiar en los otros	3		1		1
● ◇ BB- Discurso entenebrecido	8	1			1
● ◇ BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.)	1			1	1
● ◇ BB- Ensimismado	5			1	1
● ◇ BB- Eventos estresantes de la vida (ej., abandono de alguien, muerte de familiar,...	10		1	1	2
● ◇ BB- Ganas de estar en la cama	16		2	1	3
● ◇ BB- Irritabilidad	4		1		1
● ◇ BB- Llanto recurrente	2		1		1
● ◇ BB- Mas activo de lo habitual	1		1		1
● ◇ BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	9		1		1
● ◇ BB- Pérdida de energía/voluntad	15	1	1	1	3
● ◇ BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	19	1	1	1	3
● ◇ BB- Pérdida de interés	10	1		1	2
● ◇ BB- Pérdida de motivación	9			1	1
● ◇ BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	5		1	2	3
● ◇ BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	13	1	1	1	3
● ◇ BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	13		1		1
● ◇ BB- Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico)	1	1			1
● ◇ BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	6			1	1
● ◇ BB- Visión negativa del futuro	4			1	1
<b>Totales</b>		<b>12</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>51</b>

En relación con la sintomatología depresiva general, los entrevistados mencionaron:

- **Protocolo 8:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.), aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), aumento de queja, con enfermedades frecuentes (ej. gripe), consumo de alcohol y sustancia, discurso enlentecido, síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico), pérdida de energía/voluntad, pérdida de ganas (anhedonia), pérdida de interés, pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).

- **Protocolo 12:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.), ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), ansiedad (y sus síntomas), aumento de cansancio, dificultad para confiar en los otros, eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), ganas de estar en la cama, irritabilidad, llanto recurrente, más activo de lo habitual, pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), pérdida de energía/voluntad, pérdida de ganas (anhedonia), pérdida de objetivos y proyectos futuros, pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y recurrencia (episodios depresivos previos).

- **Protocolo 13:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.), ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), ansiedad (y sus síntomas), con antecedentes familiares de Trastornos emocionales, aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), ensimismado, eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), ganas de estar en la cama, pérdida de energía/voluntad, pérdida de ganas

(anhedonia), pérdida de interés, pérdida de motivación, pérdida de objetivos y proyectos futuros, pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.), visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.) y visión negativa del futuro.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.), pérdida de energía/voluntad, pérdida de ganas (anhedonia) y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), ansiedad (y sus síntomas), aumento de conductas evitativas (estrategias de afrontamiento disfuncional), eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), ganas de estar en la cama, pérdida de interés, pérdida de objetivos y proyectos futuros,
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** aumento de cansancio, con antecedentes familiares de trastornos emocionales, con enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.), consumo de alcohol y sustancia, descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), dificultad para confiar en los otros, discurso enlentecido, síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico), ensimismado, irritabilidad, llanto recurrente, más activo de lo habitual, pensamiento repetitivo negativo

- (rumiación), pérdida de motivación, recurrencia (episodios depresivos previos), visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.) y visión negativa del futuro.

Al analizar el grupo de los primeros síntomas depresivos se obtuvo un total de 27 códigos entre los que se destacan ([ver figura 31](#)):

- **Protocolo 8:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.), pérdida de energía/voluntad, pérdida de ganas (anhedonia), pérdida de interés y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- **Protocolo 12:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.), ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), ansiedad (y sus síntomas). aumento de cansancio, dificultad para confiar en los otros), ganas de estar en la cama, irritabilidad, llanto recurrente, pensamiento repetitivo negativo (rumiación), pérdida de energía/voluntad, pérdida de objetivos y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- **Protocolo 13:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.), ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), ganas de estar en la cama, eventos estresantes de la vida y síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión).

**Figura 31:** Listado de códigos de primeros síntomas utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo.

		8 PROTOCOLO... "n" 23	12 PROTOCOLO... "n" 15	13 PROTOCOLO... "n" 16	Totales
A- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnio)	"n" 11	2	1	1	4
A- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	"n" 6		1	2	3
A- Ansiedad (y sus síntomas)	"n" 3		1		1
A- Aumento de conductas evitativas	"n" 2			1	1
A- Cansancio	"n" 1		1		1
A- Dificultad para confiar en los otros	"n" 2		1		1
A- Eventos estresantes de la vida	"n" 7			1	1
A- Ganas de estar en la cama	"n" 6		1	1	2
A- Irritabilidad	"n" 3		1		1
A- Llanto recurrente	"n" 1		1		1
A- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación)	"n" 3		1		1
A- Pérdida de energía/voluntad	"n" 8	2	1		3
A- Pérdida de ganas (anhedonia)	"n" 8	2			2
A- Pérdida de interés	"n" 2	1			1
A- Pérdida de objetivos	"n" 1		1		1
A- Pérdida o disminución del disfrute	"n" 3	1	1		2
A- Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensi...	"n" 1			1	1
Totales		8	12	7	27

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.).
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), ganas de estar en la cama, pérdida de energía/voluntad y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Ansiedad (y sus síntomas), aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), aumento de

cansancio, dificultad para confiar en los otros), eventos estresantes de la vida, irritabilidad, llanto recurrente, pensamiento repetitivo negativo (rumiación), pérdida de ganas (anhedonia), pérdida de interés, pérdida de objetivos y síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión).

Al realizar la intercepción entre los códigos utilizados por los terapeutas para describir sintomáticamente a un paciente con un trastorno depresivo y los códigos utilizados para registrar los primeros síntomas depresivos se obtiene la siguiente clasificación:

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados:**

Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.).

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados:** ánimo

deprimido (tristeza, angustia, etc.), ganas de estar en la cama, pérdida de energía/voluntad y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los un entrevistado:** dificultad

para confiar en los otros, irritabilidad, llanto recurrente, pensamiento repetitivo negativo (rumiación) y síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión).

Existen códigos que al ser estudiados en la intercepción mencionada anteriormente muestran ciertas diferencias. Por ejemplo:

- **Códigos que no han sido mencionados por los entrevistados espontáneamente, pero si cuando se le piden que describan los síntomas característicos de una persona que presente un cuadro depresivo:** Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional); Aumento de queja; Con enfermedades frecuentes (ej. gripe, migrañas); Consumo de alcohol y sustancias; Discurso enlentecido; Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.); Más activo de lo habitual; Recurrencia (episodios depresivos previos) y Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico).

- **Códigos que se han mencionado en mayor medida cuando se pide que describan a un paciente con síntomas depresivos que de manera espontánea o cuando describen a la paciente del video estímulo:** Ansiedad, aumento de conductas evitativas, eventos estresantes de la vida, pérdida de energía, pérdida de ganas, pérdida de interés, pérdida de objetivos, pérdida o disminución del disfrute.

Se ha observado la existencia de diferencias significativas en la descripción sintomatológica cuando el factor tiempo es tomado en cuenta. Por ejemplo, cuando este no es tenido en cuenta, los entrevistados realizan una descripción más robusta y variada donde se encuentran un mayor número de coincidencias en los síntomas mencionados obteniéndose un paisaje descriptivo más amplio y profundo.

Al ingresar el factor tiempo en el análisis, el número de síntomas utilizados para realizar la descripción y de coincidencias desciende significativamente.

Así mismo, existen códigos que han sido utilizados por todos los protocolos en ambas situaciones lo cual hace suponer que presentan mayor potencia y accesibilidad. Entre estos se destaca principalmente **Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.)**, el cual fue nombrado en ambos grupos por todos los protocolos, seguido por “**ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)**, **ganas de estar en la cama, pérdida de energía/voluntad y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)**”, los cuales fueron utilizados por dos de los tres terapeutas en ambos análisis.

#### ***7.1.6 Comparación entre la descripción sintomática general (código BB) y la descripción prototípica (código G)***

También resulta interesante realizar una comparación entre las respuestas brindada por los entrevistados sobre la descripción general de un paciente que atraviesa un trastorno depresivo (descripción dirigida a explorar la imagen general y prototípica a partir de los recuerdos y experiencia del entrevistado expresado bajo código G) y la descripción sintomática general de la paciente presentada en el video (expresado bajo el código BB).

Al entrecruzar los datos, se observa la existencia de códigos que han sido nombrados en ambas ocasiones entre los que se destaca:

- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)
- Aumento de la queja
- Consumo de alcohol y sustancias
- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)

- Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas)
- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)
- Pérdida de ganas (anhedonia)
- Pérdida de interés (anhedonia)
- Visión negativa del futuro
- Visión negativa del mundo

Dicho grupo es posible de ser ordenado jerárquicamente iniciando por los códigos que han sido nombrados por los tres terapeutas, luego por dos y finalizando por uno.

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados en ambos grupos:** Pérdida de ganas (anhedonia),
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados en ambos grupos:** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Pérdida de interés (anhedonia)
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los un entrevistado en ambos grupos:** Aumento de la queja, Consumo de alcohol y sustancias, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), discurso alterado, Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Visión negativa del futuro y Visión negativa del mundo.

Adicionalmente existen códigos nombrados en ambos grupos pero que han sufrido variaciones (nombrados más entrevistados en una de las oportunidades), entre los que se destaca:

- **Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Ansioso (aumento del miedo, nervios):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Ganas de estar en la cama:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Pérdida de energía/ Voluntad (abulia):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Pérdida de objetivos y proyectos futuros:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).

- **Aumento de conductas evitativas:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).

También resulta posible mencionar la existencia de códigos utilizados solamente para describir a la sintomatología de la paciente del video estímulo y no al solicitarles la descripción prototípica de un paciente que atraviesa un cuadro depresivo:

- Aumento de cansancio
- Con antecedentes familiares de Trastornos emocionales
- Dificultad para confiar en los otros
- Eventos estresantes de la vida (ej., abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)
- Irritabilidad
- Llanto recurrente
- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)
- Pérdida de motivación
- Recurrencia (episodios depresivos previos)

Se han observado códigos presentes cuando los entrevistados realizaron la descripción prototípica pero que no han sido mencionados al describir la sintomatología de la paciente:

- Dolor físico (sintomatología Física)
- Pérdida de productividad

- Visión negativa del mundo

A raíz del análisis comparativo entre las descripciones que realizaron los entrevistados se observó una mayor utilización (en general) de códigos al describir a la sintomatología de la paciente presente en el video estímulo (29 códigos) que al describir a una persona que atraviesa un cuadro depresivo prototípico (códigos 21) siendo tres solamente los códigos utilizados únicamente para describir a la imagen prototípica ([ver Tabla 3](#)).

#### ***7.1.7 Factores de riesgo***

A fin de completar el análisis del cuadro psicopatológico se le preguntó a los entrevistados sobre qué factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo conocían. Los tres entrevistados seleccionaron un total de 20 códigos siendo el entrevistado con marco teórico psicodinámico quien nombro un mayor número de factores de riesgo (8 códigos). Los códigos estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

**Tabla 3:** Cuadro comparativo entre imagen prototípica y descripción sintomática de la paciente.

Descripción general de la paciente	PROTO COLO 8	PROTO COLO 12	PROTO COLO 13	Totales	Ideas Prototípicas	PROTO COLO 8	PROTO COLO 12	PROTO COLO 13	Totales
• BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio) Gr=16	2	1	1	4	• G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio) Gr=4	1	0	0	1
• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc) Gr=9	0	1	2	3	• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc) Gr=8	0	1	1	2
• BB- Ansiedad (y sus síntomas) Gr=8	0	2	1	3	• G- Ansioso (aumento del miedo, nervios) Gr=2	0	1	0	1
• BB- Aumento de cansancio Gr=2	0	1	0	1					
• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional) Gr=10	1	0	1	2	• G- Aumento de conductas evitativas Gr=5	1	0	0	1
• BB- Aumento de queja Gr=2	1	0	0	1	• G- Aumento de la queja Gr=3	1	0	0	1
• BB- Con antecedentes familiares de Trastornos emocionales	0	0	1	1					
• BB- Consumo de alcohol y sustancias Gr=1	1	0	0	1	• G- Consumo de alcohol y sustancias Gr=1	1	0	0	1
					• G- Dolor físico (síntomatología Física)	1	0	0	1
• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.) Gr=14	0	0	2	2	• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	2	2
• BB- Dificultad para confiar en los otros Gr=3	0	1	0	1					
• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono) Gr=8	1	0	0	1	• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono) Gr=9	1	0	0	1
• BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertension, migrañas, etc.)	1	0	1	1	• G- Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas)	1	0	0	1
• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	1	1	• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento) Gr=5	0	0	1	1
• BB- Eventos estresantes de la vida (ej., abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	1	1	2					
• BB- Ganas de estar en la cama	0	2	1	3	• G- Ganas de estar en la cama	0	1	0	1
• BB- Irritabilidad Gr=4	0	1	0	1					
• BB- Llanto recurrente Gr=2	0	1	0	1					

- **Protocolo 8 (6):** Consumo de drogas o alcohol; Estilo relacional familiar; Eventos estresantes de la vida; Recurrencias (Episodios depresivos previos); Violencia familiar y Vulnerabilidad Social.

- **Protocolo 12 (6):** Consumo de drogas o alcohol; Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo), médicas (en general) y oncológicas; Eventos estresantes de la vida y Falta o dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores.

- **Protocolo 13 (8):** Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro; Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo); Eventos estresantes de la vida; Falta de elaboración de pérdidas; Menopausia; Red de apoyo (ausencia o escasa); Reiteradas pérdidas personales y Vulnerabilidad Social.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción ([ver Figura 33](#)):

- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Eventos estresantes de la vida
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Consumo de drogas o alcohol; Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, diabetes, etc.) y Vulnerabilidad Social.

- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Estilo relacional familiar; Recurrencias (Episodios depresivos previos); Violencia familiar; dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores; Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro; Falta

de elaboración de pérdidas; Menopausia; Red de apoyo (ausencia o escasa) y Reiteradas pérdidas personales.

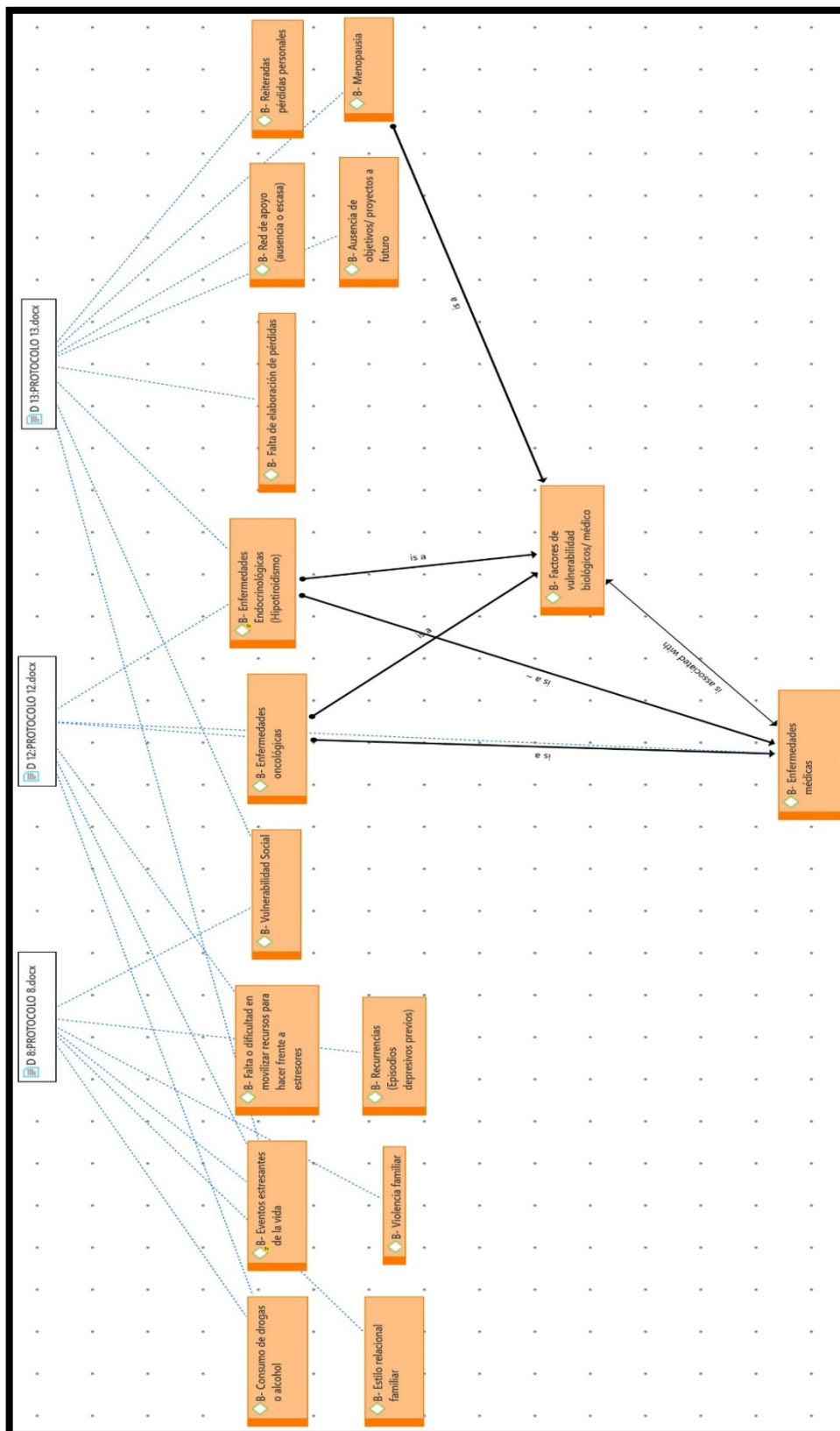
Cabe mencionar que la entrevistada correspondiente al protocolo 12 remarco la existencia, no solo factores de riesgo sino también la existencia de factores protectores, entre los que detalla:

- Estilo de afrontamiento
- Tener hijos
- Tener trabajo

Se realizó la comparación entre los factores de riesgo (código B), los códigos utilizados para realizar la descripción sintomática de la paciente del video (cód. BB) y los códigos utilizados para describir a un paciente prototípico (cód. G). De dicha comparación se obtuvo que:

- Así como se utilizaron menos códigos al describir la imagen prototípica de un paciente deprimido en comparación de los códigos utilizados para describir a la sintomatología de la paciente del video, al enumerar los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo, los entrevistados también utilizaron una menor cantidad de códigos. **Posiblemente esto se vea producido por el aumento de la complejidad de la tarea y la quita de soportes de ayuda (videgrabación) ([ver Tabla 3](#)).**

**Figura 32:** Red de códigos utilizados por los entrevistados al referirse a vulnerabilidades biológicas o médicas.



- Existen códigos que han sido compartidos en los 3 grupos:
  - **Pérdida de objetivos/ proyectos a futuro:** Fue mencionado en el protocolo 13 en las tres ocasiones.
  - **Enfermedades médicas:** fue mencionado por el protocolo 8 en la descripción sintomática de la paciente y en la descripción prototípica y mencionado por el protocolo 12 al mencionar factores de riesgo.
  
- Existen códigos que han sido compartidos en dos grupos:
  - **Consumo de drogas o alcohol:** Este código fue mencionado por un entrevistado cuando se realiza la descripción a partir de la paciente del video estímulo y dos veces al solicitarles que mencionen factores de riesgos.
  - **Eventos estresantes de la vida:** Los tres entrevistados la mencionaron al referirse como factores de riesgo.
  - **Recurrencias (Episodios depresivos previos)**
  
- Existen códigos que han sido mencionados solamente al solicitarles factores de riesgo:
  - **Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo)**
  - **Enfermedades oncológicas**
  - **Estilo relacional familiar**

- **Falta de elaboración de pérdidas**
- **Falta o dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores**
- **Menopausia**
- **Violencia familiar**
- **Vulnerabilidad Social**

### ***7.1.8 Comorbilidad***

Por último, dada la alta tasa de comorbilidad presente entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos y la dificultad que en diversas oportunidades se encuentra el psicoterapeuta al distinguir la sintomatología de ambos trastornos (Brown & Barlow, 2002; Genise, 2019; Watson, 2005), se exploró si los entrevistados relevaban sintomatología ansiosa en la paciente del video y posibles evaluar coincidencias con la descripción sintomatológica depresiva.

Vale mencionar que, desde una mirada dimensional, ambos trastornos pueden ser agrupados bajo la psicopatología internalizante, la cual se destaca por la tendencia a un comportamiento sobrecontrolados (Genise, 2019; Griffith et al., 2010) y altos niveles de neuroticismo o afecto negativo (en los trastornos depresivos se observan bajos niveles de afecto positivo mientras que en los trastornos de ansiedad se destaca una hiperactivación fisiológica) (Clark & Watson, 1991).

El análisis dimensional y su núcleo en rasgos temperamentales (neuroticismo/ afecto negativo y afecto positivo) buscando superar las limitaciones encontradas en el modelo

**Tabla 4:** Cuadro comparativo de códigos utilizados para la descripción sintomatológica de la paciente, de la imagen prototípica y de los factores de riesgo (continúa).

FACTORES DE RIESGO (B)	PROTOCOL			DESCRIPCIÓN SINTOMÁTICA DE LA PACIENTE (BB)	PROTOCOL			DESCRIPCIÓN PROTOTÍPICA (G)	PROTOCOL			Totales
	O 8	O 12	O 13		O 8	O 12	O 13		O 8	O 12	O 13	
• B- Pérdida de objetivos/ proyectos a futuro	0	0	1	• BB- Alteraciones en el sueño, (insomnio)	1	1	1	• G- Alteraciones en el sueño (insomnio, Hipersomnio)	1	0	0	1
• B- Consumo de drogas o alcohol	1	1	0	• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	0	1	1	• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	0	1	1	2
• B- Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo)	0	1	1	• BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	1	1	• G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	0	1	0	1
• B- Enfermedades médicas	0	1	0	• BB- Aumento de cansancio	0	1	0	• G- Aumento de conductas evitativas	1	0	0	1
• B- Enfermedades oncológicas	0	1	0	• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	0	1	• G- Aumento de la queja	1	0	0	1
• B- Estilo relacional familiar	1	0	0	• BB- Aumento de queja	1	0	0	• G- Consumo de alcohol y sustancias	1	0	0	1
• B- Eventos estresantes de la vida	1	1	1	• BB- Con antecedentes familiares de Trastornos emocionales	0	0	1	• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	1	1
• B- Falta de elaboración de pérdidas	0	0	1	• BB- Consumo de alcohol y sustancias	1	0	0	• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	0	0	1
• B- Falta o dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores	0	1	0	• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	0	0	1	• G- Dolor físico (sintomatología Física)	1	0	0	1
• B- Menopausia	0	0	1	• BB- Dificultad para confiar en los otros	0	1	0	• G- Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas)	1	0	0	1
• B- Recurrencias (Episodios depresivos previos)	1	0	0	• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	0	0	• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	1	1
• B- Red de apoyo (ausencia o escasa)	0	0	1	• BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertension, migrañas, etc.)	1	0	1	• G- Ganas de estar en la cama	0	1	0	1
• B- Reteradas pérdidas personales	0	0	1	• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	1	• G- Pérdida de energía /Voluntad (abulia)	1	0	1	2
• B- Violencia familiar	1	0	0	• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	1	1	• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	3
• B- Vulnerabilidad Social	1	0	1	• BB- Ganas de estar en la cama	0	1	1	• G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	2

FACTORES DE RIESGO (B)	PROT. O. 8	PROT. O. 12	PROT. O. 13	Totales	DESCRIPCIÓN SIMTOMÁTICA DE LA PACIENTE (BB)	PROT. OLO 8	PROT. OLO 12	PROT. OLO 13	Totales	DESCRIPCIÓN PROTOTÍPICA (G)	PROT. OLO 8	PROT. OLO 12	PROT. OLO 13	Totales
• B- Pérdida de objetivos/ proyectos a futuro	0	0	1	1	• BB- Alteraciones en el sueño (insomnio)	1	1	1	3	• G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	1	0	0	1
• B- Consumo de drogas o alcohol	1	1	0	2	• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	0	1	1	2	• G- Aumo deprimido (tristeza, angustia, etc)	0	1	1	2
• B- Enfermedades Endocriniológicas (Hipotiroidismo)	0	1	1	2	• BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	1	1	2	• G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	0	1	0	1
• B- Enfermedades médicas	0	1	0	1	• BB- Aumento de cansancio	0	1	0	1	• G- Aumento de conductas evitativas	1	0	0	1
• B- Enfermedades oncológicas	0	1	0	1	• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	0	1	2	• G- Aumento de la queja	1	0	0	1
• B- Estilo relacional familiar	1	0	0	1	• BB- Aumento de queja	1	0	0	1	• G- Consumo de alcohol y sustancias	1	0	0	1
• B- Eventos estresantes de la vida	1	1	1	3	• BB- Con antecedentes familiares de Trastornos emocionales	0	0	1	1	• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	1	1
• B- Falta de elaboración de pérdidas	0	0	1	1	• BB- Consumo de alcohol y sustancias	1	0	0	1	• G- Discorso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	0	0	1
• B- Falta o dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores	0	1	0	1	• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	0	0	1	1	• G- Dolor físico (sintomatología Física)	1	0	0	1
• B- Menopausia	0	0	1	1	• BB- Dificultad para confiar en los otros	0	1	0	1	• G- Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas)	1	0	0	1
• B- Recurrencias (Episodios depresivos previos)	1	0	0	1	• BB- Discorso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	0	0	1	• G- Enajenado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	1	1
• B- Red de apoyo (ausencia o escasa)	0	0	1	1	• BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.)	1	0	1	2	• G- Ganas de estar en la cama	0	1	0	1
• B- Retenidas pérdidas personales	0	0	1	1	• BB- Enajenado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	1	1	• G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	1	0	1	2
• B- Violencia familiar	1	0	0	1	• BB- Eventos estresantes de la vida (ej., abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	1	1	2	• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	3
• B- Vulnerabilidad Social	1	0	1	2	• BB- Ganas de estar en la cama	0	1	1	2	• G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	2
					• BB- Irritabilidad	0	1	0	1	• G- Pérdida de productividad	1	0	0	1
					• BB- Lento recurrente	0	1	0	1	• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	0	1	2
					• BB- Mas activo de lo habitual	0	1	0	1	• G- Visión negativa del futuro	0	0	1	1
					• BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	0	1	0	1	• G- Visión negativa del mundo	0	0	1	1
					• BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	1	3	• G- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	1	1
					• BB- Pérdida de interés	1	0	1	2					
					• BB- Pérdida de motivación	0	0	1	1					
					• BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	1	1	2					
					• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	1	1	3					
					• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	0	1	0	1					
					• BB- Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico)	1	0	0	1					
					• BB- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	0	0	1	1					
					• BB- Visión negativa del futuro	0	0	1	1					
<b>TOTALES</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>TOTALES</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>27</b>

categorial propone unificar ambas problemáticas bajo el constructo “trastornos emocionales” (Brown & Barlow, 2009).

Según Barlow et al. (2014) los trastornos emocionales presentan las siguientes características:

A. Predisposición de la persona a experimentar frecuentemente intensas emociones negativas.

B. Reacción aversiva a la experiencia emocional en sí misma, impulsada por la disminución del sentido de control del individuo y la valoración negativa de la emoción: Ante cada experiencia emocional nos enfrentaremos a una valoración de dicha emoción. Incluso, se ha argumentado que, es la interpretación o reacción que realiza un individuo de la experiencia emocional, más que la experiencia emocional en sí, lo que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la patología (Barlow, 1991). Las reacciones adversas a las experiencias emocionales se encuentran asociada a una serie de factores tales como la sensación de incontrolabilidad e imprevisibilidad de la experiencia emocional conduciendo a la dificultad para tolerar experiencias subjetivas desagradables y una falta de utilidad percibida en relación con una meta. Se suele estimular las expectativas de consecuencias negativas interpersonales (como, por ejemplo, evaluación negativa del contexto). Existe una amplia evidencia que indica que las personas con ansiedad y trastornos depresivos reaccionan de una manera más aversiva y aceptan menos la experiencia de las emociones negativas que las personas que no presentan dichas dificultades (Bullis et al., 2019).

C. El individuo realiza esfuerzos para amortiguar, escapar o evitar la experiencia emocional, ya sea de forma preventiva o como reacción al inicio de un estado emocional negativo.

D. Los síntomas enumerados no se debe a alteraciones de la experiencia emocional representada por un déficit primario, de dificultades similares vinculadas a déficit secundarios, tales como en el TDAH (Bullis et al., 2019).

El análisis de las respuestas dadas permitió observar ([ver Figura 33](#)):

- **No hubo ningún código mencionado por los tres entrevistados: 0**
- **No hubo ningún código mencionado por dos entrevistados: 0**
- **Códigos mencionados por uno de los entrevistados:**
  - Aumento de las conductas evitativas
  - Miedo intenso
  - Necesidad de control
  - Sudoración

**Figura 33:** Síntomas ansiosos mencionados por los entrevistados observados en la paciente del video estímulo.

	8 PROTOCOLO 8.docx 23	12 PROTOCOLO 12.docx 15	13 PROTOCOLO 13.docx 16	Totales
◇ C- Aumento de conductas evitativas	5 1			1
◇ C- Miedo intenso	3	1		1
◇ C- Necesidad de control	2 1			1
◇ C- Sudoración	8	1		1
Totales	2	2	0	4

Siguiendo con lo expuesto se exploró la concurrencia de los códigos utilizados para marcar la sintomatología ansiosa en otras categorías de códigos:

- **AUMENTO DE CONDUCTAS EVITATIVAS**

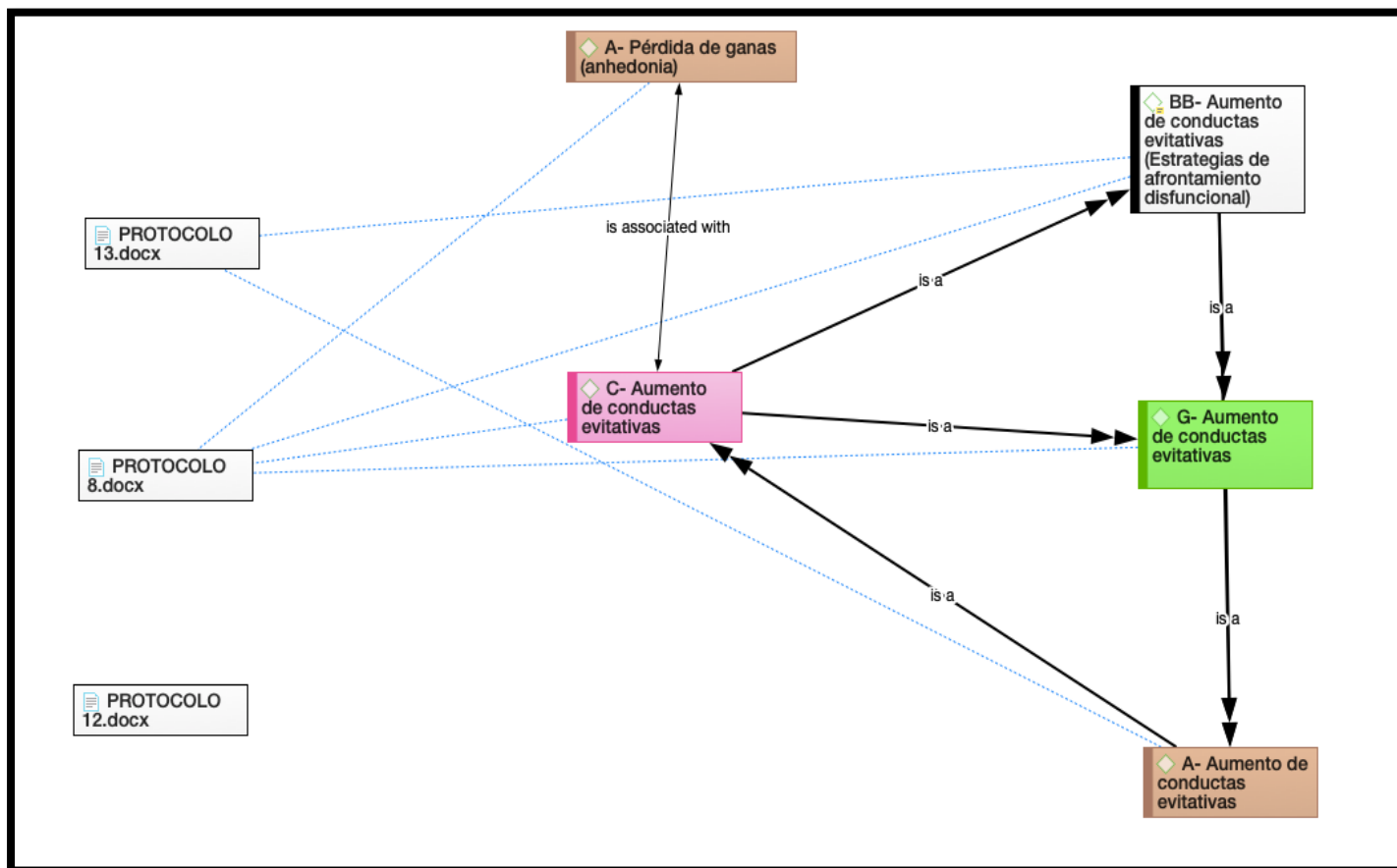
El afrontamiento es un proceso dinámico que fluctuará a lo largo del tiempo de acuerdo con la evaluación que realice la persona de una demanda determinada o a la evaluación de una situación. El afrontamiento es un factor estabilizador que ayuda a mantener el ajuste psicológico frente al stress (Moos & Holahan, 2003). Según Elfaoumy (2018) el estilo de afrontamiento evitativas (con su utilización de conductas de escape) se encuentra asociado a altos niveles de neuroticismo (en pacientes deprimidos se acompaña con bajos niveles de extraversión) ([ver Figura 34](#)).

- **PROTOCOLO 8:** mencionó a las conductas evitativas como síntomas tanto de los trastornos de ansiedad como de los trastornos depresivos. En este último grupo, menciona a la conducta dentro del grupo de los primeros síntomas depresivos, así como también para describir a la imagen prototípica. A su vez, el entrevistado destacó a la pérdida de ganas como uno de los primeros síntomas siendo este relacionado con el aumento de conductas evitativas.

- **PROTOCOLO 12:** No la mencionó en ninguna de las instancias.

- **PROTOCOLO 13:** El entrevistado no mencionó a las conductas evitativas como síntomas ansiosos, pero sí lo utilizó para describir a la sintomatología depresiva. Estuvo ubicado dentro del grupo de primeros síntomas.

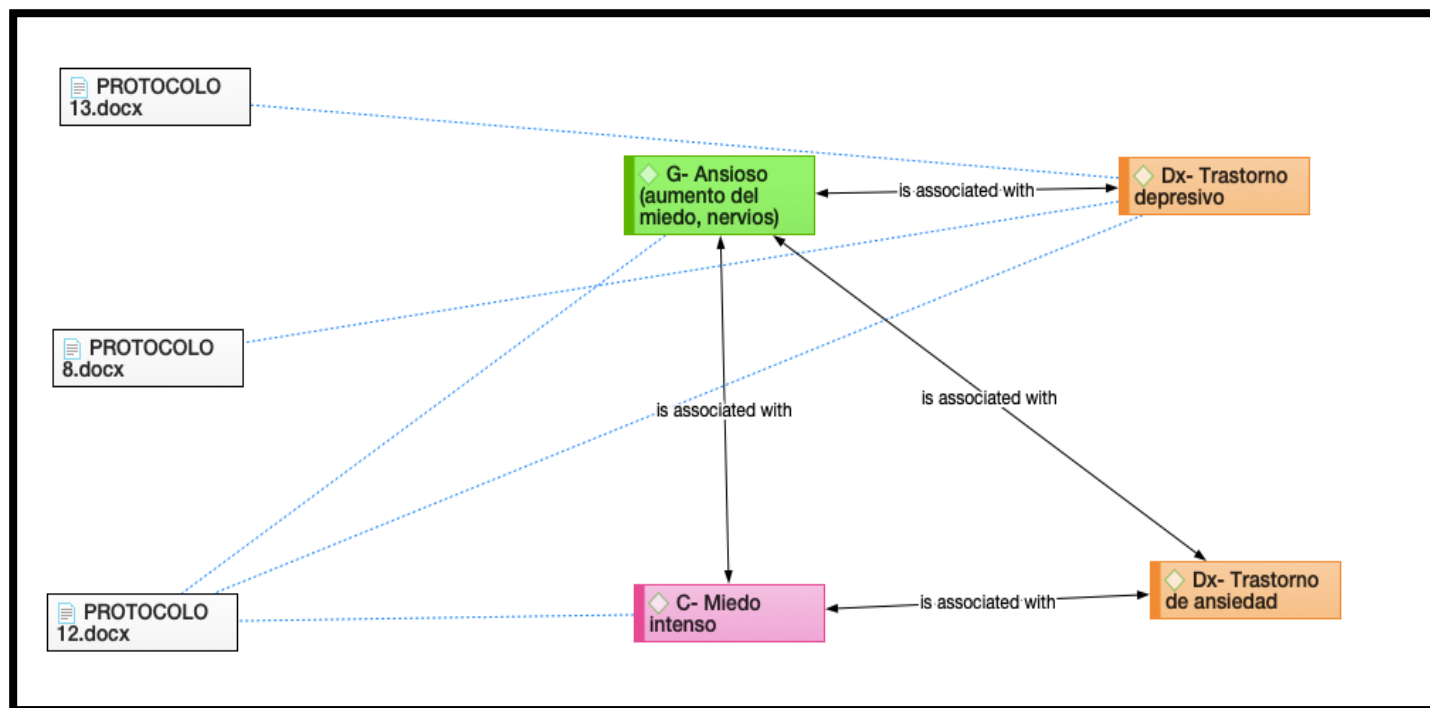
**Figura 34:** Red del código Aumento de conductas evitativas utilizados para describir distintas sintomatologías.



- **MIEDO INTENSO**

Este código fue utilizado solo por el entrevistado del protocolo 12 tanto para describirlo cómo síntoma vinculado a trastorno de ansiedad como también al describir la imagen prototípica de un paciente depresivo ([ver Figura 35](#)).

**Figura 35:** Red del código Miedo Intenso utilizado por los terapeutas más experimentados de la muestra.



- **NECESIDAD DE CONTROL**

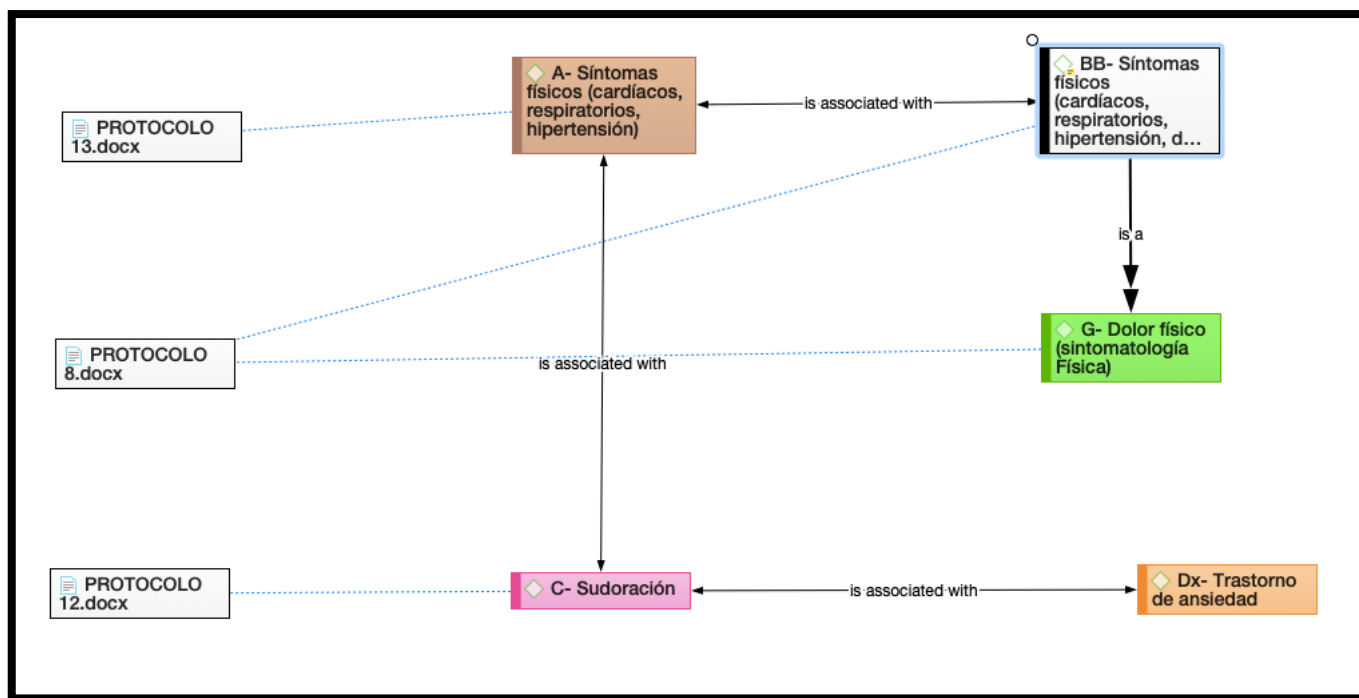
Este código fue utilizado solo por el protocolo 8 como síntoma ansioso y no fue utilizado por ningún miembro del grupo en otra instancia.

- **SUDORACIÓN**

Este código fue utilizado por el protocolo 12 solamente, como sintomatología física específica de los trastornos de ansiedad. El mismo grupo de protocolos mencionó otra sintomatología física características de los trastornos depresivos con cierta vinculación al código

en cuestión. Este código fue nombrado como “Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico)” mencionado por el protocolo 8 y el protocolo 13 como síntoma característico del trastorno depresivo ([ver Figura 36](#)).

**Figura 36:** Red del código "Sudoración" utilizado por el grupo de protocolos con más de 15 años de experiencia



### 7.1.9 Análisis integrador

El grupo de terapeutas de mayor experiencia de la muestra (más de 15 años de experiencia) se encuentra conformado por dos varones (protocolo 8 y 13) y una mujer (protocolo 12). Dos de los terapeutas (protocolo 8 y 12) tiene como marco teórico a la terapia cognitiva conductual y el restante a la teoría psicodinámica (protocolo 13).

El comienzo de la entrevista se dio a través de preguntas abiertas y generales que permitieran apreciar los primeros movimientos que los terapeutas van realizando ante un nuevo paciente para luego si, realizar preguntas más específicas y cerradas.

En principio resulta interesante mencionar que, en términos generales los integrantes del grupo sostienen que para recopilar la información necesaria para poder comprender que le sucede a la paciente suelen basarse en tres fuentes de información:

- A- **Lenguaje verbal:** Como inicia el relato el paciente, lo que omite en su relato, cómo responde a las preguntas (como relata lo que le pasa).
- B- **Lenguaje no verbal:** Tono emocional al explicar lo que le sucede, lenguaje corporal, gestualidad y vestimenta.
- C- **Varios:** Si asiste solo o no a la entrevista e informes y evaluaciones psicológicas.

Ante la pregunta inicial (“¿*Qué pensás que le pasa a la paciente en términos diagnóstico de acuerdo con estos primeros minutos de entrevista?*”) los terapeutas de este grupo comenzaron a realizar una descripción general y holística de la paciente. Si bien dieron cuenta de haber tomado nota del despliegue sintomático que realizó (sin detenerse solamente en la enumeración de signos y síntomas), al iniciar la formulación del caso, destacaron otro tipo de información como, por ejemplo: la presencia de un estilo de afrontamiento defensivo (estrategias de afrontamiento), las características de su estrategia de regulación emocional y el contenido de su discurso (con la existencia o no de contradicciones e información faltante en el mismo).

Esta forma de iniciar a describir y formular lo que le sucede a la paciente, se condice con la información que consideran indispensable relevar en un proceso de admisión (el cual destacan que en general se encuentra conformado por más de una entrevista). La cual puede ser agrupada en tres niveles de importancia: en primer lugar (1), centran su atención en buscar relevar los eventos significativos para el paciente de su vida. En segundo lugar (2), y a partir del despliegue de los eventos significativos, buscarán obtener y definir otro tipo de información como: cuál es su motivo de consulta (¿Por qué realiza la consulta?) y si este coincide o no con los eventos significativos, como es el relato de su experiencia disfuncional, cuales fueron y son sus estrategias de afrontamiento y cómo es contexto y red de apoyo. En última instancia (3) evalúan los antecedentes de trastornos emocionales y enfermedades médicas, exploran como está en sus actividades de la vida diaria, la cronicidad de la sintomatología y recurrencias, sus expectativas y el estadio de cambio en el que se encuentra, cuál es su nivel de contacto con las emociones, historia vital del paciente, sus objetivos y proyectos a futuro, sus hobbies y pasatiempos, las estrategias de afrontamiento que suele desplegar el paciente en los distintos eventos, su motivo de consulta (¿Por qué realiza la consulta?), como es su red de contención y contexto.

- Continuando con la información que los terapeutas consideran importante relevar, estos resaltan no solo prestan atención a la presentación que la paciente va realizando de su padecer, sino que también toman en cuenta y le brindan un alto grado de importancia, al ser conscientes de lo que van sintiendo y pensando durante la entrevista. Por ejemplo, los tres terapeutas destacaron que la paciente en cuestión presentaba poca conexión y claridad con sus emociones. También se destacó su estilo defensivo y su poca relajación en la entrevista les generaba la sensación de desconfianza. Destacaron percibir un discurso armado y estructurado interpretándolo como un intento de control por parte de ella y de mostrarse mejor que lo que está.

A partir de esta conciencia de sí mismos y transformarla en fuente de información diagnóstica, los entrevistados resaltaron la necesidad intuitiva de repreguntar o explorar el significado de lo que la paciente decía, más allá de lo manifestado en el discurso y de su presentación sintomatológica.

- También se les preguntó a los a los entrevistados, qué les generaba los pacientes deprimidos en general (ya por fuera de los experimentado con la paciente del video estímulo). Estos destacaron sentir reacciones negativas que tienden a incomodarlos como, por ejemplo: impotencia, sueño, cansancio y adormecimiento y compasión.

Cabe mencionar que, en general aclararon que, al pensar en un paciente deprimido, **la imagen que se les venía a la mente era la de un consultante con mayor grado de compromiso y severidad que la presentada en el video.**

**Entonces, resulta interesante preguntarse si esta disonancia entre lo preconcebido y lo observado en pacientes con presentaciones más leves podría favorecer el sub-diagnóstico del cuadro.**

- A raíz de lo enunciado se exploró cuál es la imagen prototípica del paciente deprimido. Los entrevistados destacaron como característica principal a la: **Pérdida de ganas (anhedonia)** seguida por **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Pérdida de energía/ Voluntad (abulia); Pérdida de interés (anhedonia) y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).**

En menor medida destacan a las **alteraciones del sueño (Insomnio, Hipersomnia), síntomas ansiosos como el aumento del miedo y nerviosismo, la presencia de sintomatología física como el dolor, el aumento de conductas evitativas (dentro de las que podemos incluir al consumo de alcohol y sustancia, el ensimismamiento y su manifestación en el aumento de**

la soledad y el aislamiento), aumento de la queja, de las ganas de estar en la cama, la visión negativa del futuro y de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.) y ciertas características del discurso (enlentecido, entrecortado, monótono) y de su cuidado personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene).

Resulta interesante mencionar que, durante la exploración de la representación prototípica de los pacientes deprimidos, dos integrantes resaltaron la necesidad e importancia de distinguir entre un paciente que cursa un cuadro depresivo esperado y clásico de otro grupo de pacientes que suelen presentar características distintas y contrarias a las esperadas. En este caso, los terapeutas los describieron como personas: **con energía; discurso claro y racional, eventos estresantes de la vida sin respuesta emocional, mayor vínculo con el polo ansioso y sintomatología física.**

- Una vez obtenida la información sobre la imagen prototípica, a fin de observar si esta influía a la hora de describir la sintomatología de la paciente presentada en el video estímulo, se indagó sobre la reflexión que estos elaboraron acerca de la paciente en términos diagnóstico y cómo había llegado a esa conclusión (y así relevar la sintomatología que destacada).

Al analizar la sintomatología consignados por los entrevistados resulta interesante aclarar que los entrevistados con marco de referencia TCC describieron una menor cantidad de síntomas. El análisis de la sintomatología se dividió en dos grupos siendo el factor tiempo la variable de ajuste. Por un lado, se tuvo en cuenta a los primeros síntomas depresivos mencionados, ya sea de manera espontánea (es decir, al momento de responder la primera pregunta de la entrevista sobre que pensaba de la paciente) o al comenzar a describir su

sintomatología (cuando se realizaba la pregunta directamente). Dicha valoración se apoya en la hipótesis de que estos síntomas fueron señales de fácil acceso, reconocimiento y referencia.

Los terapeutas destacaron: **Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.)** seguido por **ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), ganas de estar en la cama, pérdida de energía/voluntad y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)**. Por último, y en menor intensidad, también se destaca: **Ansiedad (y sus síntomas), aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), aumento de cansancio, dificultad para confiar en los otros), eventos estresantes de la vida, irritabilidad, llanto recurrente, pensamiento repetitivo negativo (rumiación), pérdida de ganas (anhedonia), pérdida de interés, pérdida de objetivos y síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión)**.

Al realizar la comparación entre los primeros síntomas depresivos mencionados por los terapeutas y los utilizados para describir a la imagen prototípica, se puede observar que del total de los primeros síntomas depresivos mencionados (17 cód. equivalente a 5,6 códigos mencionados por participantes), el 58,8% de estos fueron compartidos por el grupo prototípico ([ver Figura 37](#)). De igual manera es posible decir que, del total de los síntomas prototípicos (20 cód. equivalente a 6,6 códigos mencionados por participantes), el 50% (10 síntomas) fueron utilizados al mencionar los primeros síntomas depresivos. Si, además incluimos dentro de la imagen prototípica la sintomatología descrita para describir al prototipo de depresión atípica el porcentaje de coincidencias aumentan.

Estos resultados ponen en evidencia la influencia que ejercen la imagen prototípica, en los terapeutas de mayor experiencia en la muestra, a la hora de relevar información en una primera entrevista (y al describir los primeros síntomas depresivos en un paciente).

• Ahora bien, una vez que avanzamos en el análisis de la sintomatología descrita por los entrevistados, evaluando al grupo completo de síntomas relevados se observa, como es de imaginar, un aumento significativo en la cantidad de síntomas mencionados (28 en total).

Al compararlos con el grupo de síntomas prototípicos se observa un incremento en el rol que estos juegan. Del total de los síntomas depresivos, el 64.3% fue mencionado también como síntoma prototípico (18). A su vez, se puede decir que, de los 20 síntomas prototípicos mencionados, 18 (el 90%) fueron utilizados para describir la sintomatología de la paciente ([ver Figura 38](#)).

**Figura 37:** Cuadro comparativo entre sintomatología prototípica y primeros síntomas depresivos registrado por terapeutas de más de 15 años de experiencia.

G- IMAGEN PROTOTÍPICA	A- PRIMEROS SINTOMAS
Pérdida de ganas (anhedonia).	Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias, etc.),
Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.);	Pérdida de energía/voluntad
Pérdida de energía/ Voluntad (abulia);	Ganas de estar en la cama
Pérdida de interés (anhedonia);	Pérdida de interés
Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias);	Ansiedad (y sus síntomas),
Ansioso (aumento del miedo, nervios);	Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional),
Aumento de conductas evitativas	Aumento de cansancio
Aumento de la queja,	Eventos estresantes de la vida
Consumo de alcohol y sustancias	Irritabilidad
Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono),	Llanto recurrente
Dolor físico (sintomatología Física),	Pensamiento repetitivo negativo (rumiación)
Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene);	Pérdida de ganas (anhedonia),
Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas),	Pérdida de objetivos
Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento);	Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión).
ganas de estar en la cama;	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)
Visión negativa del futuro	Dificultad para confiar en los otros),
Visión negativa del mundo;	
Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).	
Pérdida de objetivos y proyectos futuros	
<b>TOTAL DE SINTOMAS PROT: 20</b>	<b>TOTAL DE PRIMEROS SINTOMAS: 17</b>
<b>TOTAL DE SINTOMAS PROT COMPARTIDOS: 10</b>	<b>TOTAL DE PRIMEROS SINTOMAS COMPARTIDOS: 10</b>
<b>% DE SINTOMAS PROT COMPARTIDOS: 50%</b>	<b>% DE SINTOMAS COMPARTIDOS: 58,8</b>

**Figura 38:** Cuadro comparativo entre sintomatología prototípica y síntomas depresivos registrador por terapeutas de más de 15 años de experiencia.

BB- SINTOMAS DEPRESIVOS	G- IMAGEN PROTOTÍPICA
Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.),	Pérdida de ganas (anhedonia).
Pérdida de energía/voluntad	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.);
Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia);
Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).	Pérdida de interés (anhedonia);
Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.),	Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)
Ansiedad (y sus síntomas),	Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia);
Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	Ansioso (aumento del miedo, nervios);
Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar,	Aumento de conductas evitativas
Ganas de estar en la cama	Aumento de la queja,
Pérdida de interés,	Consumo de alcohol y sustancias
Aumento de cansancio,	Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono),
Antecedentes familiares de Trastornos emocionales	Dolor físico (sintomatología Física),
Enfermedades frecuentes (ej. gripe),	Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene);
Consumo de alcohol y sustancia	Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas),
Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.),	Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento);
Dificultad para confiar en los otros	Ganas de estar en la cama;
Discurso enlentecido	Visión negativa del futuro
Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico),	Visión negativa del mundo;
Ensimismado	etc.).
Irritabilidad	Pérdida de objetivos y proyectos futuros
Llanto recurrente	
Más activo de lo habitual	
Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	
Pérdida de motivación	
Recurrencia (episodios depresivos previos)	
Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	
Visión negativa del futuro.	
Pérdida de objetivos y proyectos futuros	
<b>TOTAL DE SINTOMAS DEPRESIVOS: 28</b>	<b>TOTAL DE SINTOMAS PROTOTÍPICOS: 20</b>
<b>TOTAL DE SINTOMAS COMPARTIDOS CON G: 18</b>	<b>TOTAL DE SINTOMAS PROTO. COMPARTIDOS: 18</b>
<b>% DE SINTOMAS COMPARTIDOS CON EL G: 64,29%</b>	<b>% DE SINTOMAS COMPARTIDOS CON: 90%</b>

Al analizar las respuestas brindadas para ambos grupos se observó la existencia de códigos nombradas en ambas oportunidades. Estos pudieron ser agrupados en tres niveles: 1) aquellos códigos que fueron utilizados por los tres entrevistados en ambas oportunidades: Pérdida de ganas (anhedonia); 2) los códigos utilizados por dos de los entrevistados utilizados por dos de los entrevistados en ambas oportunidades (Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.),

Pérdida de interés (anhedonia) y los códigos utilizados por un entrevistado en ambas oportunidades (Aumento de la queja, Consumo de alcohol y sustancias, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), discurso alterado, Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Visión negativa del futuro y Visión negativa del mundo.

**Estos resultados dejan ver que la pérdida de ganas es el síntoma/señal con mayor fuerza diagnóstica para los integrantes de este grupo siendo seguido en menor medida por el ánimo deprimido y la pérdida de interés.**

A su vez, se observó la existencia de códigos que fueron mencionados en ambos grupos de códigos, pero con ciertas diferencias. Códigos tales como: Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia), Ansioso (aumento del miedo, nervios), Ganas de estar en la cama, Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de objetivos y proyectos futuros, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.) y Aumento de conductas evitativas fueron mencionados en mayor medida al describir a la paciente que al hacerlo de la imagen prototípica. Lo cual puede dar lugar a pensar que la ayuda de un soporte estímulo colaboró en la recuperación de la información dando la idea de ser señales de menor peso.

Por último, existen códigos que han sido mencionados solamente en la descripción de la paciente del video y no en la exposición prototípica como: Aumento de cansancio, Con antecedentes familiares de Trastornos emocionales, Dificultad para confiar en los otros, Eventos estresantes de la vida (ej., abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Irritabilidad, Llanto recurrente, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de motivación y Recurrencia (episodios depresivos previos). También fueron nombrados ciertos síntomas solamente en la

descripción prototípica y no sintomática: Dolor físico (sintomatología Física), Pérdida de productividad y Visión negativa del mundo.

**En resumen, se han utilizado mayor cantidad de códigos para la descripción sintomática de la paciente (29 códigos) que para la descripción prototípica (21 códigos) dando lugar a pensar: que, si bien la presentación que realiza un paciente puede ser un soporte y facilitador para la recuperación de información de la memoria del entrevistado, el papel que cumple las definiciones prototípicas es importante al momento de relevar información.**

**De obtener resultados similares en los restantes grupos de entrevistados, sería interesante estudiar en futuras investigaciones si las definiciones prototípicas, además de orientar la búsqueda y relevamiento de información, favorece el desarrollo de sesgos a la hora de realizar diagnósticos.**

- Continuando con el análisis, resulta tentador explorar y comparar la existencia de similitudes y diferencias entre la imagen prototípica, los síntomas depresivos consignados por los entrevistados y aquellos registrados como criterios diagnósticos en el DSM-V.

Al realizar la comparación entre la sintomatología prototípica registrada por los entrevistados y los síntomas registrados en el DSM-V se pudo observar que de los 9 síntomas mencionados por el DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, cuatro fueron incluidos dentro de las imágenes prototípicas de los entrevistados, lo cual representa el 44%. Pero, al evaluar al conjunto de síntomas prototípicos mencionados por el mismo grupo y que sean compatibles con los criterios del DSM-V, solamente cinco (dos síntomas prototípicos: Pérdida de interés y Pérdida o disminución del disfrute fueron utilizados para un solo síntoma del DSM) de 20 fueron mencionados, lo que representa un 25% del total ([ver Figura 39](#)).

Los resultados muestran que los terapeutas expertos presentan una descripción más amplia, detallada e integral del cuadro sintomatológico de una persona deprimida, en comparación con lo descrito en el DSM.

Lo que resulta interesante rescatar es que, el síntoma de mayor predominancia en este grupo de entrevistados Pérdida de ganas (anhedonia) a la hora de describir la sintomatología de la paciente y de relatar la imagen del paciente deprimido que tenían no se encuentra detallada dentro de los criterios diagnósticos del manual.

Figura 39: Comparativa de sintomatología consignada por el DSM-V y la imagen prototípica de los terapeutas de mayor experiencia.

SINTOMATOLOGÍA CONSIGNADA POR DSM-V	IMAGEN PROTOTÍPICA
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.;
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	Pérdida de interés (anhedonia); Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	X
4- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia);
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entrecimiento).	X
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia);
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).	X
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	X
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	X
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS: 4</b> <b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS EN %: 44,4%</b> <b>CANTIDAD DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS: 5/20</b> <b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS EN %: 25%</b>	

- Continuando con el análisis comparativo, al finalizar la entrevista se les dio a los entrevistados un listado con los síntomas consignados en el ítem A del DSM-V para el diagnóstico de trastorno depresión mayor a fin de que pudieran ordenarlo jerárquicamente según el grado de importancia y peso que ellos les otorgan a los distintos síntomas, ante un paciente en una primera entrevista diagnóstica para comenzar a pensar que en dicho diagnóstico ([ver Figura 40](#)).

El análisis de las respuestas permitió observar la existencia de ciertas coincidencias en los primeros cinco puestos de la escala jerárquica. Estos se ordenaron de la siguiente manera:

- 1- **Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso).**
- 2- **Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).**
- 3- **Insomnio o hipersonido casi todos los días.**
- 4- **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).**
- 5- **Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).**

**Figura 40:** Jerarquización de los síntomas pertenecientes al criterio A del trastorno depresivo mayor del DSM-V según terapeutas de más A44de 15 años de experiencia.

ITEMS DSM	P. 8	P. 12	P. 13
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	1	1	6
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	2	7	3
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	7	8	9
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	3	3	7
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	9	5	5
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	5	4	8
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	8	2	2
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	4	6	4
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	6	9	1

ITEMS DSM	1 LUGAR	2 LUGAR	3L	4L	5L	6L	7L	8L	9L	
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	0	1	1	0	0	0	1	0	0	X
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	0	0	0	0	0	0	1	1	1	X
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	0	0	2	0	0	0	1	0	0	3
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	0	0	0	0	2	0	0	0	1	5
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	0	0	0	1	1	0	0	1	0	X
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	1	0	0	0	0	1	0	0	1	X

El análisis de la jerarquización permite observar que los síntomas elegidos dentro de los primeros puestos no tienen gran relación con la sintomatología prototípica registrada con mayor fuerza.

El principal síntoma prototípico elegido fue **“pérdida de ganas”** el cual no se encuentra incluido dentro de los criterios diagnósticos.

Este síntoma fue seguido por **“pérdida de energía/voluntad”**; **“pérdida de interés y del disfrute”** y **al ánimo deprimido (tristeza, angustia)**, en el cual podemos encontrar el primer puesto de la jerarquización sintomatológica del DSM. De los restantes síntomas del criterio A jerarquizados, solamente el criterio 4 **“Insomnio o hipersomnias casi todos los días”** (consignado por el código **“Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias)”**) presenta coincidencias, los restantes no fueron descriptos como sintomatología prototípica ([ver Figura 41](#)).

Por lo cual, el grado de coincidencia entre la jerarquización sintomatológica y la descripción prototípica presentó bajo grado de coincidencia.

Continuando con el análisis, al comparar los primeros síntomas consignados por los entrevistados, el grupo de síntomas en general y los criterios diagnósticos no se observan diferencias a lo analizado en la comparativa anterior.

Si resulta interesante mencionar que al comparar ambos grupos de síntomas atravesado por el factor tiempo, se observaron una serie de disminuciones en la selección de los códigos y en las coincidencias.

**“Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias, etc.)”** es el síntoma de mayor accesibilidad y potencia ya que es mencionado por los tres participantes en ambos grupos de análisis seguido por **“ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), ganas de estar en la cama,**

**Figura 41:** Cuadro comparativo entre sintomatología del DSM, su jerarquización, primeros síntomas y sintomatología depresivos en general.

JERARQUIA	SINTOMATOLOGÍA CONSIGNADA POR DSM-V	SÍNTOMAS CONSIGNADOS	PRIMEROS SÍNTOMAS CONSIGNADOS
1	1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.;	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.;
	2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	Pérdida de interés (anhedonia); Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	Pérdida de interés (anhedonia); Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)
	3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.		
3	4- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia)	Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia)
5	5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).		
	6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia);	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia);
2	7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).		
4	8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).		
	9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.		
TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR SINTOMAS: 4 TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS EN %: 44,4% CANTIDAD DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS UTILIZADOS: 5/51 TOTAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS UTILIZADOS EN %: 9,8% CANTIDAD DE PRIMEROS SÍNTOMAS DEPRESIVOS UTILIZADOS: 5/27 TOTAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS UTILIZADOS EN %: 18,52%			

**pérdida de energía/voluntad y pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)”,** los cuales fueron utilizados por dos de los tres terapeutas en ambos análisis.

- Una de las preguntas realizadas durante la entrevista fue acerca del conocimiento que tenían los entrevistados sobre los factores de riesgo que colaboran en el desarrollo de un trastorno depresivo. En general, los entrevistados mostraron cierta dificultad a la hora de responderla, tomándose tiempo para pensar qué decir e incluso, uno de los entrevistados (protocolo 12) remarcó que “es viejo y anticuado” pensar en factores de riesgo.

Los entrevistados nombraron un total de 22 códigos que pudieron ser agrupados según el grado de coincidencia de sus respuestas. El factor de riesgo que tuvo más peso fue el de **“eventos estresantes de la vida”**, lo que se condice con lo enunciado por la bibliografía. En segundo

lugar, mencionaron al consumo de drogas y alcohol, enfermedades endocrinológicas y vulnerabilidad social y, por último, Estilo relacional familiar; Recurrencias (Episodios depresivos previos); Violencia familiar; médicas (en general) y oncológicas; dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores; Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro; Falta de elaboración de pérdidas; Menopausia; Red de apoyo (ausencia o escasa) y Reiteradas pérdidas personales.

Se observó la existencia de códigos utilizados por los tres entrevistados para describir tanto a los factores de riesgo, como a la sintomatología de la paciente y a la imagen prototípica (**Pérdida de objetivos/ proyectos a futuro y Enfermedades médicas**), códigos utilizados por dos de los entrevistados (**Eventos estresantes de la vida y Recurrencias (Episodios depresivos previos)**) y códigos utilizados solo para nombrar factores de riesgo: **Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo), Enfermedades oncológicas, Estilo relacional familiar, Falta de elaboración de pérdidas, Falta o dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores, Menopausia, Violencia familiar y Vulnerabilidad Social.**

- Por último, teniendo en cuenta la alta tasa de comorbilidad presente entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, como así también las nuevas posturas psicopatológicas dimensionales, se exploró acerca de la sintomatología ansiosa que los entrevistados observaron en la paciente. Vale aclarar que esto se hizo siempre y cuando fuera mencionada por el entrevistado, ya que como se ha descripto anteriormente los mismos nombraron a la ansiedad y sus características como posible sintomatología depresiva (en realidad sería correcto enunciarlo como factor de riesgo).

No hubo coincidencia en la utilización de los códigos vinculados al cuadro ansioso entre los entrevistados. Los códigos mencionados fueron: Aumento de las conductas evitativas, Miedo intenso, Necesidad de control y Sudoración.

En relación con “**aumento de conductas evitativas**”, entendiendo que al afrontamiento como factor estabilizador del ajuste psicológico frente al estrés y como proceso dinámico que fluctuará a lo largo del tiempo de acuerdo con la evaluación que realice la persona de una demanda determinada o a la evaluación de una situación, se ha observado su presencia tanto en los trastornos depresivos como en los trastornos de ansiedad gracias a la presencia del rasgo de personalidad neuroticismo. Fue mencionado por un entrevistado (protocolo 8) como síntoma compartido por ambos trastornos y por el protocolo 13 como sintomatología depresiva.

En cuanto al “**miedo intenso**”, este código fue utilizado solo por el entrevistado del protocolo 12 tanto para describirlo como síntoma vinculado a trastorno de ansiedad como también al describir la imagen prototípica de un paciente depresivo.

“**Necesidad de control**” fue solamente mencionado como característico del trastorno de ansiedad de la misma manera que a “**Sudoración**”.

## **7.2 Grupo 11 a 15 años de experiencia**

### **7.2.1 Inicio de entrevista**

Este grupo estuvo conformado por cuatro terapeutas de los cuales dos son varones (protocolo 14 y 10) y dos son mujeres (protocolo 15 y 16). A su vez, es posible decir que dos de

los terapeutas (protocolo 14 y 15) tiene como marco teórico a la terapia cognitiva conductual y el protocolo 10 y 16 tienen como marco teórico a la terapia psicodinámica.

En términos generales se puede decir que, los participantes destacan que para obtener información necesaria para lograr comprender qué le sucede a la paciente, recurren a tres fuentes de información (entre los cuatro participantes nombraron 10 códigos):

**A- Lenguaje verbal:** Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc.)

**B- Lenguaje no verbal:** Gestualidad, higiene, imagen, lenguaje corporal/ no verbal, lo que me genera el paciente, tonalidad de voz y Tono emocional al explicar lo que le sucede.

**C- Varios:** Si hace contacto visual.

En general fueron los entrevistados con marco teórico TCC quienes se expresaron más a la hora de detallar las fuentes de información. Al realizar la comparación con el grupo de más años de experiencia se puede observar, en general, una gran cantidad de similitudes y ciertas diferencias.

**Figura 42:** Cuadro comparativo sobre las fuentes utilizadas para relevar información entre grupo de +15 años de experiencia y grupo de 11 a 15 años de experiencia.

		□ Años de experiencia + 15 □ 3 "n" 54	□ Años de experiencia 11-15 □ 4 "n" 45	Totales
● ◇ FF- Cómo inicia el relato el paciente	③	●		1
● ◇ FF- Como responde a las preguntas (como relata lo que le pasa)	②	●	●	2
● ◇ FF- Evaluaciones Psicológicas/ informes	④	●		1
● ◇ FF- Gestualidad	⑦	●	●	2
● ◇ FF- Higiene	②		●	1
● ◇ FF- Imagen	②		●	1
● ◇ FF- Intuición	②			0
● ◇ FF- Lenguaje no verbal (corporal)	⑩	●	●	2
● ◇ FF- Lo que la paciente omite en su relato	②	●		1
● ◇ FF- Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc)	⑫	●	●	2
● ◇ FF- Sensaciones que le produce (Lo que el paciente me genera)	③	●	●	2
● ◇ FF- Si asiste solo o acompañado a consulta	③	●		1
● ◇ FF- Si hace contacto visual	①		●	1
● ◇ FF- Tonalidad de voz	③		●	1
● ◇ FF- Tono emocional al explicar lo que le sucede	②	●	●	2
● ◇ FF- Vestimenta	④	●		1
Totales		11	10	21

En principio resulta posible mencionar que el grupo de más experiencia utilizó una mayor cantidad de códigos a la hora de indicar y detallar las fuentes en que obtienen información. Ambos grupos de entrevistados asignaron igual de importancia a la utilización del lenguaje verbal cómo no verbal. Por otro lado, el grupo de +15 años de experiencia puntualizado en mayor medida sobre el contenido del relato (como lo inicia, como responder a las preguntas, omisiones en el mismo, etc.) mientras que el grupo de entrevistados de 11- 15 años resaltaron en mayor medida características vinculadas al lenguaje no verbales como imagen, higiene, tonalidad de voz, etc. **Lo que resulta importante resaltar es que ambo grupos dan igual grado de importancia a lo que la paciente les hace sentir** ([ver Figura 42](#)).

De manera similar al grupo anterior, destacan que la admisión es un proceso que se encuentra conformado, en general, por más de un encuentro. En relación con la información que consideran necesaria relevar destacan ([ver Figura 43](#); [figura 44](#)):

- **Protocolo 10:** Antecedentes familiares, Antecedentes y enfermedades médicas, Evolución de la sintomatología, Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?) y Sintomatología.
- **Protocolo 14:** Antecedentes y enfermedades médicas, Eventos significativos para la paciente, Evolución de la sintomatología y Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?).
- **Protocolo 15:** Expectativas, Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.) y Tratamientos previos.
- **Protocolo 16:** 0.

Al ordenarlo jerárquicamente de acuerdo con el grado de coincidencia en la utilización de los códigos:

- **Utilizado por los cuatro entrevistados: 0**
- **Utilizados por tres de los entrevistados: 0**
- **Utilizados por dos de los entrevistados:** Antecedentes y enfermedades médicas, Evolución de la sintomatología y Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?).
- **Utilizado por uno de los entrevistados:** Antecedentes familiares, Eventos significativos para la paciente, Expectativas, Red de apoyo (características de su familia,

**Figura 43:** Códigos utilizados por los entrevistados al detallar la información que consideran indispensable recabar a lo largo del proceso de admisión.

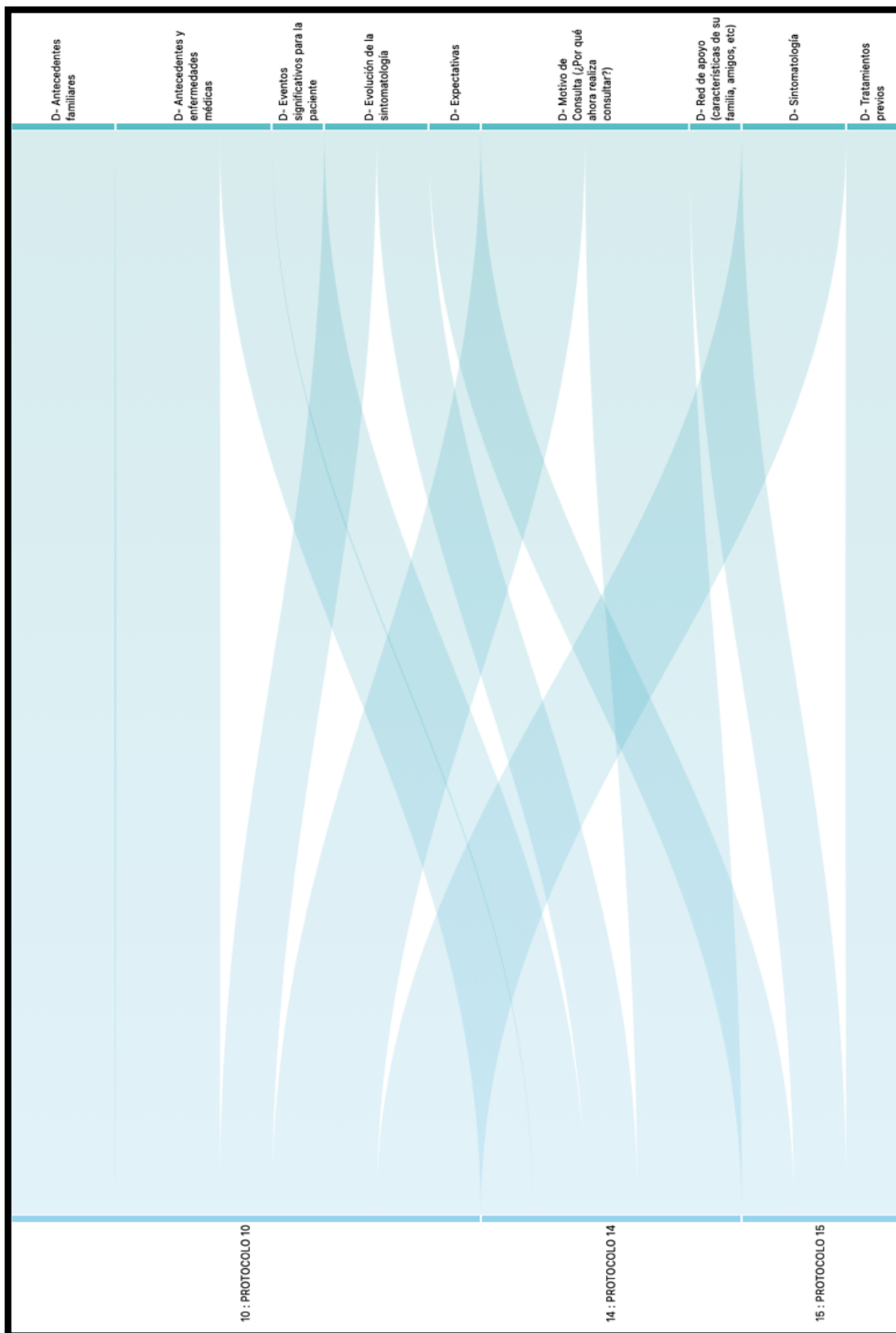
		10 PROTOCOLO... 12	14 PROTOCOLO... 13	15 PROTOCOLO... 9	16 PROTOCOLO... 12	Totales
D- Antecedentes familiares	8	●				1
D- Antecedentes y enfermedades médicas	9	●	●			2
D- Eventos significativos para la paciente	4		●			1
D- Evolución de la sintomatología	3	●	●			2
D- Expectativas	6			●		1
D- Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consulta...)	13	●	●			2
D- Red de apoyo (características de su familia, amigos,...)	9			●		1
D- Sintomatología	9	●				1
D- Tratamientos previos	8			●		1
Totales		5	4	3	0	12

amigos, etc.), Sintomatología y Tratamientos previos.

Al realizar la comparación con las respuestas dadas por el grupo anterior, se destaca principalmente que el grupo con mayor experiencia utilizó el doble de códigos para describir la información consignada en el proceso (18 códigos utilizados por el grupo de mayor experiencia versus 8 códigos utilizados por el grupo de 11- 15 años).

Entre los grupos seleccionados existen ciertas coincidencias (5): **Antecedentes y enfermedades médicas; Eventos significativos para la paciente; Expectativas; Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.) y Sintomatología.**

**Figura 44:** Diagrama Sankey de códigos utilizados por los entrevistados al detallar la información que consideran.



### 7.2.2 ¿Cómo inicia la entrevista?

Al continuar analizando la respuesta de la pregunta inicial y que dio comienzo a la entrevista se puede observar que, a diferencia de lo sucedido en el grupo anterior, las respuestas dadas no fueron unánimes.

- **El protocolo 10:** Al responder a la pregunta, comienza a realizar una descripción de la paciente enunciando partes de su relato, vinculándolo con sintomatología y cuadros nosológicos (*“Bueno primero, como motivo de consulta, más la esfera de la ansiedad, posibles ataques de pánicos, le da por la salud tal vez me da la sensación porque está como muy pendiente que le está pasando en el cuerpo... bah, ella conecta con el tema de hipertensión arterial ¿no? Que de alguna forma eso puede ser un factor inicial por el cual comienza con los ataques de pánico. Después que más... parece que evoluciona el cuadro, empieza con evitación fóbica de distintas cuestiones... Y después empieza como a mencionar más, como unos síntomas más depresivos... clinofilia (pasar más tiempo en la cama), como cierto desgano, como una tendencia no a dormir... como básicamente eso...”*).

**Resulta interesante mencionar que la persona entrevistada aclara que al momento de realizar una primera entrevista tiene al DSM o CIE en la cabeza.**

**Resalta que suele utilizar a los criterios diagnósticos como guía y referencia.** (*“T1: Perfecto... ¿Utilizas los manuales diagnósticos con frecuencia?” T2: “La realidad es que mi clínica, en el día a día, no busco exactamente el criterio diagnóstico que*

*corresponde, las tomo como lineamiento de los grandes síndromes, como tener una referencia y tratar de encontrar algo de eso en la clínica, pero no es que después yo voy y busco en detalle. Salvo que me lo exija alguna instancia legal o administrativa, pero habitualmente no mi clínica no se da.”).*

- **Protocolo 14:** En este caso, el entrevistado comienza a relatar cómo fue su proceso inferencial a medida que la paciente describía su padecer. Resulta interesante observar que a medida que iba relatando la sintomatología de la paciente la vinculó con un posible cuadro psicopatológico y su posible tratamiento

*(“Bien... es una paciente... con un grado de complejidad medio te diría. En principio, lo primero que narro es un caso típico de pánico, donde hay que realizar un tratamiento clásico de exposición gradual y dije “bueno, es por ahí, es fácil”).*

A medida que la paciente continuaba desarrollando su relato y el entrevistado observaba el despliegue de un mayor grado de dificultad en la demanda, con presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, comenzó a resaltar la necesidad de tallar la demanda de definir mejor el motivo de consulta y luego evaluar cual es el paso principal que debe realizar (*“después cuando empezó abrir más cuestiones referidas a cuestiones vinculares respecto a las cuestiones de pareja, a lo mal que estuvo cuando se separó de su primer pareja, de las dos que tuvo, de la primera que sufrió mucho y todas las cuestiones que conllevaban a estados de ánimo con más tinte depresivos, si se quiere decir, el estar en la cama, el no poder moverse pero a la vez no poder dormir, es decir tener insomnio, aunque es un típico síntomas de ansiedad pero no tanto de pánico, que también puede estar incluido, sino que pensé algo más de ansiedad generalizada, como que hace mucha referencias a situaciones de control, como que le hace falta controlar las situaciones.*

*Entonces, nada... me gustaría o pensaría este caso, si esa fuese la primera entrevista de admisión vería por que lado encargar la cuestión de la demanda, ¿sí? De tallar un poco la demanda para pensar un poco por dónde empezar a trabajar. Al principio pensé que las cuestiones de pánico eran como una cuestión prioritaria pero no sé si es tan así, te diría como evaluarlo en alguna que otra sesión más y ver por donde encarar este tratamiento, si tiene que ver con cuestiones más de ansiedad generalizadas, tal vez y a aparejada a eso cuestiones de depresión o estado de ánimo depresivo, si se quiere, no sé si tiene una depresión clínica cursando en este momento pero al tener antecedentes, al haber tomado antidepresivos y por estas cuestiones que narra que a veces se siente con estado de ánimo... como tirada, como cuestiones de que se quiere quedar en la cama, no quiere salir de la casa, como que la casa es su mundo, como su lugar donde se siente segura, también, que eso obviamente está relacionado con cuestiones de control y de ansiedad obviamente. Entonces como que veo muchos temas para trabajar ahí. Y bueno, toda la cuestión de su historia personal, esto que se haya muerto la madre a los 9 años, nada... y estas cuestiones que narra de la muerte también, bueno... nada como que también fueron diseñando esta estructura de personalidad donde me parece que ella tiene tendencias a tener estos problemas de ansiedad/depresión de manera bastantes constantes. Entonteces, como que se podría trabajar cuestiones de ansiedad con las técnicas que haya que trabajar, dependiendo lo que haya que trabajar. Si el pánico es una cuestión prioritaria porque ella lo trae o reconstruyendo la demanda se puede identificar que eso es lo primero que se puede trabajar... bueno se trabajara de la manera que haya que trabajarlo, se elaborara ejercicios de exposición gradual, imaginación, lo que fuere y después y/o paralelamente trabajar cuestiones que tiene que*

*ver con el estado de ánimo e ir haciendo estos chequeos constantes a ver si su estado de ánimo a medida que sus síntomas panicosos empiezan a disminuir ver si esto redundaría en un mejor estado de ánimo y no hay que laborarlo de manera aparte o paralela con otras estrategias. Eso con respecto a la sintomatología, y después bueno, nada... yo le comunicaría las cuestiones que tienen que ver con su personalidad, las cuestiones vinculares y todo eso que también puede estar afectando las cuestiones que le pasan hoy y es un laburo más a largo plazo, como para ir definiendo las cuestiones de conceptualización de caso, tiempo de tratamiento, etc., etc. Haría todo eso, todo ese trabajo haría con esta paciente.”).* **En resumen, el entrevistado centró gran parte de su esfuerzo en identificar posibles cuadros nosológicos y sus respectivos tratamientos o intervenciones, como así también, en registrar los movimientos terapéuticos que debería seguir para cada caso.**

- **El protocolo 15:** Ante la pregunta sobre lo que considera que le sucede a la paciente, el entrevistado comienza remarcando un error en el discurso de la paciente que le llamó la atención y por el cual hubiera intervenido para aclararlo (*“No sé si... primero me preocupó, no sé si es algo de la actuación, digamos de cómo estaba llevada, que en dos momentos aludía a hipotensión en lugar de hipertensión entonces...”*).

Luego continúa realizando una breve formulación de lo manifestado por la paciente con un hilo conductor centrado en su angustia, donde menciona la presencia de ciertos mecanismos de defensa, eventos estresantes que pudieran explicar su malestar, etc. Resulta interesante mencionar que el entrevistado destaca lo sentido (contratransferencia) durante la entrevista (*“Por un lado, digamos, me dejó preocupada, me parece que se va adentrando en la angustia en la medida que contaba la situación en los últimos minutos,*

*del fallecimiento de la pérdida de la mamá, sobre esto. La cuestión inhabilitante, el no poder disfrutar de su trabajo... si, si... me dio la sensación de que había logrado armar como un equilibrio inestable ¿sí? Con el correr de los años y que cualquier viento no tan fuerte la volvía a desarmar. Es una paciente que si se iba así de la primera entrevista me hubiese quedado pensando en ella.).*

**En este caso, a diferencia de los dos protocolos anteriores, la entrevistada comienza su entrevista de manera similar a los integrantes del grupo de mayor experiencia terapéutica. Da una visión integral del padecer de la paciente, remarcando contradicciones en el discurso, lo que le generó la paciente, estrategias de afrontamiento.**

- **Protocolo 16:** De manera similar al protocolo 15, la entrevistada responder la primera pregunta realizando una descripción general (y escueta) de la paciente, su estilo de afrontamiento, sus sensaciones y pensamientos respecto de la paciente y algunas dudas diagnóstica (*“En principio... lo que pensé así, me dije “me parece una paciente interesante como para trabajar, como que me parecía que tiene muchas cosas para abrir, indagar, que me parecía que no se cuánto ella había podido trabajar. Eso... en principio. Si... como también no esto, que repetía una y otra vez:” solución, solución, solución” ¿no? Y como después, querían seguir buscando un cardiólogo más, como... bueno, entiendo que por ahí habría que... nada eso, como ver que de todo ella hay en esto. Por qué los exámenes orgánicos ya estaban como así, hechos, entiendo. En algún momento pensé “tendrá algún episodio... ¿será que pudiésemos pensar algo endocrinológico? Pero nada, ya había tenido un episodio de depresión previo también.”*).

En resumen, de los cuatro entrevistados, aquellos que presentaron un marco teórico psicodinámico al responder la primera pregunta sobre qué le pasaba a la paciente, lo hicieron de similar manera a los integrantes del anterior grupo de entrevistados. Estos dieron una visión holística de la paciente, describieron aspectos de su estilo de afrontamiento, generaron posibles hipótesis diagnósticas, mencionaron como se sintieron y que pensaron en relación con la paciente durante la entrevista (contratransferencia), etc.

Por su parte, los entrevistados cuyo marco teórico es la TCC, respondieron la pregunta inicial centrándose en la recolección sintomatológica de la paciente, pensando posibles intervenciones o tipos de tratamiento. Una integrante de este grupo mencionó el tener al DSM y/o CIE en la cabeza a la hora de realizar una primera entrevista. **Podría pensar que los entrevistados TCC de este grupo se encuentran influenciados en mayores medidas que los entrevistados psicodinámicos por el trabajo psicoterapéutico manualizado.**

### ***7.2.3 ¿Qué te genero la paciente?***

A partir de los resultados obtenidos y en sintonía con lo analizado en el grupo anterior, se estudió en profundidad (más allá de las menciones espontáneas que pudieron realizar los entrevistados al iniciar la entrevista) el relevamiento sobre cómo se sintieron con la paciente durante la entrevista y si esta información es tomada para la evaluación diagnóstica. En total utilizaron 15 códigos distribuidos ([ver Figura 45](#); [Figura 46](#)):

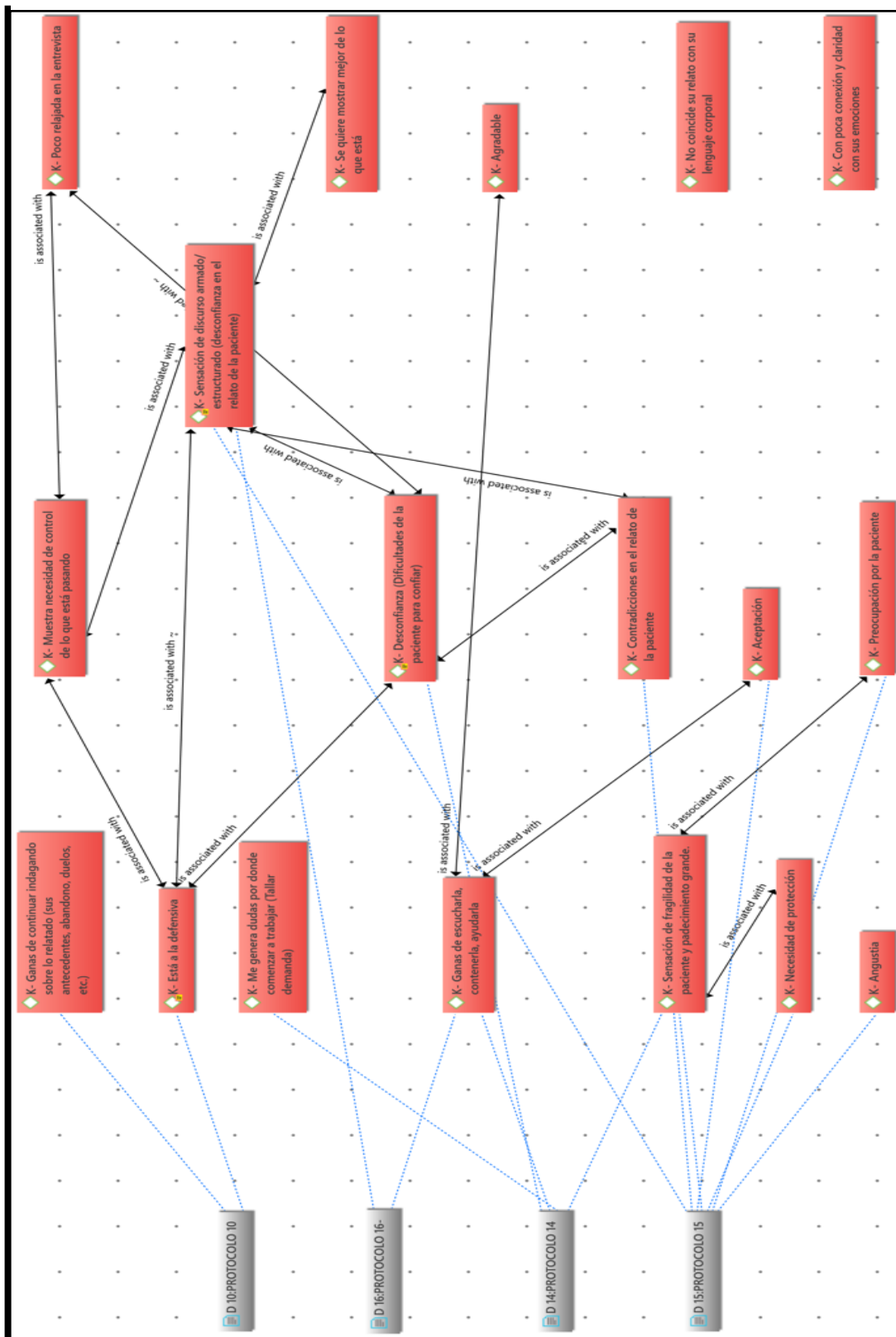
- **Entrevistado 10:** Está a la defensiva y ganas de continuar indagando sobre lo relatado (sus antecedentes, abandono, duelos, etc.)
- **Entrevista 14 (TCC):** Desconfianza, Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla, Me genera dudas por donde comenzar a trabajar (Tallar demanda).
- **Entrevista 15 (TCC):** Aceptación, Angustia, Contradicciones en el relato de la paciente, Necesidad de protección, Preocupación por la paciente, Sensación de discurso armado/estructurado y Sensación de fragilidad de la paciente.
- **Entrevista 16:** Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla y Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente).

**Figura 45:** Códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le produce la paciente" por los terapeutas con 11-15 años de experiencia.

	10 PROTOCOLO...	14 PROTOCOLO...	15 PROTOCOLO...	16 PROTOCOLO...	Totales
	12	13	9	12	
◆ K- Aceptación	1		1		1
◆ K- Angustia	1		1		1
◆ K- Contradicciones en el relato de la paciente	2		1		1
◆ K- Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)	4	1			1
◆ K- Está a la defensiva	3	1			1
◆ K- Ganas de continuar indagando sobre lo relatado (sus antecedentes, abandono,...	1	1			1
◆ K- Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla	4	1		1	2
◆ K- Me genera dudas por donde comenzar a trabajar (Tallar demanda)	1	1			1
◆ K- Necesidad de protección	1		1		1
◆ K- Preocupación por la paciente	1		1		1
◆ K- Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la pa...	9		1	1	2
◆ K- Sensación de fragilidad de la paciente y padecimiento grande.	2	1	1		2
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>15</b>



**Figura 46:** Red de códigos utilizados por entrevistados para describir lo sentido y pensado, durante la entrevista, por la paciente.



Al ordenar jerárquicamente según la cantidad de coincidencias entre los cuatro integrantes del grupo resulta posible agrupar:

- **Utilizado por los cuatro entrevistados: 0**
- **Utilizados por tres de los entrevistados: 0**
- **Utilizados por dos de los entrevistados:** Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla, Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente) y Sensación de fragilidad de la paciente y padecimiento grande.
- **Utilizado por uno de los entrevistados:** Aceptación, angustia, contradicciones en el relato de la paciente, desconfianza, está a la defensiva, me genera dudas por donde comenzar a trabajar (Tallar demanda), necesidad de protección, preocupación por la paciente y ganas de continuar indagando sobre lo relatado (sus antecedentes, abandono, duelos, etc.).

Continuando con lo analizado en el punto anterior, los integrantes de este grupo han utilizado la misma cantidad de códigos al describir sus sensaciones y pensamientos sobre los que iba desplegándose en la entrevista, en comparación con el grupo anteriormente analizado. Ambos utilizaron 15 códigos. Pero resulta importante destacar que el grupo actual cuenta con un integrante más, siendo entonces el promedio de códigos utilizado por cantidad de participantes, menor.

También se observaron un menor grado de coincidencia entre las respuestas dadas, siendo solamente tres los códigos compartidos entre dos entrevistados. La mayoría de los códigos fueron mencionados por un solo protocolo.

Al estudiar la respuesta en particular a la pregunta específica sobre lo sentido y pensado durante la entrevista por la paciente se observa:

- **Protocolo 10:** Dice no haber registrado en gran medida lo sentido durante la entrevista. Sí registra dudas y ganas de continuar indagando sobre la información dada por la paciente. Al preguntarle sobre las fuentes que utiliza para relevar información, menciona que además del relato utiliza signos no verbales como vestimenta, tonalidad, modo en que responde, etc. A fin de poder conectarlo con alguna categoría diagnóstica.
- **Protocolo 14:** Si bien comienza la entrevista relatando detalladamente signos y síntomas con posibles intervenciones o tipos de tratamiento a desarrollar, al ser indagada directamente sobre lo que le generó la paciente dice haber sentido gran empatía y deseo de ayudarla. Si bien puede interpretarse que la paciente y su presentación le pudieron generar emociones, la entrevistada no lo menciona espontáneamente. (*“Me generó bastante... un vínculo de bastante empatía, en el sentido de que la quería ayudar. Sentía que era una persona que tenía un padecimiento grande, ¿entendés? Y por eso te digo que no por la sintomatología ansiosa, me pareció que tenía un padecimiento grande vital. Me pareció que eso, que las circunstancias de vida que narra, todas estas cuestiones como te digo vinculares, estas cuestiones del estado de ánimo, de estar tirada, de falta de control de un montón de cuestiones como que... y la notaba, no sé si la borde del llanto, por eso te digo que era como tal vez un poco, no opuesto pero diferente de lo que es un trastorno de ansiedad, sino que la notaba un poco más depresiva, por si se quiere. Es como la famosa que decís “la quiero abrazar y decirle que va a estar todo bien”*).

Cuando se indaga sobre las fuentes de información que utilizó para analizar la situación del paciente, dice haber prestado atención, además del discurso, a ciertos signos no verbales como la vestimenta, la higiene, la imagen, la gestualidad a fin de poder sumar datos y determinar ante “qué tipo de paciente se está” (“Si... a bueno esto que justo nombraste la vestimenta, esto que me dijiste que cuando se separó y cuando estuvo en tratamiento psiquiátrico, estuvo como 5 días sin bañarse, bueno... nada, esos antecedentes... son antecedentes no quiere decir que tenga esos síntomas hoy o específicamente con esa intensidad, pero bueno, eso también me llamo la atención. Y si suelo notar estas cuestiones de prosodia, estas cuestiones de vestimenta, estas cuestiones de formato del discurso, esto de la velocidad, el tono, este tipo de cuestiones no verbales... si me parece que son características de determinados tipos de pacientes y si bien, no son definitivas para llegar a una hipótesis, pero pueden dar indicios que después se confirmaran o no.”).

- **Protocolo 15:** En este caso, el relato sobre lo sentido durante la entrevista fue espontáneo al comenzar de la misma. Al igual que lo sucedido con la mayoría de los integrantes del grupo anterior, el entrevistado comienza a dar una visión general y holística de la paciente, comenzando a realzar una descripción general del paciente unido a como se fue sintiendo en ella (“Por un lado, digamos, me dejó preocupada, me parece que se va adentrando en la angustia en la medida que contaba la situación en los últimos minutos, del fallecimiento de la perdida de la mama, sobre esto. La cuestión inhabilitante, el no poder disfrutar de su trabajo... sí, si... me dio la sensación de que había logrado armar como un equilibrio inestable ¿sí? Con el correr de los años y que cualquier viento no tan fuerte la volvía a desarmar. Es una paciente que si se iba así de

*la primera entrevista me hubiese quedado pensando en ella... Em... Al principio de la entrevista me pareció como que, que no estaba pudiendo contar ¿no? Como que le estaba constando en esto y después de... de la situación de... donde ella narra esta situación de la mamá ahí sí, como que me quedo esta cosa de bueno... necesidad de protección, como de necesidad de ayuda. Ahí como que vi esta parte más preocupante. Me sentí angustia... en esa parte sentí aceptación, también, por ella.”).*

Resulta significativo registrar que, en comparación con los otros entrevistados del mismo grupo, este protocolo utilizó una mayor cantidad de códigos para describir lo sentido (utiliza 7 códigos) en donde da cuenta del malestar de la paciente como así también, su desconfianza en lo enunciado por la misma. Así mismo, la entrevistada menciona que suele incluir como dato diagnóstico lo que va sintiendo y pensando durante la entrevista para poder intervenir (“*Si, sí, sí. Nosotros lo planteamos. “Esto que pensás me genera una preocupación porque...” “¿Alguien más puede saber sobre esto? ¿A quién le contarías... Mas allá de que no se lo cuentes, ¿A quién te gustaría contarlo? ¿Sentís que podés esperar con esto hasta la semana que viene como para volver hablarlo? ¿sí?”*”).

- **Protocolo 16:** Si bien comienza a mencionar lo sentido desde el comienzo y de manera espontánea, cuando se indaga directamente sobre la cuestión solo mencionó su deseo de escuchar y ayudar a la paciente (“*como deseo de, de... de hacer un tratamiento con ella por que parecía a priori como que tiene ganas de trabajar y de... y de... si, de trabajar y de encontrarle una solución a eso. No, no...Digo, cuestiones positivas, como que me parece que se puede hacer bastante, a priori... o no, digo... Por qué... nada de eso, de generar como una pregunta de que también puede haber*

*cuestiones de ella que influyan en lo que le está pasando y que no sea todo orgánico digamos’’). Así mismo, cuando se le preguntó si utilizaba a la contratransferencia como dato diagnóstico la entrevistada menciona que le es útil para saber cómo ubicarse en la relación terapéutica, como debe intervenir o desde que lugar hacerlo.*

**Al compararlo con el grupo de mayor experiencia se puede evidenciar que, si bien la mitad de los integrantes del actual grupo dijeron utilizar la contratransferencia como información diagnóstica, la mitad de los entrevistados dice no darle lugar o importancia.**

**Esta diferencia con lo observado en el grupo anterior se evidencia en la cantidad de códigos utilizados. En el grupo en cuestión se utilizaron en total 15 códigos siendo 4 entrevistados mientras que, en el grupo de mayor experiencia utilizaron 14 siendo 3 entrevistados ([ver Figura 47](#)).**

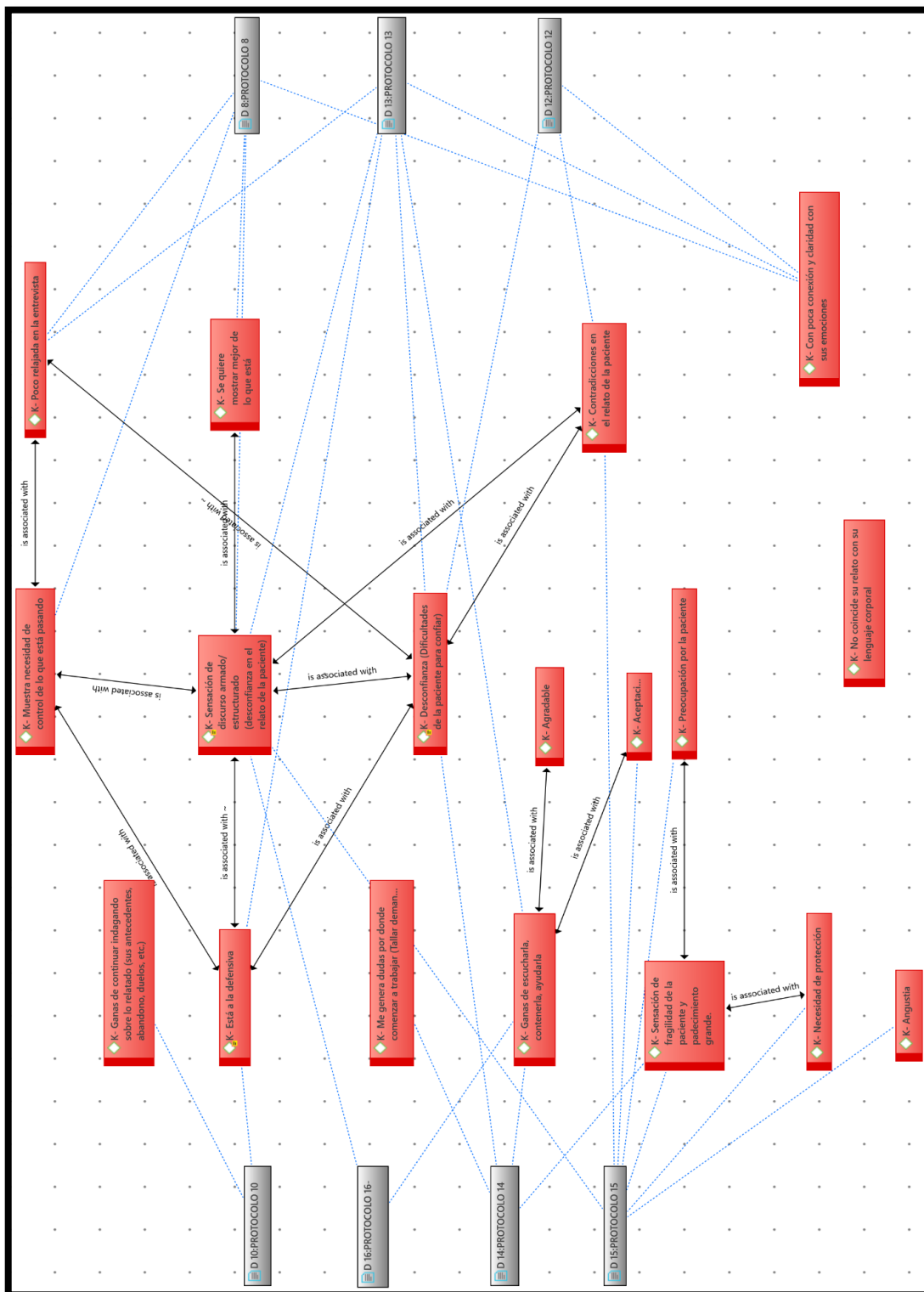
**Resulta interesante mencionar que el protocolo 10 y 16 dijeron tener al DSM en la cabeza cuando realiza primeras entrevistas. Dicha respuesta (como se verá en el análisis de los próximos grupos) se observa en protocolos con menor grado de experiencia ([ver Figura 48](#)). Vale mencionar que el protocolo 16, si bien menciona tener los criterios del DSM a la hora de pensar en una persona deprimida, aclara que no se deja llevar por ello ya que existen personas deprimidas que presentan características diferentes a las mencionadas en los manuales diagnóstico (*“Después la imagen que tengo ya te digo, general es de tristeza... los mismos síntomas que podés encontrar en el DSM- IV o V. No se, esta cosa de... de no tener ganas de nada, de meterse en la cama. Todos los síntomas que mencionó esta chica son de depresión. Entonces me viene a la cabeza eso, pero no me tengo que confundir por que un***

*paciente deprimido no siempre está así. Hay pacientes deprimidos que están activos, por que tienen hijos, tienen que trabajar, porque... se traduce en amarguras en otras cosas.”)*

**Figura 47:** Protocolos de la muestra que mencionaron tener el DSM en la cabeza a la hora de hacer una primera entrevista.

	9 PROTOCOLO...	10 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO...	12 PROTOCOLO...	16 PROTOCOLO...	Totales
M- DSM en la cabeza	7	1	1	1	1	5
Totales	1	1	1	1	1	5

**Figura 48:** Red de códigos utilizados por entrevistados del grupo de más de 15 años y de 11 a 15 años de experiencia para describir lo sentido y pensado, durante la entrevista, por la paciente.



### 7.2.4 ¿Qué te generan los pacientes deprimidos en general?

Luego de analizar las cuestiones contratransferenciales específicas con la paciente del video, se les preguntó a los terapeutas qué les generaba los pacientes depresivos en general. En total los entrevistados utilizaron 9 códigos para consignar la respuesta. Los protocolos 10 (PS) y 14 (TCC) fueron quienes utilizaron una mayor cantidad de códigos en el grupo. Al analizar las respuestas obtenidas se observa una sola coincidencia entre dos entrevistados: “**impotencia**”. El resto de los códigos fueron utilizados solamente una vez (**Compasión, Dificultad para comprenderlo, Dificultad para empatizar, Ganas de ayudarlo, Ganas de escucharlo, Preocupación y Rechazo**) (ver Figura 49).

Vale mencionar que el protocolo 14, además de sentir “Impotencia”, a diferencia de lo registrado hasta el momento, presenta como característica general un registro negativo y de rechazo a las características del cuadro depresivo. Resalta su dificultad para comprender y empatizar con personas deprimidas generándole rechazo.

**Figura 49:** Códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le generan los pacientes deprimidos" por los terapeutas del grupo 11-15 años de experiencia.

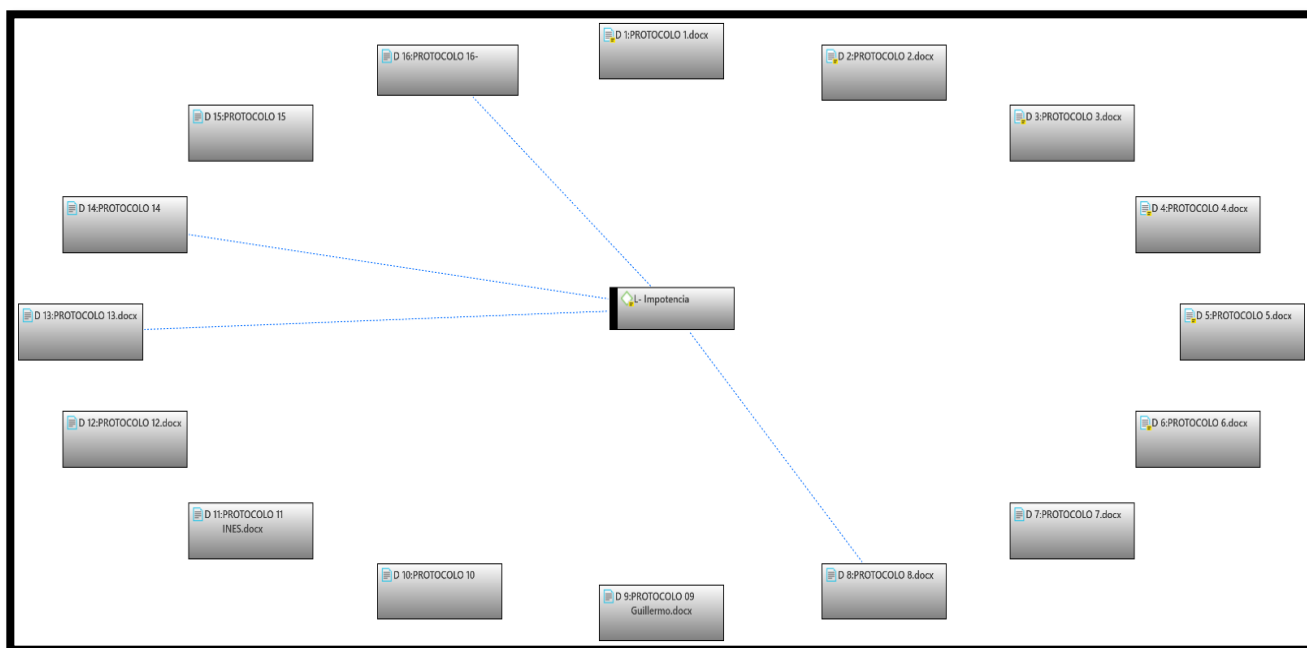
	10 PROTOCOLO 10 11	14 PROTOCOLO 14 13	15 PROTOCOLO 15 9	16 PROTOCOLO 16- 12	Totales
◆ L- Compasión	3 1				1
◆ L- Dificultad para comprenderlo	1	1			1
◆ L- Dificultad para empatizar	2	1			1
◆ L- Ganas de ayudarlo	2 1				1
◆ L- Ganas de escucharlo	1				1
◆ L- Impotencia	4	1		1	2
◆ L- Preocupación	1		1		1
◆ L- Rechazo	1	1			1
Totales	3	4	1	1	9

A partir de lo observado se exploró el código “Impotencia”. Se evaluó que otros entrevistados lo mencionaron y que otros códigos utilizaron para describir lo sentido y pensado con pacientes deprimidos.

En total el código fue utilizado por 4 protocolos: 8 (más de 15 años), 13 (más de 15 años), 14 (11-15 años) y 16 (11-15 años). Es decir que los 4 entrevistados que utilizaron el código se encuentran dentro de los dos grupos de mayor experiencia de la muestra ([ver Figura 50](#)) y representan el 25% de la muestra.

Al explorar que otros códigos utilizaron los protocolos en la misma categoría se observan una alta congruencia con las respuestas obtenidas en análisis del grupo de + 15 años de experiencia. Se observan en general respuestas con sesgo negativo vinculadas a reacciones negativas tales como: **cansancio, adormecimiento, sueño, dificultad para comprenderlo y empatizar y rechazo**. Solamente se puede destacar la utilización de dos códigos con implicancia positiva: **Ganas de ayudar y compasión**. Un entrevistado manifestó tener ganas de escucharlo y ayudarlo, en el resto de los protocolos primó reacciones negativas hacia pacientes con trastornos depresivos. Por último, vale mencionar que no se observaron diferencias según el marco teórico ya que el de los 4 participantes, 2 presentan un marco teórico TCC y 2 Psicodinámico ([ver Figura 51](#); [Figura 52](#)).

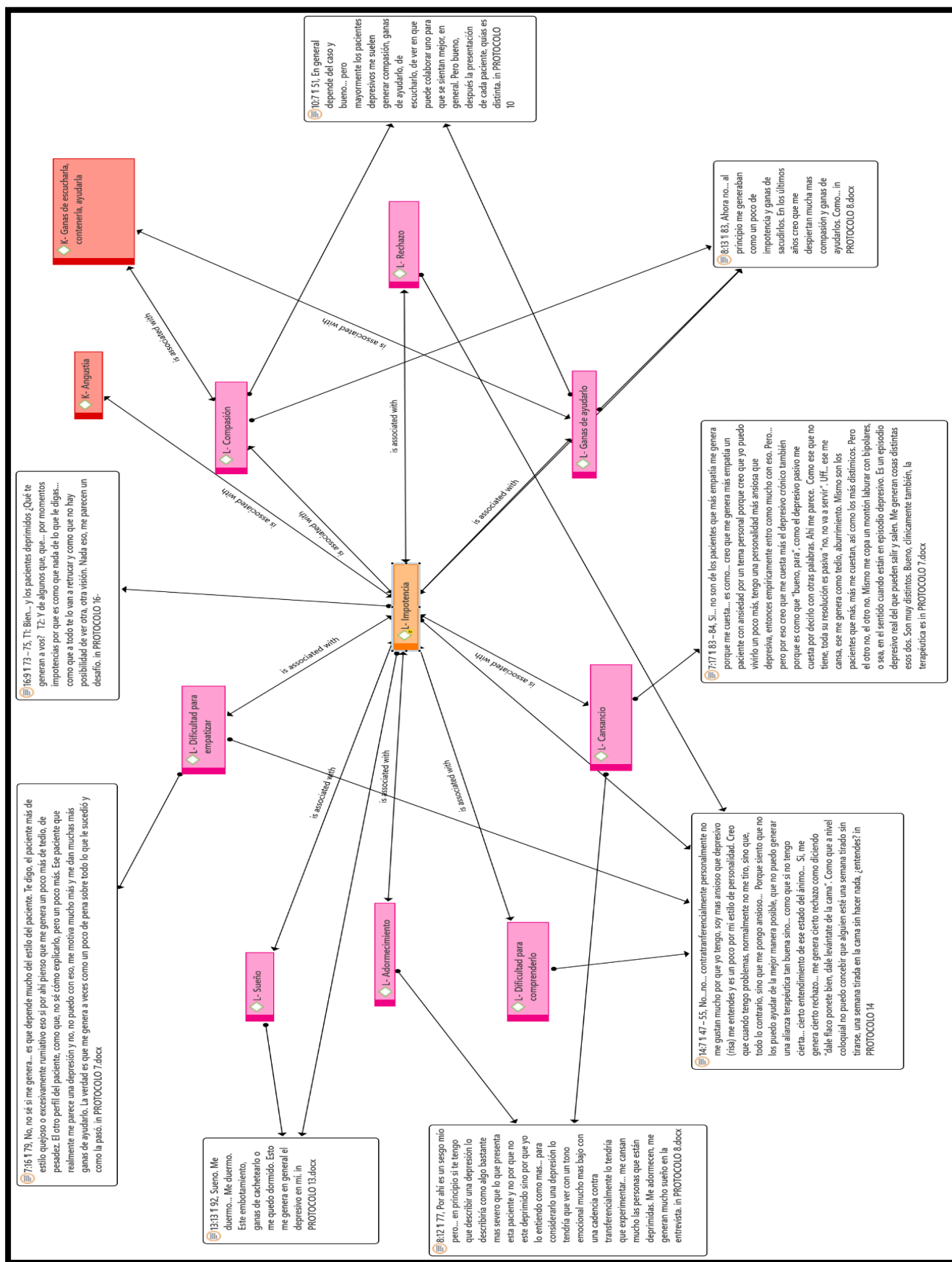
**Figura 50:** Red de protocolos que utilizaron al código "Impotencia" para la categoría contratrtransferencia.



**Figura 51:** Lista de códigos utilizados por los protocolos 16, 14, 13 y 8 para la categoría Contratrtransferencia.

		8 PROTOCOLO...	13 PROTOCOLO...	14 PROTOCOLO...	16 PROTOCOLO...	Totales
		23	16	13	12	
● ◇ L- Adormecimiento	1	1				1
● ◇ L- Cansancio	2	1				1
● ◇ L- Compasión	3	1				1
● ◇ L- Dificultad para comprenderlo	1			1		1
● ◇ L- Dificultad para empatizar	2			1		1
● ◇ L- Ganas de ayudarlo	2	1				1
● ◇ L- Impotencia	4	1	1	1	1	4
● ◇ L- Rechazo	1			1		1
● ◇ L- Sueño	1		1			1
Totales		5	2	4	1	12

Figura 52: Red del código "Impotencia" junto a códigos y citas vecinos.



### 7.2.5 Ideas preconcebidas

Continuando con el análisis, se exploraron las ideas preconcebidas que los terapeutas tienen sobre una persona que cursa un cuadro depresivo a fin de poder comparar, en primera instancia, la existencia de coincidencias entre la imagen prototípica de los terapeutas y los síntomas resaltados al ver la entrevista y luego, comparar lo obtenido en el análisis del grupo anterior.

Ante la pregunta “*¿Cómo es la imagen que tenés vos en cuanto a pensamientos, actitudes, conductas, presentación, como decís vos física, de un paciente deprimido?*”, los entrevistados utilizaron los siguientes códigos (para describir a los pacientes depresivos) ([ver Figura 53](#)):

- **Protocolo 10:** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Aumento de inhibición, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Hace menos contacto visual, Pérdida de energía/Voluntad (abulia), Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés (anhedonia).

**Figura 53:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a su representación mental de una persona que cursa un cuadro depresivo.

	10 PROTOCOLO 10 11	14 PROTOCOLO... 13	15 PROTOCOLO... 9	16 PROTOCOLO... 12	Totales
G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobre... 5		1	1		2
G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc) 8	1	1			2
G- Aumento de inhibición 2	1			1	2
G- Baja autoestima 1		1			1
G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) 12		1	1	1	3
G- Dificultades para tomar lo que el otro le sugiere 2		1			1
G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono) 9	1	1			2
G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento) 5	1		1		2
G- Ganas de estar en la cama 3			1		1
G- Hace menos contacto visual 2	1	1			2
G- Hombros caídos 1		1			1
G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasa... 5			1	1	2
G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia) 8	1	1	1	1	4
G- Pérdida de ganas (anhedonia) 13	1	1	1	1	4
G- Pérdida de interes (anhedonia) 9	1	1	1	1	4
G- Pérdida de sentido 1			1		1
G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) 7			1		1
G- Poca expresividad/gestualidad 3				1	1
G- Pocas habilidades sociales 1		1			1
G- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada 2		1		1	2
G- Tono de voz bajo 1		1			1
G- Tono de voz neutro 2		1			1
G-Pérdida de objetivos y proyectos futuros 3			1		1
Totales	8	15	11	8	42

- Protocolo 14:** Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Baja autoestima, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Dificultades para tomar lo que el otro le sugiere, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Hace menos contacto visual, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado), Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés (anhedonia), Pocas habilidades sociales, Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada, Tono de voz bajo y Tono de voz neutro.

- **Protocolo 15:** Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Ganas de estar en la cama, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado), Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés (anhedonia), Pérdida de sentido, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y Pérdida de objetivos y proyectos futuros.

- **Protocolo 16:** Aumento de inhibición, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado), Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés (anhedonia), Poca expresividad/gestualidad y Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada.

Al relacionar y jerarquizar los códigos utilizados entre los distintos terapeutas del grupo se obtiene la siguiente valorización:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas:** Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés (anhedonia).
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene).
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Aumento de inhibición, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono),

Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Hace menos contacto visual, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado) y Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada.

- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Baja autoestima, Dificultades para tomar lo que el otro le sugiere, Ganas de estar en la cama, Hombros caídos, Pérdida de sentido, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Poca expresividad/gestualidad, Pocas habilidades sociales, Tono de voz bajo, Tono de voz neutro y Pérdida de objetivos y proyectos futuros.

Tres de los cuatro protocolos (10, 15 y 16) aclararon, antes de comenzar a dar la respuesta, que la descripción realizada era relativa ya que, las presentaciones clínicas podrán variar según la gravedad, complejidad y tipos de síntomas. Por ejemplo, el protocolo 16 aclara que una puede presentar un cuadro depresivo con características opuestas como: presentar discurso claro y racional, mostrarse con energía, con características más ansiosas, sintomatología física y no presentar respuestas emocionales ante situaciones estresantes o traumáticas. Estas características ya habían sido mencionadas por dos terapeutas del grupo anterior (protocolo 12 y 13). Este grupo de terapeutas está conformado por dos terapeutas de marco teórico psicodinámico y uno de TCC.

**Mas allá de esta aclaración, la imagen prototípica que describieron los terapeutas de este grupo destaca cómo síntoma más significativo del cuadro depresivo a la “Pérdida (de ganas, de interés y de energía)”.**

Al comparar las respuestas dadas con el grupo anterior se pudo observar que el promedio de códigos utilizados por los terapeutas de este grupo es algo mayor (10,5 códigos por persona) a

la cantidad promedio de códigos utilizados por el grupo de mayor experiencia (9,66 códigos por persona).

A su vez, ambos grupos destacan que el síntoma más significativo de las personas deprimidas es la “Pérdida”. Especialmente la **“Pérdida de ganas”** (en primer lugar) seguido por la **“Pérdida de energía/voluntad y de interés”** ([ver Figura 54](#)).

Figura 54: Listado de códigos utilizados por los terapeutas de + 15 años y de 11-15 años para describir a su representación mental de una persona que cursa un cuadro depresivo.

	8 PROTOCOLO... 23	10 PROTOCOLO 10 11	12 PROTOCOLO 12... 15	13 PROTOCOLO 13... 16	14 PROTOCOLO 14 13	15 PROTOCOLO 15 9	16 PROTOCOLO 16- 12	Totales
g- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	4							1
g- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso,...	5							2
g- Animo deprimido (tristeza, angustia, etc)	8							4
g- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	2							1
g- Aumento de conductas evitativas	5							1
g- Aumento de inhibición	2							2
g- Aumento de la queja	3							1
g- Baja autoestima	1							1
g- Consumo de alcohol y sustancias	1							1
g- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene...)	12							4
g- Dificultades para tomar lo que el otro le sugiere	2							1
g- Discorso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono...)	9							3
g- Dolor físico (sintomatología Física)	1							1
g- Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas)	1							1
g- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	5							3
g- Ganas de estar en la cama	3							2
g- Hace menos contacto visual	2							2
g- Hombros caídos	1							1
g- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al...)	5							2
g- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	8							6
g- Pérdida de ganas (anhedonia)	13							7
g- Pérdida de interes (anhedonia)	9							6
g- Pérdida de productividad	2							1
g- Pérdida de sentido	1							1
g- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	7							3
g- Poca expresividad/gestualidad	3							1
g- Pocas habilidades sociales	1							1
g- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	2							2
g- Tono de voz bajo	1							1
g- Tono de voz neutro	2							1
g- Visión negativa del futuro	3							1
g- Visión negativa del mundo	3							1
Totales	12	8	4	9	15	10	8	66

### **7.2.6 Sintomatología depresiva relevada (código bb y a)**

Continuando con el análisis, se exploró la sintomatología depresiva relevada por los entrevistados durante la entrevista a raíz del video observado. Al igual que con el grupo anterior, en el análisis de datos se destacó, del grupo de síntomas general, aquellos que fueron mencionados inicialmente (muchas veces espontáneo).

Al analizar la sintomatología consignados por los entrevistados no se observa diferencias en la cantidad de códigos utilizados. A su vez, todos los terapeutas del grupo realizaron una descripción de síntomas depresivos como ansiosos mencionando la presencia e importancia de ambos cuadros. En comparación con el grupo anterior, se observa un leve incremento en la utilización de códigos. El grupo actual utiliza un promedio de 28 códigos por persona mientras que el grupo de más de 15 años utiliza en promedio 17 códigos por persona.

También se observa paridad en la cantidad de códigos utilizados por los entrevistados TCC (35 códigos) y los entrevistados psicodinámicos (36 códigos) a diferencia de lo obtenido en el grupo de + 15 años, donde el entrevistado con marco psicodinámico utilizó una mayor cantidad de códigos.

En comparación con el grupo anterior se observa coincidencias en los códigos de mayor utilización, siendo estos: **Alteraciones en el sueño (Insomnio), pérdida de ganas (anhedonia), ganas de estar en la cama, pérdida de interés, pérdida de energía/voluntad y pérdida de interés.**

En relación con la sintomatología depresiva general, los entrevistados mencionaron ([ver Figura 55](#)):

**Figura 55:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo.

	10 PROTOCOLO...	14 PROTOCOLO...	15 PROTOCOLO...	16 PROTOCOLO...	Totales
BB- Afectividad negativa		●			1
BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)		●			1
BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	●	●	●	●	4
BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, ob...	●	●	●		3
BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	●			●	2
BB- Ansiedad (y sus síntomas)			●	●	2
BB- Aumento de cansancio	●				1
BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfu...	●	●			2
BB- Aumento de la inhibición	●			●	2
BB- Baja autoestima		●			1
BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)		●	●	●	3
BB- Dificultad para concentrarse				●	1
BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas				●	1
BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo...		●		●	2
BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)		●			1
BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	●	●	●		3
BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de fa...			●	●	2
BB- Ganas de estar en la cama	●	●	●	●	4
BB- Ganas de lastimarse/Lastimarse				●	1
BB- Hace menos contacto visual	●	●			2
BB- Hombros caídos		●			1
BB- Ideación suicida				●	1
BB- Irritabilidad				●	1
BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)			●	●	2
BB- Pérdida de energía/voluntad		●	●	●	3
BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	●	●	●	●	4
BB- Pérdida de interés	●	●	●	●	3
BB- Pérdida de motivación	●		●	●	3
BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros			●	●	2
BB- Pérdida de sentido			●	●	2
BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	●		●		2
BB- Poca expresividad/gestualidad				●	1
BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)		●	●	●	3
BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada		●		●	2
BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.		●			1
<b>Totales</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>70</b>

- **Protocolo 10 (13 códigos):** Alteraciones en el sueño (Insomnio), Alteraciones en la alimentación, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Aumento de cansancio, Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Aumento de la inhibición, Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Fatiga, Ganas de estar en la cama, Hace menos contacto visual, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés, Pérdida de motivación y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- **Protocolo 14 (18 códigos):** Afectividad negativa, Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Alteraciones en el sueño (Insomnio), Alteraciones en la alimentación, Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Baja autoestima, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Dificultades interpersonales, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Ganas de estar en la cama, Hace menos contacto visual, Hombros caídos, Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia), Recurrencias, Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada y Tono de voz bajo, neutro, etc.
- **Protocolo 15 (16 códigos):** Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Alteraciones en el sueño (Insomnio), Alteraciones en la alimentación, Ansiedad (y sus síntomas), Aumento de Soledad/ aislamiento, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Eventos estresantes de la vida (ej., abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Ganas de estar en la cama, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés, Pérdida de motivación, Pérdida de objetivos y proyectos

futuros, Pérdida de sentido, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y Recurrencia (episodios depresivos previos).

- **Protocolo 16 (23 códigos): 1** Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Ansiedad (y sus síntomas), Aumento de la inhibición, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Dificultad para concentrarse, Dificultad para confiar en los otros, Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Dificultades interpersonales, Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Ganas de estar en la cama, Ganas de lastimarse, Ideación suicida, Irritabilidad, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés, Pérdida de motivación, Pérdida de objetivos y proyectos futuros, Pérdida de sentido, Poca expresividad/gestualidad, Recurrencia (episodios depresivos previos) y Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio), Ganas de estar en la cama y Pérdida de ganas (anhedonia).
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Alteraciones en la alimentación, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de interés, Pérdida de motivación y Recurrencia (episodios depresivos previos).

- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Ansiedad (y sus síntomas), Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Aumento de la inhibición, Dificultades interpersonales, Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Hace menos contacto visual, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de objetivos y proyectos futuros, Pérdida de sentido, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada.

- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Afectividad negativa, Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Aumento de cansancio, Aumento de Soledad/ aislamiento, Baja autoestima, Dificultad para concentrarse, Dificultad para confiar en los otros, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Ganas de lastimarse/Lastimarse, Hombros caídos, Ideación suicida, Irritabilidad, Poca expresividad/gestualidad y Tono de voz bajo, neutro, etc.

Al analizar el grupo de los primeros síntomas depresivos (código A) se obtuvo un total de 28 códigos entre los que se destacan ([ver Figura 56](#)):

- **Protocolo 10:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia), Aumento de conductas evitativas, Ganas de estar en la cama y Pérdida de ganas (anhedonia).

- **Protocolo 14:** Afectividad negativa, Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia), Ensimismado, Eventos estresantes de la vida, Ganas de estar en la cama, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de energía/voluntad y Recurrencia.

- **Protocolo 15:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias), Ansiedad (y sus síntomas), Eventos estresantes de la vida, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de energía/voluntad y Pérdida o disminución del disfrute.

- **Protocolo 16:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias), Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Ansiedad (y sus síntomas), Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Dificultades para concentrarse, Ganas de estar en la cama, Irritabilidad, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de energía/voluntad y Recurrencia.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias) y Pérdida de ganas (anhedonia).

- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Ganas de estar en la cama y Pérdida de energía/voluntad.

- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Ansiedad (y sus síntomas), Eventos estresantes de la vida y Recurrencia.

- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Afectividad negativa, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Aumento de conductas evitativas, Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Dificultades para concentrarse, Ensimismado, Irritabilidad y Pérdida o disminución del disfrute.

**Figura 56:** Listado de códigos de primeros síntomas utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo.

	10 PROTOCOLO 10	14 PROTOCOLO 14	15 PROTOCOLO 15	16 PROTOCOLO 16-	Totales
A- Afectividad negativa		●			1
A- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia)	●	●	●	●	4
A- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)				●	1
A- Ansiedad (y sus síntomas)			●	●	2
A- Aumento de conductas evitativas	●				1
A- Dificultad para realizar las actividades cotidianas				●	1
A- Dificultades para concentrarse				●	1
A- Ensimismado		●			1
A- Eventos estresantes de la vida		●	●		2
A- Ganas de estar en la cama	●	●		●	3
A- Irritabilidad				●	1
A- Pérdida de energía/voluntad		●	●	●	3
A- Pérdida de ganas (anhedonia)	●	●	●	●	4
A- Pérdida o disminución del disfrute			●		1
A- Recurrencia		●		●	2
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>28</b>

Al realizar la intercepción entre los códigos utilizados por los terapeutas para describir sintomáticamente a un paciente con un trastorno depresivo y los códigos utilizados para registrar los primeros síntomas depresivos se obtiene la siguiente clasificación:

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cuatro entrevistados:**

Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia) y Pérdida de ganas (anhedonia). La mayoría de este grupo permanece estable. Solamente “Ganas de estar en la cama” no es mencionado dentro de los primeros síntomas por los cuatro entrevistados sino por 3.

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados:** Pérdida de energía/voluntad.

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados:**

Ansiedad (y sus síntomas) y Eventos estresantes de la vida.

- **Códigos utilizados en ambos grupos por un entrevistado:** Afectividad

negativa, Dificultades para concentrarse e Irritabilidad.

Existen códigos que al ser estudiados en la intercepción mencionada anteriormente muestran ciertas diferencias. Por ejemplo:

- **Códigos que no han sido mencionados por los entrevistados**

**espontáneamente, pero si cuando se le piden que describan los síntomas**

**característicos de una persona que presente un cuadro depresivo:** Alteraciones en la alimentación, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Pérdida de interés, Pérdida de motivación y Recurrencia (episodios depresivos previos).

- **La totalidad de estos códigos han sido mencionados por tres**

**terapeutas a la hora de describir a un paciente deprimido.** Aumento de la inhibición, Dificultades interpersonales, Hace menos contacto visual, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de objetivos y proyectos futuros, Pérdida de sentido y Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada (mencionados por 2 entrevistados) y Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Aumento de cansancio, Aumento de Soledad/ aislamiento, Baja autoestima, Dificultad para concentrarse, Dificultad para confiar en los otros, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Ganas de lastimarse/Lastimarse, Hombros caídos, Ideación suicida, Irritabilidad, Poca

expresividad/gestualidad y Tono de voz bajo, neutro, etc. Mencionados por un entrevistado.

- **Códigos que se han mencionado en mayor medida cuando se pide que describan a un paciente con síntomas depresivos que de manera espontánea o cuando describen a la paciente del video estímulo:** Ganas de estar en la cama (de 4 menciones a 3); Recurrencia (episodios depresivos previos – de 3 a 2); Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc. – 2 a 1); Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional 2-1) y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia – 2 a 1).

De manera similar al análisis del grupo anterior se observan diferencias significativas en la cantidad de códigos utilizados como en la profundidad de su utilización. Al ingresar el factor tiempo en el análisis, estos grupos sufren ciertas alteraciones disminuyendo el número de síntomas descriptos y de coincidencias.

Al analizar dichas diferencias resulta posible resaltar que **Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias)** y **Pérdida de ganas (anhedonia)** son los síntomas de mayor accesibilidad y potencia para los integrantes de este grupo al ser mencionado por los 4 participantes en ambos grupos de códigos. Al compararlo con el grupo anterior se observa una coincidencia en **Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias)** seguido por **Pérdida de energía/voluntad**. Resulta interesante remarcar que no fue mencionado en este grupo de códigos al **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)**.

**7.2.7 Comparación sintomatología depresiva relevada e imagen prototípica (código bb y g).**

Continuando con la comparación y análisis de las respuestas dadas se analizó las contestaciones brindadas por los entrevistados sobre la descripción general de un paciente que atraviesa un trastorno depresivo (descripción dirigida a explorar la imagen general y prototípica a partir de los recuerdos y experiencia del entrevistado expresado bajo código G) y la descripción sintomática general de la paciente presentada en el video (expresado bajo el código BB).

Al entrecruzar los datos, se observa la existencia de códigos que han sido nombrados en ambas ocasiones entre los que se destaca:

- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad): Fue utilizado una vez menos en Ideas Prototípicas.
- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)
- Aumento de inhibición
- Baja autoestima
- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene): Fue utilizado una vez menos en Ideas Prototípicas.
- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere): Fue utilizado una vez menos en Ideas Prototípicas.
- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)
- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento): Fue utilizado una vez menos en Ideas Prototípicas.

- Ganas de estar en la cama): Fue utilizado tres veces menos en Ideas

Prototípicas.

- Hace menos contacto visual
- Hombros caídos
- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)
- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia): Fue utilizado una vez más en Ideas

Prototípicas.

- Pérdida de ganas (anhedonia)
- Pérdida de interés (anhedonia): Fue utilizado una vez más en Ideas

Prototípicas.

- Pérdida de sentido: Fue utilizado una vez menos en Ideas Prototípicas.
- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia): Fue utilizado dos veces

menos en Ideas Prototípicas.

- Poca expresividad/gestualidad
- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada
- Tono de voz bajo, neutro, etc.

Dicho grupo es posible de ser ordenado jerárquicamente iniciando por los códigos que han sido nombrados por los cuatro terapeutas, luego por tres continuando hasta llegar a uno:

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cuatro entrevistados en ambos grupos:** Pérdida de energía/ Voluntad (abulia) y Pérdida de ganas (anhedonia).

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados en ambos grupos: 0**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados en ambos grupos:** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Aumento de inhibición, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Hace menos contacto visual y - Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los un entrevistado en ambos grupos:** Baja autoestima, Hombros caídos y Poca expresividad/gestualidad.

Adicionalmente existen códigos nombrados en ambos grupos pero que han sufrido variaciones (nombrados más entrevistados en una de las oportunidades), entre los que se destaca:

- **Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).

- **Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Ganas de estar en la cama:** fue nombrado significativamente en mayor oportunidad a la hora de descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Pérdida de interés (anhedonia):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Pérdida de sentido:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).
- **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (cód. BB) que en la descripción prototípica (cód. G).

Existen códigos que han sido mencionados en mayor oportunidad o solamente al describir a imagen prototípica:

- **Tono de voz bajo, neutro, etc.:** Fue mencionado más veces a la hora de describir la imagen prototípica.

- **Pocas habilidades sociales:** Fue mencionado solamente al describir la imagen prototípica.

También resulta posible mencionar la existencia de códigos utilizados solamente para describir a la sintomatología de la paciente del video estímulo y no al solicitarles la descripción prototípica de un paciente que atraviesa un cuadro depresivo:

- Afectividad negativa
- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)
- Alteraciones en el sueño (Insomnio)
- Ansiedad (y sus síntomas)
- Aumento de cansancio
- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)
- Aumento de Soledad/ aislamiento
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para realizar las actividades cotidianas
- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)
- Ganas de lastimarse/Lastimarse
- Ideación suicida
- Irritabilidad
- Pérdida de motivación

- Pérdida de objetivos y proyectos futuros
- Recurrencia (episodios depresivos previos)

De manera similar a lo registrado en el análisis del grupo anterior, en general, los entrevistados utilizaron una mayor cantidad de códigos al describir a la sintomatología de la paciente presente en el video estímulo (códigos: 21) que al describir a una persona que atraviesa un cuadro depresivo prototípico (códigos 15). Al comparar las respuestas brindadas por ambos grupos se observa que en ambas oportunidades el código: **Pérdida de ganas (anhedonia)** fue mencionado por todos los entrevistados en ambos grupos ([ver Figura 57](#)).

## 7.2.8 Factores de riesgo (código b)

Continuando con el análisis y a fin de poder completar el estudio sobre la mirada psicopatológica de los entrevistados, se les pregunto sobre qué factores de riesgo para el

**Figura 57:** Cuadro de comparación entre los códigos utilizados para describir sintomáticamente a la paciente del video estímulo y a un paciente prototípico.

Descripción general de la paciente						Ideas Prototípicas					
	P10	P14	P15	P16	Totales		P10	P14	P15	P16	Totales
● BB- Afectividad negativa	0	1	0	0	1						
● BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	0	1	0	0	1						
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	1	1	1	1	4						
● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	1	1	1	0	3	● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2
● BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	1	0	0	1	2	● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	1	1	0	0	2
● BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	0	1	2	3						
● BB- Aumento de cansancio	1	0	0	0	1						
● BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	0	0	2						
● BB- Aumento de la inhibición	1	0	0	1	2	● G- Aumento de inhibición	1	0	0	1	2
● BB- Aumento de Soledad/ aislamiento	0	0	1	0	1						
● BB- Baja autoestima	0	1	0	0	1	● G- Baja autoestima	0	1	0	0	1
● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	0	2	1	1	4	● G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	1	1	1	3
● BB- Dificultad para concentrarse	0	0	0	1	1						
● BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	0	0	0	1	1						
● BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	1	0	1	2	● G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	1	0	0	1
● BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	2	0	0	2	● G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	0	0	2
● BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	1	1	0	3	● G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	0	1	0	2
● BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	0	1	1	2						
● BB- Ganas de estar en la cama	1	1	2	1	5	● G- Ganas de estar en la cama	0	0	1	0	1
● BB- Ganas de lastimarse/Lastimarse	0	0	0	1	1						
● BB- Hace menos contacto visual	1	1	0	0	2	● G- Hace menos contacto visual	1	1	0	0	2
● BB- Hombros caídos	0	1	0	0	1	● G- Hombros caídos	0	1	0	0	1
● BB- Ideación suicida	0	0	0	1	1						
● BB- Irritabilidad	0	0	0	1	1						
● BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	0	0	2	1	3	● G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	1	1	2
● BB- Pérdida de energía/voluntad	0	1	1	2	4	● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	1	1	1	1	4
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	2	1	1	2	6	● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	4
● BB- Pérdida de interes	1	0	1	1	3	● G- Pérdida de interes (anhedonia)	1	1	1	1	4
● BB- Pérdida de motivación	1	0	1	1	3						
● BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	1	1	2						
● BB- Pérdida de sentido	0	0	1	1	2	● G- Pérdida de sentido	0	0	1	0	1
● BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	0	2	0	3	● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	1	0	1
● BB- Poca expresividad/gestualidad	0	0	0	1	1	● G- Poca expresividad/gestualidad	0	0	0	1	1
● BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	0	1	1	2	4						
● BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	1	0	1	2	● G- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	1	0	1	2
● BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	0	0	1	● G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	2	0	0	2
						● G- Pocas habilidades sociales	0	1	0	0	1
<b>Cantidad de Códigos: 21</b>						<b>Cantidad de Códigos: 15</b>					

desarrollo de un trastorno depresivo conocían. De manera similar a lo sucedido con los integrantes del grupo anterior, en general los entrevistados manifestaron dificultades para responder esta pregunta. Al analizar las reacciones de los entrevistados de este grupo se observan inicios de respuesta tales como: *“Eh... ¿cuáles predisponentes...? Para, ¿factores predisponentes o de riesgo? Ah, son lo mismo”*; *“lo que pasa es que se me ocurren mil cosas, pero las que me vengan a la mente...”* *“Mira hace mil que no leo de eso, por lo cual no me acuerdo demasiado, pero...”*.

En total, los cuatro entrevistados utilizaron un total de 20 códigos (promedio de 5 códigos por entrevistado) siendo levemente menor a la cantidad de códigos por persona utilizados por los entrevistados del grupo anterior (6,66).

Los entrevistados con marco teórico psicodinámico, de manera similar a lo observado en el grupo anterior, mencionaron una mayor cantidad de códigos (11) en comparación de los entrevistados TCC (9). **Resulta interesante resaltar que la mayoría de los códigos utilizados para remarcar los factores de riesgos se encuentra relacionados a factores médicos/biológicas** a diferencia de lo obtenido en el análisis del grupo de mayor experiencia donde, si bien se mencionaron dichos factores, predominaron las variables psicológicas ([ver Figura 58](#)).



Los códigos estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

- **Protocolo 10 (8):** Enfermedad terminal; Enfermedad crónicas; Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.); Eventos estresantes de la vida; Infarto agudo de miocardio; Problemas económicos y Problemas en el trabajo.
- **Protocolo 14 (6):** Antecedentes Familiares; Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.); Episodios de ansiedad y Eventos estresantes de la vida.
- **Protocolo 15 (3):** Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.) y Vulnerabilidad Social.
- **Protocolo 16 (7):** Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral; Consumo de drogas o alcohol; Enfermedades crónicas; Ideación/ intento de suicida; Pocos lazos afectivos (soledad); Recurrencias (Episodios depresivos previos) y Red de apoyo.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas: 0**
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.).
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Enfermedades crónicas; y Eventos estresantes de la vida.

- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Antecedentes Familiares; Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral; Consumo de drogas o alcohol; Enfermedad terminal; Episodios de ansiedad; Ideación/ intento de suicida; Pocos lazos afectivos (soledad); Infarto agudo de miocardio; Problemas económicos y Problemas en el trabajo y Vulnerabilidad Social.

Se realizó la comparación entre los factores de riesgo (código B), los códigos utilizados para realizar la descripción sintomática de la paciente del video (cód. BB) y los códigos utilizados para describir a un paciente prototípico (cód. G).

De manera similar a lo observado en el grupo anterior, se utilizaron menos códigos para describir a la imagen prototípica (22 cód.) de un paciente deprimido en comparación de los códigos utilizados para describir a la sintomatología de la paciente del video (36 cód.). También se han mencionado menor cantidad de factores de riesgo en comparación de los otros dos grupos (cód. 17) ([ver Figura 59](#)).

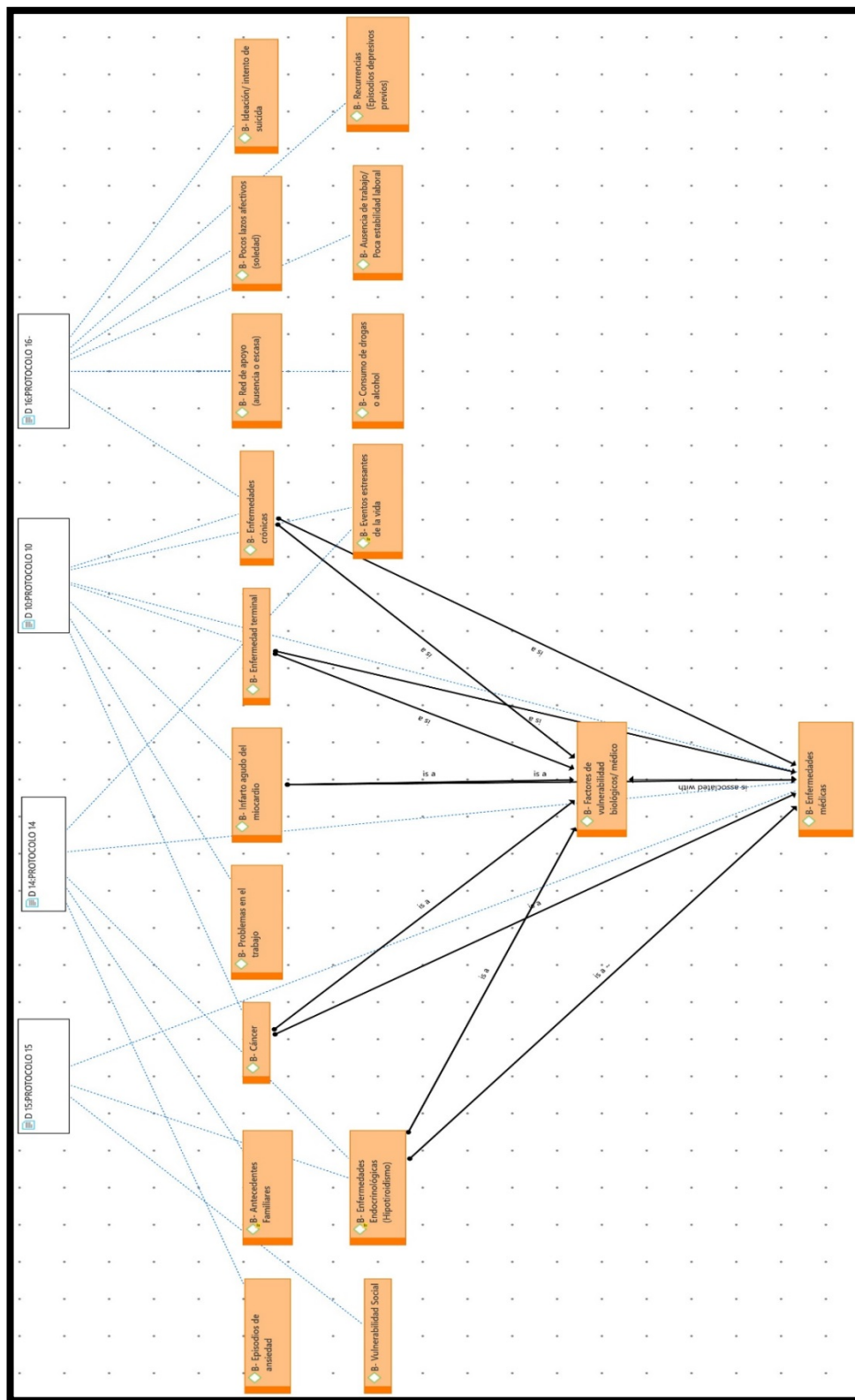
- Existen códigos que han sido compartidos en los 3 grupos como:
  - **Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento):** mencionado por tres entrevistados al describir la sintomatología de la paciente, por dos entrevistados al desarrollar la imagen prototípica y por un entrevistado al mencionar los factores de riesgo.
- Existen códigos que han sido compartidos en dos grupos:

- **Ansiedad (y sus síntomas):** Fue mencionado al describir la sintomatología de la paciente y mencionar los factores de riesgo.
- **Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.):** similar al punto anterior.
- **Ideación suicida:** similar al punto anterior.
- Existen códigos que han sido mencionados solamente al solicitarles factores de riesgo:
  - Problemas económicos
  - Problemas en el trabajo
  - Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral
  - Red de apoyo (ausencia o escasa)
  - Antecedentes Familiares
  - Consumo de drogas o alcohol
  - Enfermedad terminal
  - Enfermedades crónicas
  - Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, etc.).
  - Infarto agudo de miocardio
  - Vulnerabilidad Social

Al comparar los resultados obtenidos en ambos grupos se pueden observar ciertas coincidencias en códigos mencionados solamente como factores de riesgo:

- Vulnerabilidad social
- Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo)
- Enfermedades oncológicas

Figura 59: Red de códigos utilizados por los entrevistados al referirse a vulnerabilidades biológicas o médicas.



### ***7.2.9 Sintomatología comórbida con trastornos de ansiedad***

Por último, de manera similar a lo analizado con el grupo anterior se estudió y exploró (si era pertinente) la sintomatología ansiosa que algunos entrevistados relevaron. En el grupo en cuestión, los entrevistados mencionaron los siguientes códigos (18 códigos):

- **No hubo ningún código mencionado por los cuatro entrevistados: 0**
- **Códigos mencionados por tres entrevistados:** Hipertensión.
- **Códigos mencionados por dos entrevistados:** Aumento de conductas evitativas; Insomnio; Miedo a conducta específica (navegar, etc.); Miedo a morir y Sudoración.
- **Códigos mencionados por uno de los entrevistados:** Alteraciones en el sueño (Insomnio); Aumento de movimiento en su cuerpo; Discurso acelerado; Hipotensión; Miedo a que le pase algo y esté sola; Miedo a sintomatología física de ansiedad (sensibilidad a la ansiedad); Necesidad de control y Taquicardia.

Al indagar y comparar las respuestas con el grupo anteriormente analizado se observa que los terapeutas de 11-15 años de experiencia destacaron con mayor intensidad sintomatología ansiosa en la paciente, utilizando mayor número de códigos (21 Cod. Vs 4 Cod). Por ejemplo, el protocolo 14 (TCC) mencionó 12 códigos y el protocolo 10 (psicodinámico) mencionó 5 códigos

(ambos protocolos comienzan la entrevista mencionando en primera medida, un diagnóstico ubicado en el polo ansioso para luego incorporar la sintomatología depresiva).

Existen códigos que se han mencionado tanto en este grupo de entrevistados como en el anterior, entre los que se destaca: Aumento de conductas evitativas; Sudoración y Necesidad de control ([ver Figura 60](#)).

**Figura 60:** Síntomas ansiosos mencionados por los entrevistados observados en la paciente del video estímulo.

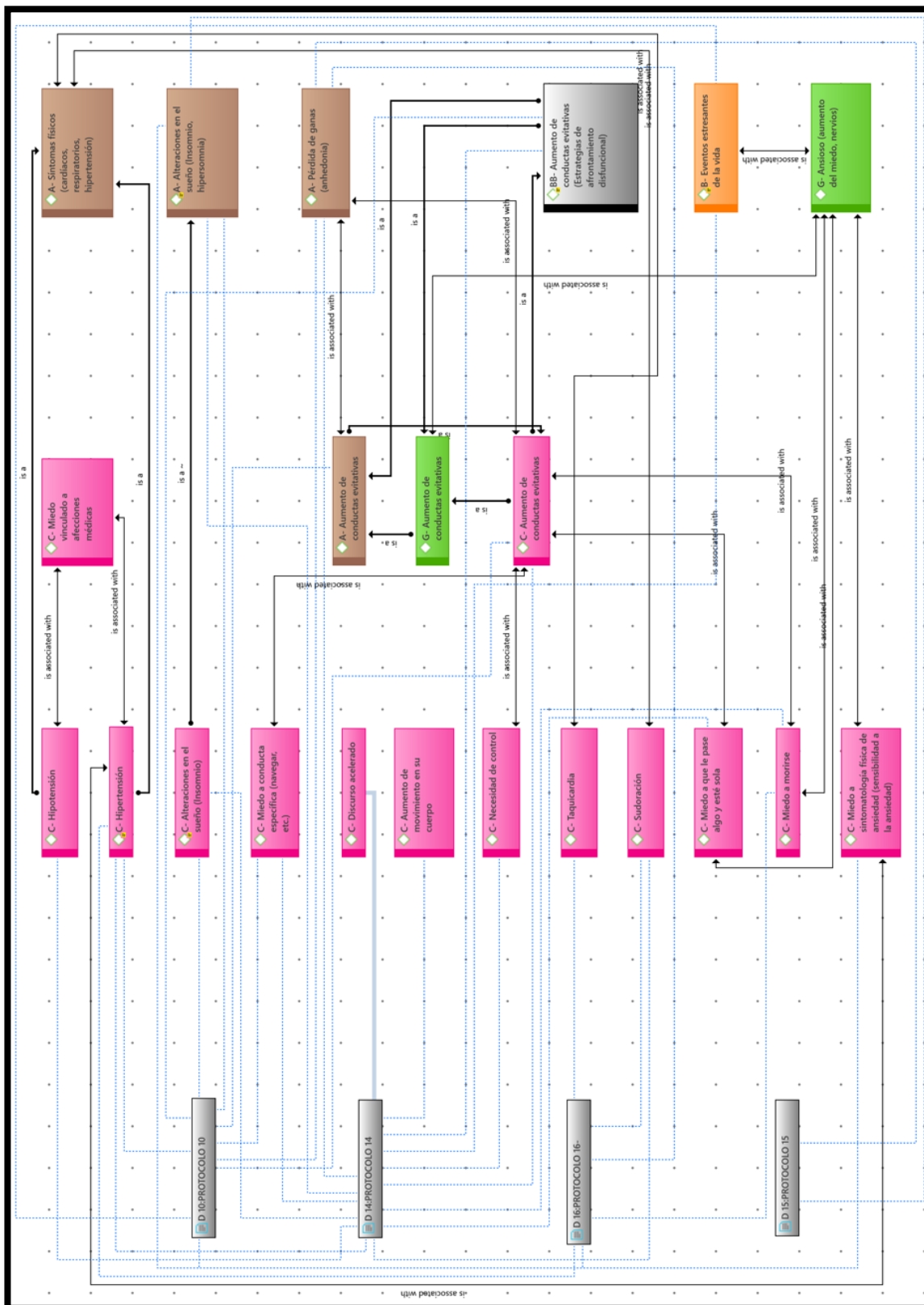
		10 PROTOCOLO... 11	14 PROTOCOLO 14 13	15 PROTOCOLO... 9	16 PROTOCOLO... 12	Totales
C- Aumento de conductas evitativas	5	●	●			2
C- Aumento de movimiento en su cuerpo	2		●			1
C- Discurso acelerado	1		●			1
C- Hipertensión	11	●	●		●	3
C- Hipotensión	2		●			1
C- Miedo a conducta específica (navegar, etc.)	5	●	●			2
C- Miedo a morir	8		●		●	2
C- Miedo a que le pase algo y esté sola	2		●			1
C- Miedo a sintomatología física de ansiedad (sensibilidad a la ansiedad)	3	●				1
C- Necesidad de control	2		●			1
C- Sudoración	8		●		●	2
C- Taquicardia	1				●	1
Totales		4	10	0	4	18

Continuando con la exploración, se evaluó la coinciden o posibles relaciones entre los códigos utilizados para registrar a la sintomatología depresiva (ya sea en la paciente del video o en general). Se pudo observar que los entrevistados utilizaron los mismos códigos para registrar ambos tipos de sintomatología, entre los que se destacan:

- **Alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia)**
- **Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión):** Este código fue utilizado por entrevistados de otros grupos para registrar síntomas depresivos y se encuentra asociado a códigos de sintomatología ansiosa utilizado por integrantes de este grupo: Hipertensión, Hipotensión y Sudoración.
- **Aumento de conductas evitativas:** que al mismo tiempo presenta relación con otros códigos como Pérdida de ganas, Miedo a morir; Miedo a que le pase algo y este sola; Miedo a conductas específicas (navegar, etc.). Resulta interesante destacar que dicho código ha sido mencionado para registrar sintomatología ansiosa, la imagen prototípica de paciente deprimidos, los primeros síntomas depresivos registrados y como factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo. En la imagen 44 ([Ver Figura 61](#)) se puede observar la red central que ocupa en la red creada entre los códigos seleccionados por los integrantes del grupo, la sintomatología ansiosa y códigos vecinos (sintomatología depresiva e imagen prototípica).

En resumen, es posible observar que las coincidencias más significativas entre códigos utilizados para registrar la sintomatología de ambas esferas se encuentran vinculadas hacia aspectos físicos y conductuales.

Figura 61: Red de códigos de sintomatología ansiosa junto a códigos vecinos.



### *7.2.10 Análisis integrador*

El grupo de terapeutas de 11 a 15 años de experiencia se encuentra conformado por dos varones (protocolo 14 y 10) y dos mujeres (protocolo 15 y 16). A su vez, es posible decir que dos de los terapeutas (protocolo 14 y 15) tiene como marco teórico a la terapia cognitiva conductual y el protocolo 10 y 16 tienen como marco teórico a la terapia psicodinámica.

En términos generales se puede decir que, los participantes destacan que para obtener información necesaria para lograr comprender qué le sucede a la paciente, recurren tanto al lenguaje verbal como al no verbal y otros detalles (por ejemplo, si hace contacto visual o no).

Si bien los resultados parecen ser similares a los obtenidos en el grupo de mayor experiencia, al analizar los códigos utilizados se observa que el grupo de mayor experiencia puntualizado en mayor medida sobre el contenido del relato (como lo inicia, como responder a las preguntas, omisiones en el mismo, etc.) mientras que el grupo de entrevistados de 11- 15 años de experiencia, resaltaron, en mayor medida, características vinculadas al lenguaje no verbales como imagen, higiene, tonalidad de voz, etc.

- Continuando con el análisis de los datos generales, de manera similar al grupo anterior, los entrevistados destacan que la admisión es un proceso que se encuentra conformado generalmente por más de un encuentro, donde el terapeuta deberá relevar especialmente: la evolución de la sintomatología, el motivo de consulta y antecedentes y enfermedades médicas.

Al comparar las respuestas dadas por ambos grupos se destaca que, si bien existen ciertas coincidencias en la información que consideran necesaria recopilar: **Antecedentes y enfermedades médicas; Eventos significativos para la paciente; Expectativas; Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Red de apoyo (características de su familia,**

**amigos, etc.) y Sintomatología**, se observó que el grupo 2 utiliza un número significativamente menor de códigos (aproximadamente la mitad de códigos) y existió menor cantidad de coincidencias.

La exploración de la información pareciera estar más focalizada y dirigida a explorar el motivo de consulta, su evolución sintomática y antecedentes de enfermedades médicas y mentales, dejando por fuerza información cualitativa significativa resaltada por el grupo anterior como: información sobre su contexto, sus eventos significativos, características de su red de apoyo y otra información más general sobre los gustos, objetivos, expectativas, etc. del paciente.

Al continuar analizando la respuesta a la pregunta inicial (“¿*Qué pensás qué le pasa a la paciente...*”?) se pudo observar que las respuestas dadas no muestran la unanimidad destacada por el grupo anterior. Los entrevistados cuyo marco teórico era el psicodinámico dieron respuestas similares a los entrevistados con mayor experiencia focalizándose en la descripción holística del padecer de la paciente, las características de su estilo de afrontamiento, mecanismos de defensa y el relevamiento de lo sentido y pensado durante la entrevista (contratransferencia) para aquellos entrevistados cuyo marco teórico era el psicodinámico.

Por su parte, los entrevistados TCC, respondieron la pregunta inicial centrándose en la recolección sintomatológica de la paciente, pensando posibles intervenciones o tipos de tratamiento. Una integrante de este grupo mencionó el tener al DSM y/o CIE en la cabeza a la hora de realizar una primera entrevista.

- A partir de los resultados obtenidos y en sintonía con lo analizado en el grupo anterior, se estudió en profundidad (más allá de las menciones espontáneas que pudieron realizar los entrevistados al iniciar la entrevista) el relevamiento sobre cómo se sintieron (contratransferencia) con la paciente durante la entrevista. El análisis de los resultados permitió

observar qué, si bien utilizan una gran cantidad de códigos, estos son levemente inferiores a lo registrado en el grupo anterior. A su vez, no se obtuvieron respuestas que hayan sido coincidentes por todos los integrantes del grupo o su mayoría, a diferencia de lo sucedido con el grupo anterior donde se obtuvo un código elegido unánimemente y tres códigos elegidos por la mayoría del grupo.

**Continuando la comparación se observa que, si bien la mitad de los integrantes del actual grupo dicen utilizar la contratransferencia de la misma manera (es decir como información diagnóstica) la restante dice no darle lugar o importancia. Esta diferencia significativa podría favorecer un registro más difuso y menos preciso de lo pensado y sentido.**

**A su vez, los dos entrevistados que no dan relevancia a dicha información mencionan tener al DSM en la cabeza cuando realiza primeras entrevistas. Esta característica se evidencia (como se observará más adelante) en grupos de entrevistados con menor experiencia clínica.**

- También se les preguntó a los a los entrevistados sobre qué les generaba los pacientes deprimidos en general (ya por fuera de los experimentado con la paciente del video estímulo). El código que se destacó fue el de **"impotencia"** el cual también ha sido destacado significativamente en el grupo anteriormente analizado. Al explorar el conjunto de los códigos elegidos es posible observar coincidencias con lo obtenido en el grupo anterior. Se destaca, en general, mayor cantidad de reacciones negativas que pueden tender a generarles incomodidad, tales como: impotencia, cansancio, adormecimiento, sueño, dificultad para comprenderlo y empatizar y rechazo.

Existen también un número pequeño de respuestas que han elegido códigos que podrían ser considerados como positivos y que se encuentran vinculados con ganas de ayudarlos y escucharlo.

En resumen, las respuestas obtenidas presentan similitud con las obtenidas en el grupo anteriormente analizada. Al mismo tiempo, no se observaron diferencias en las respuestas obtenidas cuando se toma en cuenta el marco teórico de los profesionales.

- En relación con las ideas preconcebidas (imagen prototípica) sobre pacientes deprimidos, tres de los cuatro protocolos (10, 15 y 16) aclararon que existen diferentes presentaciones clínicas en cuanto a la gravedad y complejidad sintomática. Incluso, el protocolo 16 (marco teórico psicodinámico) mencionó como posibilidad, qué un paciente puede presentar un cuadro depresivo con características opuestas a las esperadas como, por ejemplo: **presentar discurso claro y racional, mostrarse con energía, con características más ansiosas, sintomatología física y no presentar respuestas emocionales ante situaciones estresantes o traumáticas.**

Vale mencionar que en el grupo de mayor experiencia dos protocolos (es decir, la mayor parte del grupo, con marco teórico era mixto) indicaron características similares de presentación (estas características ya habían sido mencionadas por dos terapeutas).

Los códigos más utilizados por los integrantes del grupo (todos) fueron: **Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés (anhedonia).** Estos fueron seguidos (utilizados por la mayoría del grupo) por: **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene).**

Al compararlo con el grupo anterior se pueden observar similitudes en los códigos utilizados. Ambos grupos coinciden en remarcar a la **Pérdida de ganas (anhedonia)** como síntoma con mayor fuerza diagnóstica, seguido por **Perdida de energía y de Interés**.

Resulta interesante resaltar que este grupo ha elegido con menor fuerza al código **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)** y **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)**. En su lugar asigno mayor relevancia a características observables como **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)**, **Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)**; **Hace menos contacto visual**; **Hombros caídos**; **Poca expresividad/gestualidad**; **Tono de voz bajo y Tono de voz neutro**.

- Una vez obtenida la información sobre la imagen prototípica, se exploró la descripción sintomatológica que los entrevistados relevaron durante la entrevista. Al igual que con el grupo anterior, en el análisis de los datos se destacaron, del grupo de síntomas general, aquellos síntomas mencionados inicialmente (muchas veces espontáneo).

En relación con los primeros síntomas depresivos registrados, términos generales es posible decir que los integrantes de este grupo utilizan un porcentaje menor de primeros síntomas mencionado por protocolo que el grupo anterior (el grupo actual menciona 3,7 códigos por protocolo mientras que el grupo de mayor experiencia menciona 5,66 códigos por persona). Es decir que el grupo de mayor experiencia mencionó una mayor cantidad de síntomas de manera o al describir la sintomatología de la paciente del video.

A su vez, de los 15 códigos utilizados por los integrantes del grupo para mencionar los primeros síntomas depresivos, el 40% de ellos estuvo presente en la descripción prototípica, mientras que en el grupo de mayor experiencia, de los 17 códigos utilizados, el 58,8% se encontró también en la imagen prototípica evidenciando una imagen preconcebida más rica (6,66

códigos por persona en el grupo de mayor experiencia versus 5,5 códigos por persona en el grupo actual) y una mayor influencia a la hora de describir a un paciente en el presente (Ver [Figura 62](#)).

En comparación con el grupo anterior se observa coincidencias en los códigos de mayor utilización, siendo estos: **Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias, etc.), pérdida de ganas (anhedonia), ganas de estar en la cama** (estos tres primeros códigos fueron mencionados por todos los integrantes del grupo), **pérdida de interés, pérdida de energía/voluntad y pérdida de interés**. Se destaca también coincidencias entre ambos grupos, con menor intensidad

*Figura 62: Cuadro comparativo entre sintomatología prototípica y primeros síntomas depresivos registrados por terapeutas de 11-15 años de experiencia.*

G- IMAGEN PROTOTÍPICA	10	14	15	16	T	A- PRIMEROS SÍNTOMAS	10	14	15	16	T
● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2	● A- Afectividad negativa	0	1	0	0	1
● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	1	1	0	0	2	● A- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	0	0	1	1
● G- Aumento de inhibición	1	0	0	1	2	● A- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias)	1	1	1	1	4
● G- Baja autoestima	0	1	0	0	1	● A- Ansiedad (y sus síntomas)	0	0	1	1	2
● G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	1	1	1	3	● A- Aumento de conductas evitativas	1	0	0	0	1
● G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	1	0	0	1	● A- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	0	0	0	1	1
● G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	0	0	2	● A- Dificultades para concentrarse	0	0	0	1	1
● G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	0	1	0	2	● A- Ensimismado	0	1	0	0	1
● G- Ganas de estar en la cama	0	0	1	0	1	● A- Ganas de estar en la cama	1	1	0	1	3
● G- Hace menos contacto visual	1	1	0	0	2	● A- Eventos estresantes de la vida	0	1	1	0	2
● G- Hombros caídos	0	1	0	0	1	● A- Irritabilidad	0	0	0	1	1
● G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	1	1	2	● A- Recurrencia	0	1	0	1	2
● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	1	1	1	1	4	● A- Pérdida de energía/voluntad	0	1	1	1	3
● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	4	● A- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	4
● G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	1	1	1	4						
● G- Pérdida de sentido	0	0	1	0	1						
● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	1	0	1	● A- Pérdida o disminución del disfrute	0	0	1	0	1
● G- Poca expresividad/gestualidad	0	0	0	1	1						
● G- Pocas habilidades sociales	0	1	0	0	1						
● G- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	1	0	1	2						
● G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	0	0	1						
● G-Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	1	0	1						
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROT.: 22 (5,5 por participante)</b>						<b>TOTAL DE PRIMEROS SÍNTOMAS.: 15 (3,7 por participante)</b>					
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROT COMPARTIDOS: 6</b>						<b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROT COMPARTIDOS: 6</b>					
<b>% DE SÍNTOMAS PROT. COMPARTIDOS: 27,27%</b>						<b>% DE SÍNTOMAS PRIMEROS SÍNTOMAS: 40%</b>					

en su elección: **Ansiedad (y sus síntomas) y aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional).**

A diferencia del grupo anterior, los protocolos pertenecientes a este grupo manifestaron una mayor cantidad de síntomas observables físicamente como: **Hace menos contacto visual, Aumento de cansancio, Dificultad para concentrarse, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Hombros caídos, poca expresividad/gestualidad y Tono de voz bajo, neutro, etc.**

- Ahora bien, una vez que avanzamos en el análisis de la sintomatología descrita por los entrevistados, al evaluar ya no solo a los primeros síntomas relevados sino todo el grupo sintomático se observa un incremento significativo en la cantidad de síntomas mencionados. El grupo actual menciona un total de 71 códigos (con una variedad total de 35 códigos/síntomas depresivos 9 Se observa un leve descenso, en comparación con el grupo anterior, en el cual los integrantes mencionaron un total de 9,33 cód. por persona) siendo 17,75 la cantidad de códigos promedios seleccionada por cada protocolo siendo casi similar a lo obtenido en el grupo de mayor experiencia (17 cód. por protocolo).

A su vez, el 60% de los cód. utilizados para designar a la sintomatología depresiva formó parte al mismo tiempo, del grupo de síntomas prototípicos. Aquí también se observa un leve descenso en comparación con el grupo anterior, donde el 64,29% de los cód. utilizados para designar a la sintomatología depresiva formaron parte de la descripción prototípica ([Ver Figura 63](#)).

En resumen, luego de observar el análisis comparativo entre ambos grupos, es posible observar que el grupo de mayor experiencia presenta una descripción sintomatológica más robusta y variada tanto en su imagen prototípica de un paciente depresivo como a la hora de

identificar síntomas en un paciente durante una entrevista. También se observó que la imagen prototípica influyó de una manera más significativa en la elección de los primeros síntomas depresivos y en menor medida en la sintomatología en general.

**Figura 63:** Cuadro comparativo entre sintomatología prototípica y síntomas depresivos registrador por terapeutas de 11- 15 años de experiencia.

SINTOMAS DEPRESIVOS	10	14	15	16	T	IMAGEN PROTOTÍPICA	10	14	15	16	T
• BB- Afectividad negativa	0	1	0	0	1						
• BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	0	1	0	0	1						
• BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	1	1	1	1	4						
• BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	1	1	1	0	3	• G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2
• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	1	0	0	1	2	• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	1	1	0	0	2
• BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	0	1	1	2						
• BB- Aumento de cansancio	1	0	0	0	1						
• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	0	0	2						
• BB- Aumento de la inhibición	1	0	0	1	2	• G- Aumento de inhibición	1	0	0	1	2
• BB- Baja autoestima	0	1	0	0	1	• G- Baja autoestima	0	1	0	0	1
• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	0	1	1	1	3	• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	1	1	1	3
• BB- Dificultad para concentrarse	0	0	0	1	1						
• BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	0	0	0	1	1						
• BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	1	0	1	2	• G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	1	0	0	1
• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	1	0	0	1	• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	0	0	2
• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	1	1	0	3	• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	0	1	0	2
• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	0	1	1	2						
• BB- Ganas de estar en la cama	1	1	1	1	4	• G- Ganas de estar en la cama	0	0	1	0	1
• BB- Ganas de lastimarse/Lastimarse	0	0	0	1	1						
• BB- Hace menos contacto visual	1	1	0	0	2	• G- Hace menos contacto visual	1	1	0	0	2
• BB- Hombros caldos	0	1	0	0	1	• G- Hombros caldos	0	1	0	0	1
• BB- Ideación suicida	0	0	0	1	1						
• BB- Irritabilidad	0	0	0	1	1						
• BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	0	0	1	1	2	• G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	1	1	2
• BB- Pérdida de energía/voluntad	0	1	1	1	3	• G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	1	1	1	1	4
• BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	4	• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	4
• BB- Pérdida de interés	1	0	1	1	3	• G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	1	1	1	4
• BB- Pérdida de motivación	1	0	1	1	3						
• BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	1	1	2	• G- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	1	0	1
• BB- Pérdida de sentido	0	0	1	1	2	• G- Pérdida de sentido	0	0	1	0	1
• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	0	1	0	2	• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	1	0	1
• BB- Poca expresividad/gestualidad	0	0	0	1	1	• G- Poca expresividad/gestualidad	0	0	0	1	1
• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	0	1	1	1	3	• G- Pocas habilidades sociales	0	1	0	0	1
• BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	1	0	1	2	• G- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	1	0	1	2
• BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	0	0	1	• G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	0	0	1
TOTAL DE SINTOMAS DEPRESIVOS: 35 (8,75 POR ENTREVISTADO)						TOTAL DE SINTOMAS PROTOTÍPICOS: 22 (5,5 POR ENTREVISTADO)					
TOTAL DE SINTOMAS DEPRESIVOS COMPARTIDOS CON PROTOTIPO: 21						TOTAL DE SINTOMAS PROTOTÍPICOS COMPARTIDOS CON PROTOTIPO: 21					
% DE SINTOMAS DEPRESIVOS COMPARTIDOS CON PROTOTIPO: 60%						% DE SINTOMAS DEPRESIVOS COMPARTIDOS CON PROTOTIPO: 95,45%					

• Continuando con el análisis se exploró y comparó la existencia de similitudes y diferencias entre la imagen prototípica, los síntomas depresivos consignados por los entrevistados y aquellos registrados como criterios diagnósticos en el DSM-V. Al realizar la

comparación entre la sintomatología prototípica y los síntomas registrados en el DSM-V se pudo observar que de los 9 síntomas mencionados por el DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, seis fueron incluidos dentro de las imágenes prototípicas de los entrevistados, lo cual representa el 66,67%. Al compararlo con el grupo anterior se observa un incremento significativo del 22,23% ([ver imagen 64](#)).

**Si bien los resultados continúan manifestando la existencia de una descripción más amplia e integral del cuadro sintomatológico de una persona deprimida también se evidenció un incremento de influencia de los síntomas del DSM-V en la conformación de la imagen prototípica en comparación con el grupo de mayor experiencia.**

**Figura 64:** Comparativa de sintomatología consignada por el DSM-V y la imagen prototípica de los terapeutas de 11-15 años experiencia.

SINTOMATOLOGÍA CONSIGNADA POR DSM-V	IMAGEN PROTOTÍPICA
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	● G- Pérdida de interés (anhedonia) ● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)
4- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).	● G- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS: 6</b>	
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS EN %: 66,67%</b>	
<b>CANTIDAD DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS: 6/22</b>	
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS EN %: 27,2%</b>	

- Siguiendo con el análisis comparativo, al finalizar la entrevista se les dio a los entrevistados un listado con los síntomas consignados en el ítem A del DSM-V para el diagnóstico de trastorno depresión mayor a fin de que pudieran ordenarlo jerárquicamente según el grado de importancia y peso que ellos les otorgan a los distintos síntomas, ante un paciente en una primera entrevista diagnóstica para comenzar a pensar que en dicho diagnóstico.

El análisis de las respuestas permitió observar la existencia de ciertas coincidencias en los primeros cinco puestos de la escala jerárquica. Estos se ordenaron de la siguiente manera ([ver imagen 65](#)):

- 1- **Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.**
- 2- **Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso).**
- 3- **Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.**
- 4- **Fatiga o pérdida de energía casi todos los días y Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).**
- 5- **Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).**

**Figura 65:** Jerarquización de los síntomas pertenecientes al criterio A del trastorno depresivo mayor del DSM-V según terapeutas de 11- 15 años de experiencia.

ITEMS DSM	1 LUGAR	2 LUGAR	3L	4L	5L	6L	7L	8L	9L	
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	1	0	2	0	1	0	0	0	0	3
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	0	0	0	0	0	1	1	1	1	
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	0	1	0	0	1	1	0	0	1	
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	0	0	0	0	2	0	0	2	0	5
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	0	1	0	1	0	1	1	0	0	4
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	0	0	0	0	0	1	1	0	2	
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1

ITEMS DSM	PROTOCOLO 10	PROTOCOLO 14	PROTOCOLO 15	PROTOCOLO 16
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	4	2	2	4
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	3	1	3	5
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	8	7	9	6
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	9	6	5	2
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	5	5	8	8
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	7	8	4	3
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	2	4	6	7
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	6	9	7	9
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	1	3	1	1

Resulta interesante resaltar la discrepancia existente entre la jerarquización de los síntomas del DSM y la sintomatología descrita tanto para la categoría prototípica como general. La primera y más significativa es en relación con **Pensamiento de Muerte. Este síntoma jerarquizado en el primer lugar al momento de ordenar los síntomas del DSM con apoyo visual no fue mencionado dentro de la sintomatología prototípica, dentro de los primeros síntomas ni en la descripción sintomática general, dejando en evidencia una gran discrepancia.**

En relación con el segundo síntoma elegido “**Estado de ánimo deprimido**”, el mismo, si bien fue mencionado en los tres grupos, en general fue elegido por la mitad o menos de los entrevistados. Esta discrepancia se observa con mayor importancia en el grupo de mayor experiencia que lo ubica en el primer puesto dentro de la jerarquización.

Otro dato curioso es que **Alteraciones en el sueño (Insomnio)**, fue uno de los síntomas depresivos con mayor fuerza en la selección sintomática del grupo, pero que al momento de ser jerarquizado con la ayuda del DSM queda relegado a los puestos de menos importancia, sin presentar coincidencia entre los entrevistados. En el caso del grupo de mayor experiencia dicha curiosidad no se presenta ya que el mismo está presente dentro de los tres primeros síntomas jerarquizados.

- Una de las preguntas realizadas durante la entrevista fue acerca del conocimiento que tenían los entrevistados sobre los factores de riesgo que colaboran en el desarrollo de un trastorno depresivo. En general, los entrevistados, al igual que lo sucedido con el grupo anterior, mostraron cierta dificultad a la hora de responderla. En total, los cuatro entrevistados utilizaron un total de 23 códigos (promedio de 5,75 códigos por entrevistado) siendo levemente menor a la cantidad de códigos por persona utilizados por los entrevistados del grupo anterior (6,66). Los

entrevistados con marco teórico psicodinámico, de manera similar lo observado en el grupo anterior, mencionaron una mayor cantidad de códigos (15) en comparación de los entrevistados TCC (9).

Como dato relevante y distinto a lo observado en el grupo anterior, los códigos utilizados por los entrevistados se relacionaron, en su mayoría, con condiciones médicas.

El factor de riesgo con mayor coincidencia fue “Enfermedades médicas” seguido por Enfermedades crónicas; Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo) y Eventos estresantes de la vida.

“Ensimismamiento” fue el único código utilizado como factor de riesgo, característica prototípica y para describir la sintomatología.

Existen coincidencias entre los factores de riesgo seleccionados por la muestra de mayor experiencia y el grupo actual: Vulnerabilidad social; Enfermedades Endocrinológicas (Hipotiroidismo) y Enfermedades oncológicas.

- Por último, se exploró acerca de la sintomatología ansiosa que los entrevistados observaron en la paciente. Este grupo la registró con mayor intensidad que el grupo de mayor experiencia.

No hubo coincidencias entre las respuestas dadas por todos los entrevistado, pero si al comparar entre la mayoría de estos. Tres de los cuatro participantes mencionan a la Hipertensión, seguido por (dos de cuatro entrevistados) Aumento de conductas evitativas; Insomnio; Miedo a conducta específica (navegar, etc.); Miedo a morir y Sudoración.

Dentro de los códigos utilizados para registrar sintomatología de ambos grupos categoriales se destacan: **Alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia); Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión) y Aumento de conductas evitativas.**

### 7.3 Grupo 6 a 10 años de experiencia

#### 7.3.1 Inicio de entrevista

Este grupo estuvo conformado por cuatro terapeutas de los cuales uno es varón (protocolo 1) y tres son mujeres (protocolo 2, 6 y 7). A su vez, es posible decir que uno de los terapeutas (protocolo 7) tienen como marco teórico a la terapia psicodinámica y que los restantes tres tienen como marco teórico a la terapia cognitiva conductual.

En términos generales se puede decir que, los participantes destacan que para obtener información necesaria para lograr comprender qué le sucede a la paciente, recurren a tres fuentes de información (entre los cuatro participantes nombraron 9 códigos):

- A- **Lenguaje verbal:** Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, como inicia el relato y lo que omite.)
- B- **Lenguaje no verbal:** Gestualidad, lenguaje no verbal y vestimenta
- C- **Varios:** Evaluaciones psicológicas/ informes y si asiste solo o acompañado.

A diferencia de lo sucedido en el grupo anterior (11 a 15 años de experiencia), quien más se expuso a la hora de detallar las fuentes de información fue la entrevistada con marco teórico psicodinámico. En general, coinciden todos los entrevistados en darle utilizar al relato como fuente principal de información, seguido por la gestualidad y el lenguaje no verbal ([ver Figura 66](#)).

Al compararlo con el grupo de mayor experiencia se observa un mínimo descenso en la cantidad de códigos utilizados por persona (el grupo de mayor experiencia utilizó 4,3 cód. por entrevistado mientras que el actual, 4 cód. por entrevistado) y un pequeño incremento en relación con el grupo de 11-15 años de experiencia (el de 11- 15 años utilizó 3,5 cód. por entrevistado).

Si evaluamos la variedad de códigos utilizados por el grupo actual y lo comparamos con los grupos anteriores, se observa una tendencia descendente, obteniendo una mayor puntuación en el grupo de mayor experiencia y descendiendo en los restantes dos grupos ([ver figura 67](#)). Al evaluar los códigos utilizados, como es de imaginar, el **“Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, como inicia el relato y lo que omite.)”** es el código más utilizado por los tres grupos, seguido por gestualidad y lenguaje no verbal. Lo que si resulta interesante resaltar es que el grupo actual (protocolo 6) mencionó a la **“intuición”** como fuente de información.

**Figura 66:** Fuentes utilizadas para relevar información por el grupo de 6 a 11 años de experiencia.

	1 PROTOCOLO 1...	2 PROTOCOLO...	6 PROTOCOLO...	7 PROTOCOLO 7...	Totales
	n=19	n=16	n=11	n=23	
FF- Cómo inicia el relato el paciente	3			1	1
FF- Evaluaciones Psicológicas/ informes	1				1
FF- Gestualidad		1	1	1	3
FF- Intuición			1		1
FF- Lenguaje no verbal (corporal)			1	1	2
FF- Lo que la paciente omite en su relato				1	1
FF- Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc)	1	1	1	1	4
FF- Si asiste solo o acompañado a consulta				1	1
FF- Vestimenta		1	1		2
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>16</b>

**Figura 67:** Fuentes utilizadas para relevar información por los distintos grupos.

		Años de experien...	Años de experien...	Años de experien...	Totales
		3 54	4 69	4 45	
FF- Cómo inicia el relato el paciente	3	●	●		2
FF- Como responde a las preguntas (como relata lo que le pasa)	2	●		●	2
FF- Evaluaciones Psicológicas/ informes	4	●	●		2
FF- Gestualidad	7	●	●	●	3
FF- Higiene	2			●	1
FF- Imagen	2			●	1
FF- Intuición	2		●		1
FF- Lenguaje no verbal (corporal)	10	●	●	●	3
FF- Lo que la paciente omite en su relato	2	●	●		2
FF- Marcas de expresión en rostro	2				0
FF- Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc)	12	●	●	●	3
FF- Sensaciones que le produce (Lo que el paciente me genera)	3	●		●	2
FF- Si asiste solo o acompañado a consulta	3	●	●		2
FF- Si hace contacto visual	1			●	1
FF- Tonalidad de voz	3			●	1
FF- Tono emocional al explicar lo que le sucede	2	●		●	2
FF- Vestimenta	4	●	●		2
Totales		11	9	10	30

De manera similar al grupo anterior, destacan que la admisión es un proceso que se encuentra conformado, en general, por más de un encuentro. En relación con la información que consideran necesaria relevar destacan ([Ver figura 68](#)):

- Protocolo 1 (8 códigos):** Atribución, Estrategias de afrontamiento, Estadio de cambio en que se encuentra el paciente, Expectativas, Nivel de riesgo, Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consulta?), Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad) y tratamientos previos.

- **Protocolo 2 (6 códigos):** Antecedentes y enfermedades médicas, Como está en el trabajo, Consumo de sustancias y/o alcohol, Contexto del sujeto, Nivel e historia educativa y Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad).
- **Protocolo 6 (4 códigos):** Antecedentes familiares, Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?), Historia vital del paciente y Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad).
- **Protocolo 7 (14 códigos):** Antecedentes familiares, Antecedentes y enfermedades médicas, Características del discurso (fluido, rígido), , Como está en el trabajo, Consumo de sustancias y/o alcohol, Expectativas, Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?), Nivel de contacto con las emociones, Nivel de resistencia, Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones), Nivel e historia educativa, Nivel intelectual, Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.) y Tratamientos previos.

Al ordenarlo jerárquicamente de acuerdo con el grado de coincidencia en la utilización de los códigos:

- **Utilizado por los cuatro entrevistados: 0**
- **Utilizados por tres de los entrevistados:** Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?) y Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad).

**Figura 68:** Códigos utilizados por los entrevistados al detallar la información que consideran indispensable recabar a lo largo del proceso de admisión.

		1 PROTOCOLO 1...	2 PROTOCOLO 2...	6 PROTOCOLO 6...	7 PROTOCOLO 7...	Totales
D- Antecedentes familiares	8	19	16	11	23	2
D- Antecedentes y enfermedades médicas	9					2
D- Atribución	2					1
D- Características del discurso (fluido, rígido)	1					1
D- Como está en el trabajo	3					2
D- Consumo de sustancias y/o alcohol	2					2
D- Contexto del sujeto	3					1
D- Estrategias de afrontamiento	5					1
D- Estadio de cambio que se encuentra el paciente	4					1
D- Expectativas	6					2
D- Historia vital del paciente	2					1
D- Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?)	13					3
D- Nivel de contacto con sus emociones	2					1
D- Nivel de resistencia	1					1
D- Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones)	3					2
D- Nivel e historia educativa	2					2
D- Nivel intelectual	1					1
D- Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc)	9					1
D- Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad)	11					3
D- Tratamientos previos	8					2
<b>Totales</b>		<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>32</b>

- Utilizados por dos de los entrevistados:** Antecedentes familiares, Antecedentes y enfermedades médicas, Como está en el trabajo, Consumo de sustancias y/o alcohol, Expectativas, Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones), Nivel e historia educativa y Tratamientos previos.
- Utilizado por uno de los entrevistados:** Atribución, Características del discurso (fluido, rígido), Contexto del sujeto, Estrategias de afrontamiento, Estadio de cambio en que se encuentra el paciente, Historia vital del paciente, Nivel de contacto con las emociones, Nivel de resistencia, Nivel intelectual, Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.).

Al analizar las respuestas obtenidas, lo primero que resulta importante destacar es la diferencia significativa en los códigos utilizados por el protocolo 7, cuyo marco teórico es el psicodinámico) y el resto de los participantes. Dicho protocolo es el que más códigos utilizó en toda la muestra, para esta categoría.

En cuanto a la información que consideran indispensable registrar se destaca al motivo de consulta y su sintomatología, seguido por antecedentes familiares, médicos y de su historia, expectativas, nivel de riesgo, historia educativa y tratamientos previos.

Al compararlo con el grupo anteriormente analizado (11-15 años), se observa una utilización significativamente superior de códigos (20 cód. utilizados por el actual grupo y 8 cód. utilizados por el grupo de 11-15 años). Dicha diferencia es posible de ser justificada por la detallada descripción que realiza el protocolo 7.

A sí mismo, al compararlo con el grupo de mayor experiencia, se observa cierta similitud en la cantidad de códigos utilizados (+15 años: 18 cód. y 6-10 años: 20 cód.). Pero, teniendo en cuenta que el grupo de +15 años contó con un protocolo menos, al observar el promedio de códigos utilizados, se observa una mayor cantidad de códigos utilizados por el grupo de mayor experiencia (+15 años: 6 códigos promedio y 6-10 años: 5 códigos promedio) ([ver figura 69](#)).

Se destacan al **Motivo de consulta, la sintomatología, los antecedentes y enfermedades médicas, las expectativas y la red de apoyo** como la información indispensable de registrar en un proceso de admisión

**Figura 69:** Comparación de códigos utilizados por los distintos grupos analizados de la información que consideran necesaria registrar en el proceso de admisión.

		Años de experiencia + 15 3 54	Años de experiencia 6-10 4 69	Años de experiencia 11-15 4 45	Totales
D- Antecedentes familiares	8		●	●	2
D- Antecedentes y enfermedades médicas	9	●	●	●	3
D- Atribución	2		●		1
D- Características del discurso (fluido, rígido)	1		●		1
D- Como está en el trabajo	3	●	●		2
D- Como son sus actividades de la vida cotidiana	1	●			1
D- Consumo de sustancias y/o alcohol	2		●		1
D- Contexto del sujeto	3	●	●		2
D- Cronicidad de la sintomatología	2	●			1
D- Episodios previos	4	●			1
D- Estadio de cambio que se encuentra el paciente	4	●	●		2
D- Estrategias de afrontamiento	5	●	●		2
D- Eventos significativos para la paciente	4	●		●	2
D- Expectativas	6	●	●	●	3
D- Historia vital del paciente	2	●	●		2
D- Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?)	13	●	●	●	3
D- Nivel de contacto con sus emociones	2	●	●		2
D- Nivel de resistencia	1		●		1
D- Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones)	3		●		1
D- Nivel e historia educativa	2		●		1
D- Nivel intelectual	1		●		1
D- Objetivos/ proyectos a futuro	1	●			1
D- Presencia de Hobbie o pasatiempo	1	●			1
D- Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc)	9	●	●	●	3
D- Relato de la experiencia disfuncional	2	●			1
D- Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad)	11	●	●	●	3
D- Tratamientos previos	8		●	●	2
<b>Totales</b>		<b>18</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>46</b>

### 7.3.2 ¿Cómo inicia la entrevista?

Al continuar analizando la respuesta de la pregunta inicial y que dio comienzo a la entrevista se puede observar ciertas similitudes con lo sucedido en el grupo anterior:

- Protocolo 1 (TCC):** Al responder a la pregunta, comienza a realizar una descripción de la paciente enunciando partes de su relato, vinculándolo con sintomatología y cuadros nosológicos (*“Pienso que tiene un trastorno de ansiedad con... tal vez así por la entrevista quizás podría pensar que es no especificado pero que estuvo vinculado a la ansiedad física o que está vinculado a la ansiedad física. En relación con*

*todo lo que dice respecto al miedo a morir, la sensación física que tiene con respecto a la hipertensión, los desmayos y que eso probablemente esté afectando en la actualidad. También pienso que es comórbido con un episodio depresivo, tal vez una distimia no queda del todo muy clara, digamos... es... se ve que hay episodios de depresión recurrentes que empezaron creo en 2012 o antes también en donde, a quien refiere como madre no... la llevo al psiquiatra y la encontró 5 días sin bañarse. Y ella refiere que estaba muy, muy mal, que recibió un tratamiento psicofarmacológico. No aclara muy bien que medicación tomaba. Y en la actualidad o en el momento de la consulta se ve que hay indicadores por ahí de una depresión. Se ve también, bueno eso está vinculado al insomnio por ejemplo que tiene, pensamiento... hay un tipo de pensamiento rumiativo cuando ella refiere que se va a dormir y no puede dejar de pensar, que eso es bastante típico en la depresión”).*

- **Protocolo 2 (TCC):** Al responder a la pregunta, comienza a realizar una descripción de la paciente enunciando partes de su relato, vinculándolo con sintomatología y cuadros nosológicos (“*Y como que a penas inicia vos vas pensando que tenga un ataque de pánico o haya tenido una situación crónica de ansiedad, pero en la medida que va avanzando su relato como que es más compleja la situación. O sea, arranco pensando que tiene ataques de pánico, después digo que tendrá un estado de ansiedad más crónico y después ya viro para el lado de pensar que tiene depresión cuando empieza a relatar las actividades que dejó de hacer, el desgano, el peso en el cuerpo, bla, bla bla... y después como que deja abierto una puerta que vos decís “estas cuestiones vinculares tal vez podrían hablarte de un trastorno de personalidad. Así que como que te va cambiando en función de que va avanzando la cinta. Te diría que me*

quedo así con depresión y alguna cuestión como más de como ella se vincula con la gente”),

- **Protocolo 6 (TCC):** A diferencia de los dos protocolos anteriores, registra la presencia de ciertas características en la estructura psicopatológica de la paciente como: vulnerabilidades, factores de riesgo y características de personalidad que justifican el desarrollo de la sintomatología actual. Es decir, que el entrevistado no se limita a registrar síntomas y vincularlos a cuadros nosográfico, sino que enumera hipótesis sobre procesos alterados que justifiquen la sintomatología actual.

A diferencia de los observado en el grupo de mayor experiencia, no mencionó características generales como estilo de afrontamiento, resistencias, etc. (“T2: *Que tiene una predisposición muy elevada a la afectividad negativa, tiene ciertas variables de riesgo en relación a las perturbaciones emocionales, habla de antecedentes depresivos, de alguna manera, actualmente síntomas de ansiedad, vinculados si a una afección medica pero eso es como un desencadenante que activa o gatilla de alguna manera también la reacción ansiosa actual, pero que también se enlaza con antecedentes anteriores de estas cuestiones anímicas ¿no? y desde ya, bueno, cuando narra la historia imposible no hacer el link de cuestiones de vulnerabilidad que la predisponen a estar en más alerta a los síntomas físicos por un lado, está más dispuesta también a esto de la pérdida y el abandono a esto que le pasó con la pareja, entonces es como inevitable linkear su historia con los síntomas actuales. T1: ¿Linkear cómo? T2: Linkear de alguna manera la primera reacción esta depresiva que cuenta con la ruptura de pareja, con esta pérdida de su mamá y sentir el abandono ¿no? de alguna manera, como predisposición ¿no? Como son esas cuentones que se dan en la infancia que generan estilos de apego,*

*que generan cierto tipo de prevenciones en las personas que cuando se repiten en la edad adulta situaciones similares activan esos patrones de base, en ese sentido. En relación con la depresión y en relación con la ansiedad también, la pérdida de la mamá en parte, más esto de... que es característicos de los trastornos por pánico por ejemplo en la prevención a las sensaciones físicas y la sensibilidad a la ansiedad, es un síntoma físico que alerta con la posibilidad de riesgo a la salud, del miedo a morirse.”).*

- **Protocolo 7 (PS):** la entrevistada responder la primera pregunta realizando una descripción general (y escueta) de la paciente, su estilo de afrontamiento, sus sensaciones y pensamientos respecto de la paciente y algunas dudas diagnóstica (“T2: *Me parece que es una paciente que tiene muchos recursos, lo cual me parece que está bueno porque me parece que se va a poder trabajar y me parece que en ese sentido la veo como intelectualmente rica pero me parece una paciente como bastante resistente con algunas cosas y me parece como un poco... a ver... me dio la sensación que se tapa mucho con esta hipertensión... como todo lo que hay detrás realmente que le pasa. Creo que no sabe tango que es lo que le pasa, me parece... o sea eso... muy rica intelectualmente pero emocionalmente no parece que fuera tan rica como si intelectualmente y que... hay un montón de cosas, en ese sentido emocional, que le van a costar como un montón. La vi como eso... como un poquito rígida, me dio la sensación como un discurso demasiado armado, ¿no? Y como que en ese sentido siento que a veces algunas intervenciones o algunas cosas pueden llegar a dificultar o rebotar y generar resistencias. Como eso... a simple vista e impresión que me pareció. T1: y que sensación te da o que impresión te da que está tapando con el tema de hipertensión y cuáles son tus primeras hipótesis o ideas. T2: Y sintomatología como más depresiva, pero en el sentido de angustia. Me da la*

*sensación de que hay como un montón de angustia por la situación con la mamá, que la tira como muy al pasar y no lo nombra, como la más vieja, vieja y después como que aparece esto, de la relación que la dejaron esto de que no puede confiar en el otro, que ahí también como que me pareció. Cuando digo “no bueno... tengo cierta desconfianza a los otros” bueno un poco, también esa sensación me generaba como contratransferencialmente la paciente, como que confiaba, pero no confiaba. T1: ¿cómo que no estaba mostrando? T2: Claro... como que la note suelta, ella es como muy suelta... ¿esta sensación que me da muchas pacientes de consultorio no? Muy suelta intelectualmente, como que con su discurso decís “guau cuanto que tiene incorporado todo lo que le pasa” pero es medio “como si” ...”).*

En resumen, solamente el entrevistado con marco teórico psicodinámico inició la entrevista dando una descripción general de la paciente, destacando su estilo de afrontamiento, sus resistencias, recursos, y lo sentido durante la entrevista. Esto es similar a lo observado en el grupo anterior donde también, solamente aquellos que tienen marco teórico psicodinámico realizan una descripción similar a lo obtenido en el grupo de mayor experiencia, aunque vale destacar que uno de los entrevistados con marco TCC realizó una descripción de la paciente no solo detallando la sintomatología, sino que registra posibles procesos psicopatológicos alterados, vulnerabilidades y factores de riesgo

El resto de los protocolos TCC respondieron la pregunta inicial centrándose en la recolección sintomatológica de la paciente, pensando posibles intervenciones o tipos de tratamiento. **De esta manera, continuaron con la tendencia observada en el grupo anteriormente analizado (11-15 años de experiencia).**

### 7.3.3 *¿Qué te genero la paciente?*

Siguiendo los resultados obtenidos y en sintonía con lo analizado en los grupos anteriores, se estudió en profundidad (más allá de las menciones espontáneas que pudieron realizar los entrevistados al iniciar la entrevista) el relevamiento sobre cómo se sintieron con la paciente durante la entrevista y si esta información es tomada para la evaluación diagnóstica.

**Aquí se puede observar la primer gran discrepancia de la muestra. A diferencia de lo observado en los dos grupos anteriormente analizados, la mayoría de los protocolos pertenecientes a este grupo no hicieron mención sobre el tema. Solamente el protocolo 7, cuyo marco teórico es psicodinámico (y ya se había diferenciado en el punto anterior) se explayó levemente sobre la cuestión [\(ver figura 70\)](#). En total utilizó 4 códigos: **Angustia, Desconfianza, Poco relajada en la entrevista y Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente)**. En general, los códigos utilizados por la entrevistada fueron elegidos de manera significativas por los grupos anteriores [\(ver figura 71\)](#). También vale mencionar que se continuó la tendencia descendente observada en la comparativa entre los dos grupos anteriormente analizados, aunque, en el grupo actual se hizo mucho más marcado. A su vez, es posible mencionar que, al igual que en el grupo anterior, los terapeutas con marco teórico psicodinámico mostraron mejor performance en este punto.**

**Figura 70:** Códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le produce la paciente" por los terapeutas con 6-10 años de experiencia.

	1 PROTOCOLO 1...	2 PROTOCOLO...	6 PROTOCOLO...	7 PROTOCOLO 7...	Totales
K- Aceptación	1				0
K- Agradable	1			1	1
K- Angustia	1				0
K- Con poca conexión y claridad con sus emociones	3				0
K- Contradicciones en el relato de la paciente	2				0
K- Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)	4			1	1
K- Está a la defensiva	3				0
K- Ganas de continuar indagando sobre lo relatado (sus antecedentes, abandono,...	1				0
K- Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla	4				0
K- Me genera dudas por donde comenzar a trabajar (Tallar demanda)	1				0
K- Muestra necesidad de control de lo que está pasando	1				0
K- Necesidad de protección	1				0
K- No coincide su relato con su lenguaje corporal	1				0
K- Poco relajada en la entrevista	3			1	1
K- Preocupación por la paciente	1				0
K- Se quiere mostrar mejor de lo que está	1				0
K- Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la pa...	9			1	1
K- Sensación de fragilidad de la paciente y padecimiento grande.	2				0
<b>Totales</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

**Figura 71:** Comparación de códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le produce la paciente" entre los grupos analizado

	Años de experiencia 6-10 4 68	Años de experiencia 11-15 4 45	Años de experiencia mas 15 3 54	Totales
K- Aceptación/ Agradable	2	1		2
K- Angustia	1	1		1
K- Con poca conexión y claridad con sus emociones	3		1	1
K- Contradicciones en el relato de la paciente	2	1	1	2
K- Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)	4	1	1	3
K- Está a la defensiva	3	1	1	2
K- Ganas de continuar indagando sobre lo relatado (sus antecedentes, abandono,...	1	1		1
K- Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla	4	1	1	2
K- Me genera dudas por donde comenzar a trabajar (Tallar demanda)	1	1		1
K- Muestra necesidad de control de lo que está pasando	1		1	1
K- Necesidad de protección	1	1		1
K- No coincide su relato con su lenguaje corporal	1			0
K- Poco relajada en la entrevista	3		1	2
K- Preocupación por la paciente	1	1		1
K- Se quiere mostrar mejor de lo que está	1		1	1
K- Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la pa...	8	1	1	3
K- Sensación de fragilidad de la paciente y padecimiento grande.	2	1		1
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>25</b>

### ***7.3.4 ¿Qué te generan los pacientes deprimidos en general?***

Luego de analizar las cuestiones contratransferenciales específicas con la paciente del video, se les preguntó a los terapeutas qué les generaba los pacientes depresivos en general. En total los entrevistados utilizaron 10 códigos para consignar la respuesta. El protocolo 7 (PS), cuyo marco teórico es psicodinámico, al igual que en el punto anterior, fue quien más ha desarrollado la cuestión, los otros tres protocolos solamente ha manifestado su deseo de escucharla. Si bien la cantidad de códigos utilizados es levemente superior a los obtenidos en el grupo anterior, vale mencionar que en este grupo la mayoría de los códigos se encuentra en un solo protocolo mientras que, en el grupo anterior, la mayoría de los códigos se divide en dos protocolos ([ver figura 72](#)).

Al igual que en la categoría anterior se observa la misma tendencia descendente en la cantidad de códigos utilizados y desarrollo de la cuestión explorada.

**Figura 72:** Códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le generan los pacientes deprimidos" por los terapeutas del grupo 06- 11 años de experiencia.

	1 PROTOCOLO 1.docx 19	2 PROTOCOLO 2.docx 16	6 PROTOCOLO... 11	7 PROTOCOLO 7.docx 22	Totales
●◇ L- Adormecimiento	1				0
●◇ L- Cansancio	2			1	1
●◇ L- Compasión	3				0
●◇ L- Dificultad para empatizar	2			1	1
●◇ L- Frustración	1			1	1
●◇ L- Ganas de ayudarlo	2				0
●◇ L- Ganas de escucharlo	4	1	1	1	3
●◇ L- Impotencia	4				0
●◇ L- Motivación cuando considero que es episódico	1			1	1
●◇ L- Pena	1			1	1
●◇ L- Pesadez	1			1	1
●◇ L- Tedio (cuando son casos mas crónicos)	1			1	1
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

### 7.3.5 Ideas preconcebidas

Continuando con el análisis, se exploraron las ideas preconcebidas que los terapeutas tienen sobre una persona que cursa un cuadro depresivo a fin de poder comparar, en primera instancia, la existencia de coincidencias entre la imagen prototípica de los terapeutas y los síntomas resaltados al ver la entrevista y luego, comparar lo obtenido en el análisis del grupo anterior.

Ante la pregunta “¿Cómo es la imagen que tenés vos en cuanto a pensamientos, actitudes, conductas, presentación, como decís vos física, de un paciente deprimido?”, los entrevistados utilizaron los siguientes códigos (para describir a los pacientes depresivos):

- **Protocolo 1 (9 Cód.):** Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Dificultades en la concentración, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado,

monótono), Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado), Pérdida de interés (anhedonia), Pérdida de productividad, Sesgo atencional a información y Visión negativas de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

- **Protocolo 2 (12 Cód.):** Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC), Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia), Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Ansioso (aumento del miedo, nervios), Aumento de conductas evitativas, Aumento de la queja, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado), Pérdida de ganas (anhedonia) y Poca expresividad/gestualidad.

- **Protocolo 6 (15 Cód.):** Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC), Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia), Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Alteraciones en su estilo relacional, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Aumento de conductas evitativas, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés (anhedonia), Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Poca expresividad/gestualidad, Sesgo atencional a información negativa y Tono de voz bajo, neutro, etc..

- **Protocolo 7 (8 Cód.):** Aumento de la queja, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Episodios frecuentes de llanto, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado), Visión negativa del futuro, Visión negativa del mundo y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

Al relacionar y jerarquizar los códigos utilizados entre los distintos terapeutas del grupo se obtiene la siguiente valorización:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas:** Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono).
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Pérdida de ganas (anhedonia)
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC), Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia), Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Aumento de conductas evitativas, Aumento de la queja, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado), Pérdida de interés (anhedonia), Poca expresividad/gestualidad, Sesgo atencional a información negativa y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Alteraciones en su estilo relacional, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Ansioso (aumento del miedo, nervios), Dificultades en la concentración, Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere), Disminución o enlentecimiento de la

capacidad para pensar, Ensimismamiento, Episodios frecuentes de llanto, Pérdida de productividad, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Tono de voz bajo, neutro, etc., Visión negativa del futuro y Visión negativa del mundo.

A diferencia de lo observado en los dos grupos anteriormente analizados, ningún entrevistado aclaró sobre la existencia de diversos tipos de presentaciones clínicas según la gravedad, complejidad y tipos de síntomas ni tampoco surgió la posibilidad de que se presente con características opuestas. Ante la pregunta, los entrevistados comienzan a realizar la descripción directamente ([ver figura 73](#)):

- **Protocolo 1:** *T2: A ver, te diría como una descripción más clásica de cognitiva. Digamos una representación negativa respecto a si mismo de los demás y del futuro, un sesgo negativo hacia... un sesgo atencional hacia eventos negativos, una recuperación de información negativa y eso llevaría tener alterada su memoria episódica. Probablemente recuerde eventos negativos con mayor facilidad que otros, puede estar presente esto que veíamos en la paciente, los pensamientos rumiativo como una característica del trastorno del estado del ánimo... que más... bueno una alteración en sus actividades de la vida cotidiana con disminución de ellas y dificultades para encontrar placer en actividades que antes solían hacerlo, me perdí un poco, pero fundamentalmente esos.*

- **Protocolo 2:** *T2: ¿Cómo describiría a un paciente depresivo? Y como alguien monótono como habla, muchos con ellos con lentitud en el discurso otros no, más ansiosos, más de contar. Muchos con falta de higiene o descuido personal. Yo*

*miraba mucho en esta chica, en cómo estaba vestida, eso. Y le miraba muchos los gestos. Está bien, igual es una actriz.*

- **Protocolo 6:** *T2: ¿Cómo elementos digamos? Tiene más que ver con el desánimo, la pérdida de interés, el disfrute. Más cuando narra estas cuestiones. No encontrar placer en cosas que antes encontraba.*
- **Protocolo 7:** *T2: Bueno, me la imaginaria un poquito más desganada que ella, por ejemplo, no necesariamente el llanto pero que, si me refiera que tiene como por varios momentos, o sea, no sé si del día, pero si en general si... en varios momentos del día que tiene o episodio de llantos o que tiene pensamientos más negativos que ella. Me imaginaria con respecto a su futuro, con respecta a ella misma y sus logros, con respecto al mundo. ¿Habría más pensamiento negativo, en ella lo veo como un poquito más ansioso el pensamiento y me imaginaria como... no necesariamente, pero puede llegar a haber algo también como más de dejadez personal y, a veces sucede y a veces no, y como se dice? Y bueno nada, lo afectivo, si sobre todo eso, como el desgano, el discurso más apagado, más enlentecido me imaginaria.*

**Mas allá de esta aclaración, la imagen prototípica que describieron los terapeutas de este grupo destaca cómo síntomas más significativos del cuadro depresivo:** Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y al Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), seguido por “Pérdida de ganas”.

Al compararlo con los grupos anteriores se observa que, a diferencia de lo obtenido en ambos grupos, aquí no se destaca a la **Pérdida (de ganas, de interés y de energía)** como

la sintomatología más característica. En su lugar se hizo foco en síntomas visibles en la prosopografía del paciente.

Al comparar la cantidad de códigos utilizados por entrevistado se observa un leve incremento en comparación con el grupo de 11 a 15 años de experiencia (11 cód. vs 10,5 cód.) y al grupo de mayor experiencia (11 cód. vs 9,66 cód.) ([ver figura 74](#)).

**Figura 73:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a su representación mental de una persona que cursa un cuadro depresivo.

	1 PROTOCOLO 1.docx 19	2 PROTOCOLO 2.... 16	6 PROTOCOLO 6.... 11	7 PROTOCOLO 7... 22	Totales
G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dific...	4				2
G- Alteraciones en el sueño (insomnio, Hipersomnio)	4				2
G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	5				2
G- Alteraciones en su estilo relacional	2				1
G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	8				1
G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	2				1
G- Aumento de conductas evitativas	5				2
G- Aumento de la queja	3				2
G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	12				4
G- Dificultades en la concentración	2				1
G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el o...	2				1
G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	9				4
G- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar	1				1
G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	5				1
G- Episodios frecuentes de llanto	1				1
G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	5				2
G- Pérdida de ganas (anhedonia)	13				3
G- Pérdida de interés (anhedonia)	9				2
G- Pérdida de productividad	2				1
G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	7				1
G- Poca expresividad/gestualidad	3				2
G- Sesgo atencional a información negativa	2				2
G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	2				1
G- Visión negativa del futuro	3				1
G- Visión negativa del mundo	3				1
G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	4				2
<b>Totales</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>44</b>

Figura 74: Listado de códigos utilizados por los terapeutas de los distintos grupos analizados.

		Años de experiencia 6-10	Años de experiencia 11-15	Años de experiencia mas 15	Totales
		4 68	4 45	3 54	
G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad)	4	●			1
G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	4	●		●	2
G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	5	●	●		2
G- Alteraciones en su estilo relacional	2	●			1
G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	8	●	●	●	3
G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	2	●		●	2
G- Aumento de conductas evitativas	5	●		●	2
G- Aumento de inhibición	2		●		1
G- Aumento de la queja	3	●		●	2
G- Baja autoestima	1		●		1
G- Consumo de alcohol y sustancias	1			●	1
G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	12	●	●	●	3
G- Dificultades en la concentración	2	●			1
G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el o...)	2	●	●		2
G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	9	●	●	●	3
G- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar	1	●			1
G- Dolor físico (síntomatología Física)	1			●	1
G- Enfermedades médicas frecuentes (ej. gripe, migrañas)	1			●	1
G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	5	●	●	●	3
G- Episodios frecuentes de llanto	1	●			1
G- Ganas de estar en la cama	3		●	●	2
G- Hace menos contacto visual	2		●		1
G- Hombros caídos	1		●		1
G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	5	●	●		2
G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	8		●	●	2
G- Pérdida de ganas (anhedonia)	13	●	●	●	3
G- Pérdida de interés (anhedonia)	9	●	●	●	3
G- Pérdida de productividad	2	●		●	2
G- Pérdida de sentido	1		●		1
G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	7	●	●	●	3
G- Poca expresividad/gestualidad	3	●	●		2
G- Pocas habilidades sociales	1		●		1
G- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	2		●		1
G- Sesgo atencional a información negativa	2	●			1
G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	2	●	●		2
G- Visión negativa del futuro	3	●		●	2
G- Visión negativa del mundo	3	●		●	2
G- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	3		●	●	2
G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	4	●		●	2
Totales		26	22	21	69

### **7.3.6 Sintomatología depresiva relevada (código bb y a)**

Continuando con el análisis, se exploró la sintomatología depresiva relevada por los entrevistados durante la entrevista a raíz del video observado. Al igual que con en los grupos anteriores, en el análisis de datos se destacó, del grupo de síntomas general, aquellos que fueron mencionados inicialmente (muchas veces espontáneo).

El actual grupo utilizó 85 códigos, dando un promedio de 23,5 códigos por persona. Los tres protocolos TCC utilizaron una cantidad levemente similar de códigos (22, 23 y 26 cód. mientras que el protocolo con marco psicodinámico utilizó una cantidad significativa menor de códigos (14 cód.).

Al compararlo con los grupos anteriores se observa un incremento en el promedio de códigos utilizados (11-15 años: 17,75 cód. y +15 años: 15 cód.). También, como es de esperar, al haber mayor cantidad de códigos se observa al mismo tiempo, una mayor cantidad de coincidencias en las elecciones entre los entrevistados.

Al analizar los códigos utilizados se observa una sola coincidencia con los grupos anteriores en los códigos de mayor utilización: **Alteraciones en el sueño (Insomnio)**. Los otros códigos significativos y de mayor preferencia observado en los dos grupos anteriormente analizados, han sido seleccionados, pero con 3 de 4 coincidencias, manteniendo su grado de significancia **pérdida de ganas (anhedonia), ganas de estar en la cama, pérdida de interés, pérdida de energía/voluntad y pérdida de interés.**

En relación con la sintomatología depresiva general, los entrevistados mencionaron ([ver figura 75](#)):

**Figura 75:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursas un cuadro depresivo.

	1 PROTOCOLO 1.docx 19	2 PROTOCOLO 2... 16	6 PROTOCOLO 6... 11	7 PROTOCOLO 7... 22	Totales
BB- Afectividad negativa	3		●		1
BB- Alteración en su estilo relacional	3	●	●		2
BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	3		●		1
BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	16	●	●	●	4
BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	5	●			1
BB- Alteraciones en la sexualidad	1	●			1
BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	9	●		●	2
BB- Ansiedad (y sus síntomas)	8	●	●		2
BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	10	●	●	●	3
BB- Aumento de queja	2	●			1
BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	3	●			1
BB- Autolesiones	1	●			1
BB- Cronicidad	1	●			1
BB- Descuido de su casa	1		●		1
BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	14	●	●	●	4
BB- Dificultad para concentrarse	4	●	●		2
BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	7	●	●	●	3
BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el...)	9		●	●	2
BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	9	●	●	●	4
BB- Disminución de la capacidad para pensar	1	●			1
BB- Enlentecimiento del pensamiento	1	●			1
BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	6	●			1
BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar,...)	10	●	●	●	4
BB- Ganas de estar en la cama	16	●	●	●	3
BB- Ideación suicida	4	●			1
BB- Irritabilidad	4	●			1
BB- Llanto recurrente	2			●	1
BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	9	●	●	●	3
BB- Pérdida de energía/voluntad	15	●	●	●	3
BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	19		●	●	3
BB- Pérdida de interés	10	●	●	●	3
BB- Pérdida de motivación	9	●		●	3
BB- Pérdida de productividad	5	●	●	●	4
BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	13	●	●	●	4
BB- Poca expresividad/gestualidad	3		●	●	2
BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	13	●	●	●	3
BB- Sesgos atencionales a información negativa	2	●	●		2
BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	2		●		1
BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	6	●	●	●	3
BB- Visión negativa del futuro	4			●	1
<b>Totales</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>85</b>

- **Protocolo 1** (23 cód.): Alteraciones en el sueño (Insomnio), Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Autolesiones, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Dificultad para concentrarse, Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Disminución de la capacidad para pensar, Enlentecimiento del pensamiento, Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Ganas de estar en la cama, Ideación suicida, irritabilidad, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de interés, Pérdida de motivación, Pérdida de productividad, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Recurrencias, Sesgos atencionales a información negativa y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

- **Protocolo 2** (22 cód.): Alteración en su estilo relacional, Alteraciones en el sueño (Insomnio), Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Alteraciones en la sexualidad, Ansiedad (y sus síntomas), Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Aumento de queja, Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T., Cronicidad, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés, Pérdida de

productividad, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Poca expresividad/gestualidad y Recurrencia (episodios depresivos previos).

- **Protocolo 6** (25 cód.): Afectividad negativa, Alteración en su estilo relacional, Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Alteraciones en el sueño (Insomnio), Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Ansiedad (y sus síntomas), Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Descuido de su casa, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Dificultad para concentrarse, Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Ganas de estar en la cama, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés, Pérdida de motivación, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Poca expresividad/gestualidad y Recurrencia (episodios depresivos previos), Sesgos atencionales a información negativa, Tono de voz bajo, neutro, etc. y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

- **Protocolo 7** (14 cód.): Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Ganas de estar en la cama, Llanto recurrente, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de motivación, Pérdida de productividad, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.) y Visión negativa del futuro.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio), Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Pérdida de productividad y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Ganas de estar en la cama, Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés, Pérdida de motivación, Recurrencia (episodios depresivos previos) y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Alteración en su estilo relacional, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Ansiedad, Dificultad para concentrarse, Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere), Poca expresividad/gestualidad y Sesgos atencionales a información negativa.
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Afectividad negativa, Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Alteraciones en la sexualidad, Aumento de queja,

Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T., Autolesiones, Cronicidad, Descuido de su casa, Disminución de la capacidad para pensar, Enlentecimiento del pensamiento, Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Ideación suicida, Irritabilidad, Llanto recurrente, Tono de voz bajo, neutro, etc. y Visión negativa del futuro.

Al analizar el grupo de los primeros síntomas depresivos (código A) se obtuvo un total de 15 códigos entre los que se destacan ([ver figura 76](#)):

- **Protocolo 1** (4 Cód.): Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias), Falta de Higiene, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación) y Recurrencia.
- **Protocolo 2** (3 Cód.): Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés.
- **Protocolo 6** (5 Cód.): Afectividad negativa, Eventos estresantes de la vida, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación), Recurrencia y Visión negativa del pasado.
- **Protocolo 7** (3 Cód.): Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.), Dificultad para confiar en los otros y Eventos estresantes de la vida.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas: 0.**
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas 0.**

- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Eventos estresantes de la vida  
Pensamiento repetitivo negativo (rumiación) y Recurrencia.
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Alteraciones en el sueño  
(Insomnio, hipersomnía), Falta de Higiene, Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas  
(anhedonia), Pérdida de interés, Afectividad negativa, Dificultad para confiar en los  
otros, Ánimo deprimido y Visión negativa del pasado.

**Figura 76:** Listado de códigos de primeros síntomas utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo.

	1 PROTOCOLO 1.docx 19	2 PROTOCOLO 2.... 16	6 PROTOCOLO 6.... 11	7 PROTOCOLO 7... 22	Totales
A- Afectividad negativa	2		1		1
A- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnía)	11	1			1
A- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	6			1	1
A- Dificultad para confiar en los otros	2			1	1
A- Eventos estresantes de la vida	7		1	1	2
A- Falta de Higiene	2	1			1
A- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación)	3	1	1		2
A- Pérdida de energía/voluntad	8	1			1
A- Pérdida de ganas (anhedonia)	8	1			1
A- Pérdida de interés	2	1			1
A- Recurrencia	5	1	1		2
A- Visión negativa del pasado	1		1		1
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

Al realizar la intercepción entre los códigos utilizados por los terapeutas para describir sintomáticamente a un paciente con un trastorno depresivo y los códigos utilizados para registrar los primeros síntomas depresivos se obtiene la siguiente clasificación:

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cuatro entrevistados: 0.** A diferencia de lo sucedido cuando se analizó la sintomatología depresiva general, al ingresar el factor tiempo al análisis se observó una baja muy significativa en la cantidad de códigos utilizados, tanto intragrupo (es decir observado lo sucedido con y sin factor tiempo) como al compararlo con lo sucedido en los otros grupos. Esto también es posible de ver al analizar los códigos que no han sido mencionado para describir la sintomatología espontáneamente, pero si cuando se realizó la descripción sintomática general (ver en la próxima página)
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados: 0**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados: 0**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por un entrevistado:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia) y Afectividad negativa.

Existen códigos que al ser estudiados en la intercepción mencionada anteriormente muestran ciertas diferencias. Por ejemplo:

2. **Códigos que no han sido mencionados por los entrevistados espontáneamente, pero si cuando se le piden que describan los síntomas característicos**

**de una persona que presente un cuadro depresivo:** Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Pérdida de productividad y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Dificultad para realizar las actividades cotidianas, Ganas de estar en la cama, Pérdida de motivación, Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.), Alteración en su estilo relacional, Ansiedad, Dificultad para concentrarse, Poca expresividad/gestualidad y Sesgos atencionales a información negativa, Poca expresividad/gestualidad y Sesgos atencionales a información negativa, Alteraciones en la sexualidad, Aumento de queja, Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T., Autolesiones, Cronicidad, Descuido de su casa, Disminución de la capacidad para pensar, Enlentecimiento del pensamiento, Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Ideación suicida, Irritabilidad, Llanto recurrente, Tono de voz bajo, neutro, etc. y Visión negativa del futuro.

- **Códigos que se han mencionado en mayor medida cuando se pide que describan a un paciente con síntomas depresivos que de manera espontánea o cuando describen a la paciente del video estímulo:** Eventos estresantes de la vida, Pensamiento repetitivo negativo (rumiación), Recurrencia, Alteraciones en el sueño (Insomnio), Falta de Higiene, Pérdida de energía/voluntad, Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de interés, Dificultad para confiar en los otros y Ánimo deprimido.

Como ya se ha mencionado, existen diferencias significativas entre la cantidad de códigos utilizados para describir a la sintomatología general y la espontánea/inicial. Esta diferencia (aunque menos significativa) se dio de manera similar en los otros dos grupos analizados.

La baja significativa en la cantidad de códigos no permitió la existencia de coincidencias entre los 4 entrevistados ni tampoco entre 3 entrevistados.

En relación con los códigos de mayor accesibilidad y potencia mencionado en los dos grupos analizados anteriormente, **Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias)** y **Pérdida de ganas (anhedonia)**, fueron mencionados, pero en menor medida.

### *7.3.7 Comparación sintomatología depresiva relevada e imagen prototípica (código bb y g).*

Continuando con la comparación y análisis de las respuestas dadas, se analizó las contestaciones brindadas por los entrevistados sobre la descripción general de un paciente que atraviesa un trastorno depresivo (descripción dirigida a explorar la imagen general y prototípica a partir de los recuerdos y experiencia del entrevistado expresado bajo código G) y la descripción sintomática general de la paciente presentada en el video (expresado bajo el código BB) ([ver figura 77](#)).

Al entrecruzar los datos, se observa la existencia de códigos que han sido nombrados en ambas ocasiones entre los que se destaca:

- Alteración en su estilo relacional
- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias)
- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)

- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)
- Ansioso (aumento del miedo, nervios)
- Aumento de conductas evitativas
- Aumento de la queja
- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)
- Dificultades en la concentración
- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el

otro le sugiere)

- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)
- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar
- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)
- Episodios frecuentes de llanto
- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)

Figura 77: Cuadro de comparación entre los códigos utilizados para describir sintomáticamente a la paciente del video estímulo y a un paciente prototípico.

Descripción general de la paciente	P 1	P 2	P 6	P 7	Totales	Ideas Prototípicas	P 1	P 2	P 6	P 7	Totales
						• G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	1	0	2
• BB- Afectividad negativa	0	0	1	0	1						
• BB- Alteración en su estilo relacional	0	1	1	0	2	• G- Alteraciones en su estilo relacional	0	0	1	0	1
• BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	0	0	1	0	1						
• BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	1	1	1	1	4	• G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	1	0	2
• BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	1	• G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2
• BB- Alteraciones en la sexualidad	0	1	0	0	1						
• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	1	0	0	1	2	• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	0	1	0	1
• BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	1	1	0	2	• G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	0	1	0	0	1
• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	1	0	3	• G- Aumento de conductas evitativas	0	1	1	0	2
• BB- Aumento de queja	0	1	0	0	1	• G- Aumento de la queja	0	1	0	1	2
• BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	0	1	0	0	1						
• BB- Autolesiones	1	0	0	0	1						
• BB- Cronicidad	0	1	0	0	1						
• BB- Descuido de su casa	0	0	1	0	1						
• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	1	1	1	4	• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	1	1	1	1	4
• BB- Dificultad para concentrarse	1	0	1	0	2	• G- Dificultades en la concentración	1	0	0	0	1
• BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	1	1	1	0	3						
• BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	0	1	1	2	• G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	0	1	0	1
• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	1	1	4	• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	1	1	4
• BB- Disminución de la capacidad para pensar	1	0	0	0	1	• G- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar	1	0	0	0	1
• BB- Enlentecimiento del pensamiento	1	0	0	0	1						
• BB- Ensismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	1	• G- Ensismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	1
						• G- Episodios frecuentes de llanto	0	0	0	1	1
• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	1	1	1	1	4						
• BB- Ganas de estar en la cama	1	0	1	1	3						
• BB- Ideación suicida	1	0	0	0	1						
• BB- Irritabilidad	1	0	0	0	1						
• BB- Llanto recurrente	0	0	0	1	1						
• BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	1	1	1	0	3	• G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	1	1	0	0	2
• BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	1	0	3						
• BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3	• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3
• BB- Pérdida de interés	1	1	1	0	3	• G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	0	2
• BB- Pérdida de motivación	1	0	1	1	3						
• BB- Pérdida de productividad	1	1	1	1	4	• G- Pérdida de productividad	1	0	0	0	1
• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	1	1	1	4	• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	1	0	1
• BB- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2	• G- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2
• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	1	0	3						
• BB- Sesgos atencionales a información negativa	1	0	1	0	2	• G- Sesgo atencional a información negativa	1	0	1	0	2
• BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	0	1	0	1	• G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	0	1	0	1
• BB- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	1	1	3						
• BB- Visión negativa del futuro	0	0	0	1	1	• G- Visión negativa del futuro	0	0	0	1	1
						• G- Visión negativa del mundo	0	0	0	1	1
						• G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	1	2

- Pérdida de interés (anhedonia)
- Pérdida de productividad
- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)
- Poca expresividad/gestualidad
- Sesgo atencional a información negativa
- Tono de voz bajo, neutro, etc.
- Visión negativa del futuro

Dicho grupo es posible de ser ordenado jerárquicamente iniciando por los códigos que han sido nombrados por los cuatro terapeutas, luego por tres continuando hasta llegar a uno:

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cuatro entrevistados en ambos grupos:** Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono).
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados en ambos grupos:** Pérdida de ganas (anhedonia).
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados en ambos grupos:** Poca expresividad/gestualidad y - Sesgo atencional a información negativa.
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los un entrevistado en ambos grupos:** Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar, Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento), Visión negativa del futuro y Tono de voz bajo, neutro, etc.

Adicionalmente existen códigos nombrados en ambos grupos pero que han sufrido variaciones (nombrados más entrevistados en una de las oportunidades), entre los que se destaca:

- **Alteración en su estilo relacional:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Alteraciones en el sueño (Insomnio):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Ansiedad (y sus síntomas):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Dificultad para concentrarse:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).

- **Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Pérdida de interés:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Pérdida de productividad:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).

Existen códigos que han sido mencionados en mayor oportunidad o solamente al describir a imagen prototípica:

- **Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad):** Fue nombrado más veces en la descripción prototípica (Cód. G) que en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB).
- **Aumento de queja:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC):** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).

- **Visión negativa del mundo:** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.):** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Episodios frecuentes de llanto:** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).

También resulta posible mencionar la existencia de códigos utilizados solamente para describir a la sintomatología de la paciente del video estímulo y no al solicitarles la descripción prototípica de un paciente que atraviesa un cuadro depresivo:

- **Afectividad negativa**
- **Alteraciones en la sexualidad**
- **Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)**
- **Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.**
- **Autolesiones**
- **Cronicidad**
- **Descuido de su casa**
- **Dificultad para realizar las actividades cotidianas**
- **Enlentecimiento del pensamiento**
- **Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)**
- **Ganas de estar en la cama**

- **Ideación suicida**
- **Irritabilidad**
- **Llanto recurrente**
- **Pérdida de energía/voluntad**
- **Pérdida de motivación**
- **Recurrencia (episodios depresivos previos)**
- **Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)**

De manera similar a lo registrado en el análisis de los grupos anteriores, en general, los entrevistados utilizaron una mayor cantidad de códigos al describir a la sintomatología de la paciente presente en el video estímulo (40 códigos) que al describir a una persona que atraviesa un cuadro depresivo prototípico (códigos 26).

Al comparar las respuestas brindadas por los grupos anteriores y el actual se observan diferencias en códigos mencionados por todos los entrevistados. En este caso no se menciona a **“Pérdida de ganas (anhedonia)”**. En su lugar se mencionan: **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)** y **Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)**.

Ambos códigos fueron mencionados por los grupos anteriores, pero en menor medida o con menor número de coincidencias.

También es posible observar una mayor cantidad de códigos utilizados por los participantes de este grupo en ambas categorías facilitando la existencia de mayor cantidad de coincidencias en la intercepción de ambos grupos.

### **7.3.8 Factores de riesgo (código b)**

Continuando con el análisis y a fin de poder completar el estudio sobre la mirada psicopatológica de los entrevistados, se les pregunto sobre qué factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo conocían.

A diferencia de lo sucedido en los grupos anteriores, los participantes de este grupo no manifestaron dificultades ni objeciones a la hora de responder sobre esta cuestión, sino que iniciaron directamente a dar respuestas.

En total, los cuatro entrevistados utilizaron 22 códigos, dando un promedio de 5,5 códigos por entrevistado) siendo levemente superior a la cantidad de códigos registradas por el grupo de 11-15 años de experiencia (dicho grupo obtuvo un promedio de 5 códigos por participantes) e inferior a lo registrado por el grupo de mayor experiencia (promedio de 6,66 códigos para el grupo de mayor experiencia).

El entrevistado de marco teórico psicodinámico, de manera similar a lo observado en los grupos anteriores fue quien mencionó una mayor cantidad de códigos en comparación a los entrevistados TCC.

Resulta interesante mencionar que, a diferencia de lo sucedido en grupos anteriores, una cantidad significativa de factores de riesgos mencionados por los participantes de este grupo, corresponden a síntomas depresivos utilizados para describir el padecer de una persona deprimida como, por ejemplo:

- **Desesperanza**
- **Intento e ideacion suicidio**

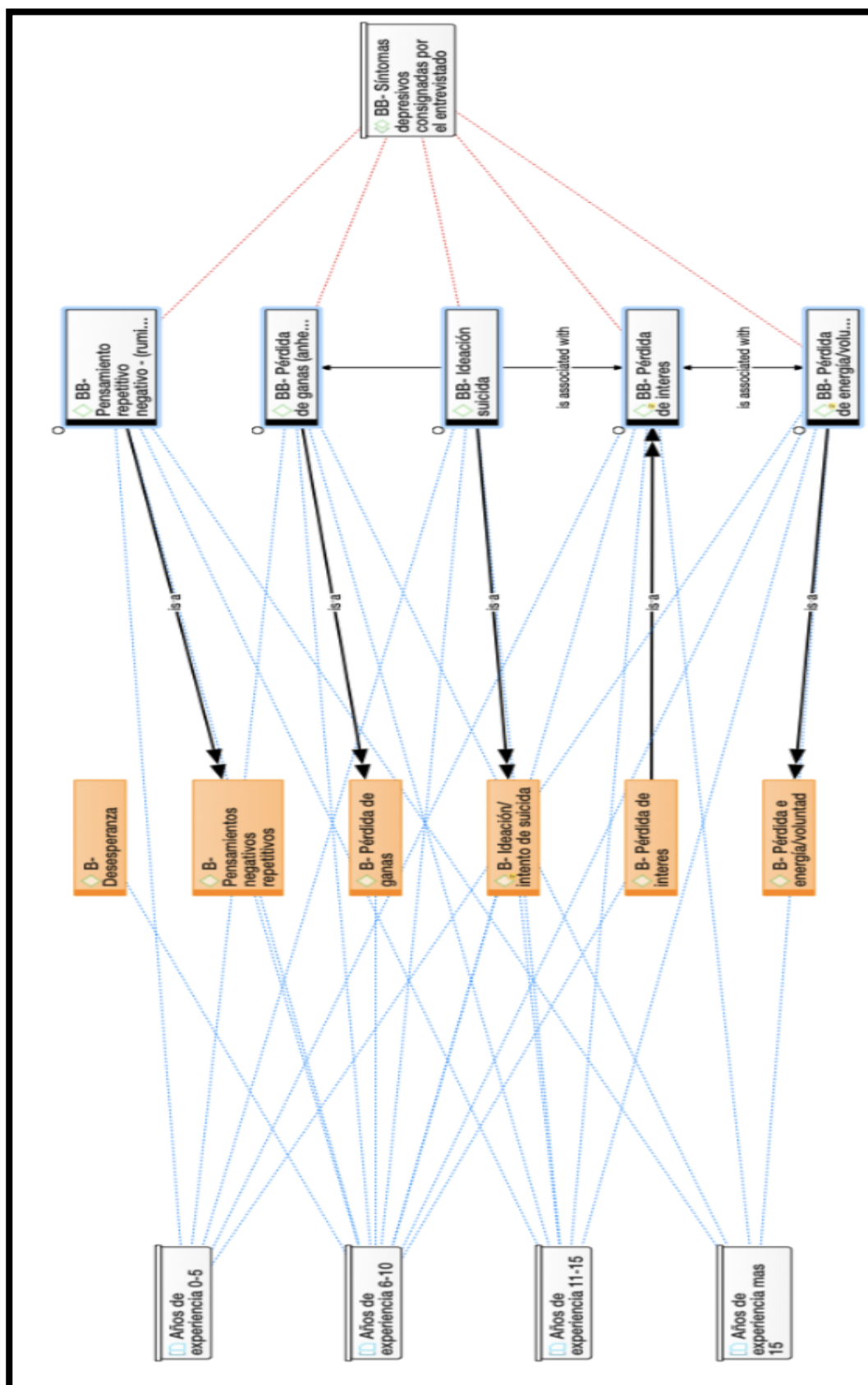
- **Pensamiento negativo repetitivo**
- **Pérdida de ganas**
- **Pérdida de interes**

Al analizar lo sucedido en otros grupos, se pudo constatar que esta confusión es algo que ha sucedido solamente en este grupo. También, resulta interesante observar que la **Desesperanza** ha sido marcada como factor de riesgo pero ningún entrevistado la ha mencionado como sintoma característico de la depresión ([ver figura 78; figura 79](#))

Los códigos estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

- **Protocolo 1 (TCC):** Antecedentes Familiares, Contexto del sujeto, Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, etc.), Estilo de apego, Estilo relacional familiar, Pérdida de ganas y Pérdida de interes.
- **Protocolo 2 (TCC):** Antecedentes Familiares, Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, diabetes, etc.), Eventos estresantes de la vida y Temperamento (afecto negativo).

**Figura 78:** Red de códigos coincidente de factores de riesgo y sintomatología depresiva mencionada por los entrevistados de todos los grupos.



**Figura 79:** Conjunto de códigos utilizados para registrar los factores de riesgo mencionados por el grupo.

	1 PROTOCOLO 1...	2 PROTOCOLO...	6 PROTOCOLO...	7 PROTOCOLO 7...	Totales
B- Antecedentes Familiares	●	●		●	3
B- Ausencia de hobbies/pasatiempo				●	1
B- Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro				●	1
B- Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral				●	1
B- Contexto del sujeto	●				1
B- Desesperanza				●	1
B- Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunol...	●	●			2
B- Episodios de ansiedad			●		1
B- Estilo de apego	●				1
B- Estilo relacional familiar	●				1
B- Eventos estresantes de la vida		●			1
B- Ideación/ intento de suicida				●	1
B- Pensamientos negativos repetitivos				●	1
B- Pérdida de ganas	●				1
B- Pérdida de interes	●				1
B- Pérdidas tempranas			●		1
B- Recurrencias (Episodios depresivos previos)			●		1
B- Red de apoyo (ausencia o escasa)				●	1
B- Temperamento (afecto negativo)		●			1
<b>Totales</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>22</b>

- **Protocolo 6 (TCC):** Episodios de ansiedad, Pérdidas tempranas y Recurrencias (Episodios depresivos previos).
- **Protocolo 7 (PS):** Antecedentes Familiares, Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro, Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral, Contexto del sujeto, Desesperanza, Ideación/ intento de suicida, Pensamientos negativos repetitivos, Ausencia de hobbies/pasatiempo y Red de apoyo (ausencia o escasa).

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas: 0**
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Antecedentes Familiares.
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, diabetes, etc.).
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro, Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral, Contexto del sujeto, Desesperanza, Episodios de ansiedad, Ideación/ intento de suicida Estilo de apego, Estilo relacional familiar, Eventos estresantes de la vida, , Pensamientos negativos repetitivos, , Pérdida de ganas, Pérdida de interes, Pérdidas tempranas, Ausencia de hobbies/pasatiempo, Recurrencias (Episodios depresivos previos), Red de apoyo (ausencia o escasa) y Temperamento (afecto negativo).

Al comparar los resultados obtenidos con los grupos anteriores, se puede observar que las Enfermedades Médicas y los eventos estresantes de la vida son los códigos que presentó mayor fuerza y representatividad a la hora de mencionar factores de riesgo, siendo el código con mayor cantidad de coincidencias.

El protocolo 7, cuyo marco teórico es el psicodinámico, al repasar los factores de riesgo menciono, a su vez, la existencia de ciertos factores protectores nombrado a “**Ser religioso**”.

**Junto al protocolo 12 fueron los únicos dos entrevistados que mencionaron la existencia de factores protectores.**

También, se realizó la comparación entre los factores de riesgo (código B), los códigos utilizados para realizar la descripción sintomática de la paciente del video (Cod. BB) y los códigos utilizados para describir a un paciente prototípico (Cod G).

De manera similar a lo observado en los grupos anteriores, se utilizaron menos códigos para describir a la imagen prototípica (26 Cod.) de un paciente deprimido en comparación de los códigos utilizados para describir a la sintomatología de la paciente del video (40 Cod.). También se han mencionado menor cantidad de factores de riesgo en comparación de los otros dos grupos (Cod. 19).

En comparación con el grupo anterior, los participantes del actual utilizaron levemente una mayor cantidad de códigos en los tres grupos ([ver figura 80](#)).

- Existen códigos que han sido compartidos en los 3 grupos como:
  - **Ansioso (aumento del miedo, nervios):** mencionado por dos entrevistados al describir la sintomatología de la paciente y por uno al desarrollar tanto la imagen prototípica como los factores de riesgo.
  - **Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado):** mencionado en tres ocasiones al describir la sintomatología de la paciente, en dos al describir la sintomatología prototípica y en una ocasión al referirse a los factores de riesgo.
  - **Pérdida de ganas (anhedonia):** mencionado en tres ocasiones tanto como sintomatología de la paciente como prototípica y una vez al hacer referencia a los factores de riesgo.

- **Pérdida de interés (anhedonia):** mencionado en tres ocasiones al describir la sintomatología de la paciente, en dos al describir la sintomatología prototípica y en una ocasión al referirse a los factores de riesgo.

Figura 80: Cuadro comparativo de códigos utilizados para la descripción sintomatológica de la paciente, de la imagen prototípica y de los factores de riesgo.

Descripción general de la paciente (BB)	Totales					Ideas Prototípicas (G)	Totales					Factores de Riesgo (B)	Totales				
	P 1	P 2	P 6	P 7	Totales		P 1	P 2	P 6	P 7	Totales		P 1	P 2	P 6	P 7	Totales
												B- Antecedentes Familiares	1	1	0	1	3
												B- Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro	0	0	0	1	1
												B- Ausencia de hobbies/pasatiempo	0	0	0	1	1
						* G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	1	0	2						
* BB- Afectividad negativa	0	0	1	0	1							B- Temperamento (afecto negativo)	0	1	0	0	1
* BB- Alteración en su estilo relacional	0	1	1	0	2	* G- Alteraciones en su estilo relacional	0	0	1	0	1						
* BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	0	0	1	0	1												
* BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	1	1	1	1	4	* G- Alteraciones en el sueño (insomnio, Hipersomnio)	0	1	1	0	2						
* BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	1	* G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2						
* BB- Alteraciones en la sexualidad	0	1	0	0	1												
* BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	1	0	0	1	2	* G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	0	1	0	1						
* BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	1	1	0	2	* G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	0	1	0	0	1	B- Episodios de ansiedad	0	0	1	0	1
* BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	1	0	3	* G- Aumento de conductas evitativas	0	1	1	0	2						
* BB- Aumento de queja	0	1	0	0	1	* G- Aumento de la queja	0	1	0	1	2						
* BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	0	1	0	0	1							B- Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral	0	0	0	1	1
* BB- Autolesiones	1	0	0	0	1							B- Contexto del sujeto	1	0	0	0	1
* BB- Cronicidad	0	1	0	0	1												
* BB- Descuido de su casa	0	0	1	0	1												
* BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	1	1	1	4	* G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	1	1	1	1	4						
* BB- Dificultad para concentrarse	1	0	1	0	2	* G- Dificultades en la concentración	1	0	0	0	1						
* BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	1	1	1	0	3												
* BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	0	1	1	2	* G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	0	1	0	1						
* BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	1	1	4	* G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	1	1	4						
* BB- Disminución de la capacidad para pensar	1	0	0	0	1	* G- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar	1	0	0	0	1						
* BB- Enlentecimiento del pensamiento	1	0	0	0	1							B- Desesperanza	0	0	0	1	1
* BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	1	* G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	1						
						* G- Episodios frecuentes de llanto	0	0	0	1	1						
												B- Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.)	1	1	0	0	2
												B- Estilo de apego	1	0	0	0	1
												B- Estilo relacional familiar	1	0	0	0	1
* BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	1	1	1	1	4							B- Eventos estresantes de la vida	0	1	0	0	1
* BB- Ganas de estar en la cama	1	0	1	1	3							B- Ideación/ intento de suicida	0	0	0	1	1
* BB- Ideación suicida	1	0	0	0	1												
* BB- Irritabilidad	1	0	0	0	1												
* BB- Llanto recurrente	0	0	0	1	1												
* BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	1	1	1	0	3	* G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	1	1	0	0	2	B- Pensamientos negativos repetitivos	0	0	0	1	1
* BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	1	0	3												
* BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3	* G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3	B- Pérdida de ganas	1	0	0	0	1
* BB- Pérdida de interés	1	1	1	0	3	* G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	0	2	B- Pérdida de interés	1	0	0	0	1
* BB- Pérdida de motivación	1	0	1	1	3												
* BB- Pérdida de productividad	1	1	1	1	4	* G- Pérdida de productividad	1	0	0	0	1	B- Pérdidas tempranas	0	0	1	0	1
* BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	1	1	1	4	* G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	1	0	1						
* BB- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2	* G- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2						
* BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	1	0	3							B- Recurrencias (Episodios depresivos previos)	0	0	1	0	1
												B- Red de apoyo (ausencia o escasa)	0	0	0	1	1
* BB- Sesgos atencionales a información negativa	1	0	1	0	2	* G- Sesgo atencional a información negativa	1	0	1	0	2						
* BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	0	1	0	1	* G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	0	1	0	1						
* BB- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	1	1	3												
* BB- Visión negativa del futuro	0	0	0	1	1	* G- Visión negativa del futuro	0	0	0	1	1						
						* G- Visión negativa del mundo	0	0	0	1	1						
						* G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	1	2						
	23	22	26	14	85		9	12	15	8	44		7	4	3	8	22

- **Afectividad negativa:** mencionado tanto como síntomas de la paciente y posible factor de riesgo. En ambas oportunidades fue seleccionado en una ocasión.
  - **Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T:** mencionado tanto como síntomas de la paciente y posible factor de riesgo. En ambas oportunidades fue seleccionado en una ocasión.
  - **Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.):** mencionado cuatro veces al describir la sintomatología de la paciente y una vez como factor de riesgo.
  - **Ideación suicida:** mencionado tanto como síntomas de la paciente y posible factor de riesgo. En ambas oportunidades fue seleccionado en una ocasión.
- Existen códigos que han sido mencionados solamente al solicitarles factores de riesgo:
    - Contexto del sujeto
    - Desesperanza
    - Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.)
    - Estilo de apego
    - Estilo relacional familiar
    - Red de apoyo (ausencia o escasa)

Al compararlo con los grupos anteriores se observan ciertas coincidencias en códigos mencionados solamente como factores de riesgo:

- Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.)
- Contexto del sujeto

### ***7.3.9 Sintomatología comórbida con trastornos de ansiedad (código c)***

Por último, de manera similar a lo analizado con los grupos anteriores se estudió y exploró (si era pertinente) la sintomatología ansiosa que algunos entrevistados relevaron. En el grupo en cuestión, los entrevistados mencionaron los siguientes códigos (25 códigos)([ver figura 81](#)).

- **No hubo ningún código mencionado por los cuatro entrevistados.**
- **Códigos mencionados por tres entrevistados:** Hipertensión y Miedo a morir.
- **Códigos mencionados por dos entrevistados:** Miedo a sintomatología física de ansiedad (sensibilidad a la ansiedad), Miedo intenso, Miedo vinculado a afecciones médicas y Sensaciones físicas de ansiedad.
- **Códigos mencionados por uno de los entrevistados:** Antecedentes de trastornos anímicos, Aumento de conductas evitativas, Aumento de movimiento en su cuerpo, Desmayos, Miedo a conducta específica (navegar, etc.), Miedo a que le pase algo

y esté sola, Miedo al miedo, Reiteradas consultas médicas, Sintomatología ansiosa (agrupa a toda la sintomatología), Sudoración y Verborragia.

**Figura 81:** Síntomas ansiosos mencionados por los entrevistados observados en la paciente del video estímulo.

		1 PROTOCOLO 1... 19	2 PROTOCOLO... 16	6 PROTOCOLO... 11	7 PROTOCOLO 7... 22	Totales
● C- Antecedentes de trastornos anímicos	1			●		1
● C- Aumento de conductas evitativas	5				●	1
● C- Aumento de movimiento en su cuerpo	2			●		1
● C- Desmayos	1	●				1
● C- Hipertensión	11	●	●		●	3
● C- Miedo a conducta específica (navegar, etc.)	5				●	1
● C- Miedo a morir	8	●		●	●	3
● C- Miedo a que le pase algo y esté sola	2	●				1
● C- Miedo a sintomatología física de ansiedad (sensibilidad a la ansiedad)	3	●		●		2
● C- Miedo al miedo	1	●				1
● C- Miedo intenso	3	●			●	2
● C- Miedo vinculado a afecciones médicas	2			●	●	2
● C- Reiteradas consultas médicas	3	●				1
● C- Sensaciones físicas de ansiedad	4	●		●		2
● C- Sintomatología ansiosa (agrupa a toda la sintomatología)	1				●	1
● C- Sudoración	8	●				1
● C- Verborragia	1			●		1
Totales		10	1	7	7	25

Al indagar y comparar las respuestas con los grupos anteriormente analizados se observa que los entrevistados del grupo actual destacaron con mayor intensidad la sintomatología ansiosa de la paciente que los dos grupos previos (+15 años: 4 Cód.; 11-15 años: 21 cód. y 6-10 años: 25 cód.).

- **Existen códigos que han sido mencionados por los tres grupos de entrevistados:** Aumento de conductas evitativas y Sudoración.
- **Existen códigos que han sido mencionados por el grupo de 11 a 15 años y 6-11 años de experiencia:** Aumento de movimiento en su cuerpo; Hipertensión; Miedo a conducta específica (navegar, etc.); Miedo a morir; Miedo a que le pase algo y esté sola; Miedo a sintomatología física de ansiedad (sensibilidad a la ansiedad)

Resulta interesante observar que al comparar el desempeño de los tres grupos se observa un fuerte incremento en la cantidad de códigos utilizados por los entrevistados a medida que disminuye los años de experiencia. El grupo de mayor experiencia utilizó solamente 4 códigos, el grupo de 11- 15 años 13 códigos y el grupo de 6 a 11 años, 17 códigos ([ver figura 82](#)).

**Figura 82:** códigos utilizados por los tres grupos analizados para registrar la sintomatología ansiosa.

		Años de experiencia 6-10 4 68	Años de experiencia 11-15 4 45	Años de experiencia mas 15 3 54	Totales
C- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	4		●		1
C- Antecedentes de trastornos anímicos	1	●			1
C- Aumento de conductas evitativas	5	●	●	●	3
C- Aumento de movimiento en su cuerpo	2	●	●		2
C- Desmayos	1	●			1
C- Discurso acelerado	1		●		1
C- Hipertensión	11	●	●		2
C- Hipotensión	2		●		1
C- Miedo a conducta específica (navegar, etc.)	5	●	●		2
C- Miedo a morir	8	●	●		2
C- Miedo a que le pase algo y esté sola	2	●	●		2
C- Miedo a sintomatología física de ansiedad (sensibili...	3	●	●		2
C- Miedo al miedo	1	●			1
C- Miedo intenso	3	●		●	2
C- Miedo vinculado a afecciones médicas	2	●			1
C- Necesidad de control	2		●	●	2
C- Reiteradas consultas médicas	3	●			1
C- Sensaciones físicas de ansiedad	4	●			1
C- Sintomatología ansiosa (agrupa a toda la sintmatolo...	1	●			1
C- Sudoración	8	●	●	●	3
C- Taquicardia	1		●		1
C- Verbosidad	1	●			1
<b>Totales</b>		<b>17</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>34</b>

### 7.3.10 Análisis integrador

El grupo de terapeutas de 6 a 10 años de experiencia se encuentra conformado por un varón (protocolo 1) y tres mujeres (protocolo 2, 6 y 7). A su vez, es posible decir que el protocolo 7 tiene como marco teórico a la terapia psicodinámica y el resto a la terapia cognitiva conductual.

En términos generales se puede decir que, los participantes destacan que para obtener información necesaria para lograr comprender qué le sucede a la paciente, recurren tanto al lenguaje verbal como al no verbal y otros detalles (por ejemplo, gestualidad, vestimenta, etc.) junto a otros datos (evaluaciones psicológicas/informes, si asiste solo o acompañado, etc).

Al compararlo con los dos grupos anteriores se puede observar que, de manera similar, si bien sobresale siendo la elección de todos los integrantes del grupo al **“Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, como inicia el relato y lo que omite.)”** como la principal fuente de información, al observar los restantes códigos, al igual que el al grupo de 11-15 años de experiencia, los entrevistados hacen mayor foco a las cuestiones no verbales que a puntualizar aspectos de la narrativa. A su vez, al evaluar la variedad y cantidad de códigos utilizados se ratifica la tendencia descendente, obteniendo la máxima puntuación en el grupo de mayor experiencia. Vale mencionar que, en el grupo actual, un participante menciona a la **“Intuición”** como fuente de información. Aunque como se evidenciará en los siguientes análisis, los participantes de este grupo dieron poco lugar al registro de lo sentido y pensado durante la entrevista con relación a la paciente.

Al igual que con el grupo de 11-15 años de experiencia, se observa una diferencia significativa en la cantidad de códigos utilizados entre ambos grupos y el de mayor experiencia. (+15 años: 8,3 cód. por protocolo; 11-15 años: 3,5 cód. por protocolo y 6-10 años: 4 cód. por protocolo).

De manera similar a los grupos anteriores, se destaca a la admisión como un proceso que se encuentra, en general, conformado por más de un encuentro en donde se explora, sobre todo: **“El motivo de consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?) y Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad)”**. A su vez, de manera similar a los grupos anteriores,

también destacan la necesidad de relevar **los antecedentes y enfermedades médicas y las expectativas**.

Al compararlo con el grupo anteriormente analizado (11-15 años), se observa una utilización significativamente superior de códigos (20 cód. utilizados por el actual grupo y 8 cód. utilizados por el grupo de 11-15 años). Dicha diferencia es posible de ser justificada por la detallada descripción que realiza el protocolo 7.

A sí mismo, al compararlo con el grupo de mayor experiencia, se observa cierta similitud en la cantidad de códigos utilizados (+15 años: 18 cód. y 6-10 años: 20 cód.). Pero, teniendo en cuenta que el grupo de +15 años contó con un protocolo menos, al observar el promedio de códigos utilizados, se observa una mayor cantidad de códigos utilizados por el grupo de mayor experiencia (+15 años: 6 códigos promedio y 6-10 años: 5 códigos promedio).

- Al continuar analizando la respuesta a la pregunta inicia (“¿*Qué pensás qué le pasa a la paciente...*”?) se observa también la continuidad de lo observado en el grupo anterior (11-15 años) donde se destaca la pérdida de unanimidad a la hora de comenzar a responder la pregunta. Solamente el protocolo 7, cuyo marco teórico es el psicodinámico, inicia la entrevista de manera similar a lo observado en el grupo de mayor experiencia, destacando, focalizándose en la descripción holística del padecer de la paciente, las características de su estilo de afrontamiento, mecanismos de defensa y el relevamiento de lo sentido y pensado durante la entrevista (contratransferencia). También, de manera similar, los integrantes con marco teórico TCC iniciaron la entrevista realizando una recopilación de la sintomatología manifestada por la paciente.

Por lo tanto, se puede verificar que al igual que en el grupo anterior, solamente los entrevistados con marco teórico psicodinámico iniciar la entrevista realizando una descripción

similar a la del grupo de mayor experiencia, realizando una descripción general y holística de la paciente. Los entrevistados TCC inician la entrevista destacando la descripción sintomatológica de la paciente destacando vulnerabilidades, factores de riesgo y posibles cuadros nosológicos.

- A partir de los resultados obtenidos y en sintonía con lo analizado en los grupos anteriores, se estudió en profundidad (más allá de las menciones espontáneas que pudieron realizar los entrevistados al iniciar la entrevista) el relevamiento sobre cómo se sintieron (contratransferencia) con la paciente durante la entrevista.

**Aquí se puede observar la primer gran discrepancia de la muestra. A diferencia de lo observado en los dos grupos anteriormente analizados (si bien, ya se había observado una leve disminución en la cantidad de códigos utilizados), la mayoría de los protocolos pertenecientes a este grupo no hicieron mención sobre el tema. Solamente el protocolo 7, cuyo marco teórico es psicodinámico (y ya se había diferenciado en el punto anterior) se explayó levemente sobre la cuestión.**

En total utilizó 4 códigos: **Angustia, Desconfianza, Poco relajada en la entrevista y Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente)**. En general, los códigos utilizados por la entrevistada fueron elegidos de manera significativas por los grupos anteriores.

Al igual que en el grupo anterior, los terapeutas con marco teórico psicodinámico mostraron mejor performance en este punto.

También se les preguntó a los a los entrevistados sobre qué les generaba los pacientes deprimidos en general (ya por fuera de los experimentado con la paciente del video estímulo). El protocolo 7 (PS), al igual que en el punto anterior, fue quien más ha desarrollado la cuestión. Los otros tres protocolos solamente han manifestado su deseo de escucharla. A diferencia de los dos

grupos anteriores, aquí si se observa diferencias a la hora de evaluar las respuestas según el marco teórico del entrevistado.

Al igual que en la categoría anterior se observa una diferencia significativa en la cantidad de códigos utilizados entre este grupo y el de mayor experiencia. No obstante, en comparación con el grupo de 11-15 años de experiencia se observa una utilización levemente superior de códigos. Vale mencionar que en este grupo la mayoría de los códigos se encuentra en un solo protocolo mientras que, en el grupo anterior, la mayoría de los códigos se divide en dos protocolos.

Los protocolos 1, 2 y 6 solamente manifestaron “Ganas de escucharlo”. El protocolo 7 destaca, en general, una mayor cantidad de reacciones negativas que pueden tender a generarles incomodidad, tales como: pena, cansancio, frustración, sueño, dificultad para empatizar pesadez y tedio.

- En relación con las ideas preconcebidas (imagen prototípica) sobre pacientes deprimidos, a diferencia de lo observado en los dos grupos anteriormente analizados, ningún entrevistado aclaró sobre la existencia de diversos tipos de presentaciones clínicas según la gravedad, complejidad y tipos de síntomas ni tampoco surgió la posibilidad de que se presente con características opuestas.

Más allá de esta aclaración, la imagen prototípica que describieron los terapeutas de este grupo destaca cómo síntomas más significativos del cuadro depresivo a: **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y al Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), seguido por “Pérdida de ganas”**.

Al compararlo con los grupos anteriores se observa que, a diferencia de lo obtenido en ambos grupos, aquí no se destaca a la **Pérdida (de ganas, de interés y de energía)** como la

sintomatología más característica. En su lugar se hizo foco en síntomas visibles en la prosopografía del paciente. En ambos grupos anteriores se destacó a la **Pérdida de ganas (anhedonia)** como síntoma con mayor fuerza diagnóstica, seguido por **Perdida de energía y de Interés**.

Al comparar la cantidad de códigos utilizados por entrevistado se observa un leve incremento en comparación con el grupo de 11 a 15 años de experiencia (11 cód. vs 10,5 cód.) y al grupo de mayor experiencia (11 cód. vs 9,66 cód.).

Al igual que el grupo de 11-15 años, han elegido con menor fuerza al código **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.) y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)**. En su lugar asignó mayor relevancia a características observables como **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)**. Es decir que continúan con la tendencia observada en el grupo anterior, pero con menor variedad de códigos utilizados.

- Una vez obtenida la información sobre la imagen prototípica, se exploró la descripción sintomatológica que los entrevistados relevaron durante la entrevista. Al igual que con los grupos anteriores, en el análisis de datos se destacó, del grupo de síntomas general, aquellos que fueron mencionados inicialmente (muchas veces espontáneo).

En total, los participantes utilizaron 84 códigos para consignar la sintomatología general depresiva, siendo 21 códigos el promedio por participante. En general los entrevistados TCC utilizaron una cantidad similar de códigos (22, 23 y 26) mientras que, a diferencia de lo observado en otros puntos, el entrevistado psicodinámico utilizó un promedio significativamente menor de códigos (14). De los 84 códigos elegidos se observa un total de 40 códigos, representando un total de 10 códigos por persona. Este número es levemente superior al obtenido

tanto en el grupo 11-15 años (28 cód.; 7 cód. por persona) como en el grupo de mayor experiencia (9,33 cód. por persona).

También se observa un incremento significativo en la cantidad de códigos utilizados por este grupo en comparación con los dos grupos anteriormente analizados (11-15 años: 17,75 cód. por protocolo y +15 años: 17 cód. por protocolo).

Al evaluar la influencia de la imagen prototípica en la sintomatología general, el grupo actual obtuvo un total de 22 códigos compartidos entre ambos grupos, compartiendo el 55% de la sintomatología con la imagen prototípica, utilizando el 84,61% de los códigos prototípicos. Estos resultados son inferiores a los obtenidos en los grupos anteriores donde en 11-15 años obtuvieron el 60% de la sintomatología con la imagen prototípica, utilizando el 95,45% de los códigos prototípicos y en el grupo de más de 15 años obtuvieron el 64,29%, utilizando el 90% de los síntomas prototípicos.

A su vez, a diferencia de lo sucedido en este grupo, en el grupo de 11-15 años de experiencia se observó una paridad de códigos utilizados entre los participantes de los dos marcos teóricos y en el grupo de mayor experiencia fueron los entrevistados con marco teórico psicodinámico quienes utilizaron mayor cantidad de códigos.

Al analizar los códigos utilizados al evaluar los síntomas depresivos en general, se observa una sola coincidencia con los grupos anteriores en los códigos de mayor utilización (utilizados por todos los participantes): **Alteraciones en el sueño (Insomnio)**. Los otros códigos significativos y de mayor preferencia observado en los dos grupos anteriormente analizados, han sido seleccionados, pero con 3 de 4 coincidencias, manteniendo su grado de significancia **pérdida de ganas (anhedonia), ganas de estar en la cama, pérdida de interés, pérdida de energía/voluntad y pérdida de interés.**

Figura 83: Cuadro comparativo entre sintomatología prototípica y síntomas depresivos registrados por terapeutas de 6-10 años de experiencia

Descripción general de la paciente (BB)	P 1	P 2	P 6	P 7	Totales	Ideas Prototípicas (G)	P 1	P 2	P 6	P 7	Totales
						<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)</li> </ul>	0	1	1	0	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Afectividad negativa</li> </ul>	0	0	1	0	1						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Alteración en su estilo relacional</li> </ul>	0	1	1	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Alteraciones en su estilo relacional</li> </ul>	0	0	1	0	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnía)</li> </ul>	0	0	1	0	1						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)</li> </ul>	1	1	1	1	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnía)</li> </ul>	0	1	1	0	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)</li> </ul>	0	1	0	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)</li> </ul>	0	1	1	0	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Alteraciones en la sexualidad</li> </ul>	0	1	0	0	1						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)</li> </ul>	1	0	0	1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)</li> </ul>	0	0	1	0	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Ansiedad (y sus síntomas)</li> </ul>	0	1	1	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)</li> </ul>	0	1	0	0	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)</li> </ul>	1	1	1	0	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Aumento de conductas evitativas</li> </ul>	0	1	1	0	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Aumento de queja</li> </ul>	0	1	0	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Aumento de la queja</li> </ul>	0	1	0	1	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.</li> </ul>	0	1	0	0	1						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Autolesiones</li> </ul>	1	0	0	0	1						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Cronicidad</li> </ul>	0	1	0	0	1						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Descuido de su casa</li> </ul>	0	0	1	0	1						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)</li> </ul>	1	1	1	1	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)</li> </ul>	1	1	1	1	4
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Dificultad para concentrarse</li> </ul>	1	0	1	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Dificultades en la concentración</li> </ul>	1	0	0	0	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas</li> </ul>	1	1	1	0	3						
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)</li> </ul>	0	0	1	1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)</li> </ul>	0	0	1	0	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)</li> </ul>	1	1	1	1	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)</li> </ul>	1	1	1	1	4

• BB- Disminución de la capacidad para pensar	1	0	0	0	1	• G- Disminución o entecimiento de la capacidad para pensar	1	0	0	0	1
• BB- Entecimiento del pensamiento	1	0	0	0	1						
• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	1	• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	1
						• G- Episodios frecuentes de llanto	0	0	0	1	1
• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	1	1	1	1	4						
• BB- Ganas de estar en la cama	1	0	1	1	3						
• BB- Ideación suicida	1	0	0	0	1						
• BB- Irritabilidad	1	0	0	0	1						
• BB- Llanto recurrente	0	0	0	1	1						
• BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	1	1	1	0	3	• G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	1	1	0	0	2
• BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	1	0	3						
• BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3	• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3
• BB- Pérdida de interés	1	1	1	0	3	• G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	0	2
• BB- Pérdida de motivación	1	0	1	1	3						
• BB- Pérdida de productividad	1	1	1	1	4	• G- Pérdida de productividad	1	0	0	0	1
• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	1	1	1	4	• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	1	0	1
• BB- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2	• G- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2
• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	1	0	3						
• BB- Sesgos atencionales a información negativa	1	0	1	0	2	• G- Sesgo atencional a información negativa	1	0	1	0	2
• BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	0	1	0	1	• G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	0	1	0	1
• BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	1	1	3						
• BB- Visión negativa del futuro	0	0	0	1	1	• G- Visión negativa del futuro	0	0	0	1	1
						• G- Visión negativa del mundo	0	0	0	1	1
						• G- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	1	2
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS: 40</b>						<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS: 26</b>					
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS CON G: 22</b>						<b>TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS CON G: 22</b>					
<b>% DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 55</b>						<b>% DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 84,61%</b>					

En total se mencionaron 15 códigos entre todo el grupo, con una variedad de 12 códigos distintos, siendo el promedio de códigos mencionados de 3 cód. por persona. En comparación con los dos grupos anteriormente analizados se confirma la existencia de una tendencia descendente. **Es decir que el grupo de mayor experiencia continúa siendo el grupo que mencionó una mayor cantidad de síntomas de manera espontánea o al describir la sintomatología de la paciente del video.**

De los 12 síntomas mencionados, 4 fueron compartidos con la imagen prototípica siendo un 33,33% de la misma. Aquí también se puede observar una significativa tendencia descendente (11-15 años 40% y + 15 años: 58,8%). Por lo que se confirma (hasta el momento) una disminución en la influencia de la imagen prototípica al registrar los primeros síntomas depresivos en una paciente a medida que desciende los años de experiencia. A su vez, del total de la variedad de síntomas prototípicos (26; 6,5 por protocolo) el 15,38% fue compartido con los primeros síntomas. Si bien el grupo de 11-15 años mencionó una menor cantidad en la variedad de síntomas prototípicos (22 cód.; 5,5% por participante) el porcentaje de síntomas compartidos con los primeros síntomas ascendió a 27,27% y en el grupo de mayor experiencia, se mencionaron una variedad de 20 cód. siendo el promedio de 6,66 cód. por participante y con un porcentaje de síntomas compartidos con los primeros síntomas de 10 cód., es decir un 50% ([ver figura 84](#)).

Al analizar las respuestas específicas del grupo en cuestión es posible marcar que, si se toma en cuenta el marco teórico de los entrevistados, no se evidencia diferencia alguna (TCC: 39 códigos y Psicodinámicos: 38 códigos). La mayoría de los protocolos realizan una descripción sintomática mixta (es decir, tanto sintomatología ansiosa como depresiva) resaltando la importancia de ambos cuadros.

**Figura 84:** Cuadro comparativo entre sintomatología prototípica y primeros síntomas depresivos registrado por terapeutas de 6-10 años de experiencia.

<b>G- IMAGEN PROTOTÍPICA</b>	1	2	3	4	Totales	<b>A- PRIMEROS SÍNTOMAS</b>	1	2	3	4	Totales
						• A- Afectividad negativa	0	0	1	0	1
• G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	1	0	2						
• G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	1	0	2	• A- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia)	1	0	0	0	1
• G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2						
• G- Alteraciones en su estilo relacional	0	0	1	0	1						
• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	0	1	0	1	• A- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	0	0	1	1
• G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	0	1	0	0	1						
• G- Aumento de conductas evitativas	0	1	1	0	2						
• G- Aumento de la queja	0	1	0	1	2						
• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	1	1	1	1	4						
• G- Dificultades en la concentración	1	0	0	0	1						
• G- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	0	1	0	1	• A- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	0	0	0	1	1
• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	1	1	4						
• G- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar	1	0	0	0	1						
						• A- Eventos estresantes de la vida	0	0	1	1	2
• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	1						
• G- Episodios frecuentes de llanto	0	0	0	1	1						
						• A- Falta de Higiene	1	0	0	0	1
• G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	1	1	0	0	2	• A- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación)	1	0	1	0	2
• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3						
• G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	0	2						
• G- Pérdida de productividad	1	0	0	0	1						
						• A- Pérdida de energía/voluntad	0	1	0	0	1
						• A- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	0	0	1
						• A- Pérdida de interés	0	1	0	0	1
• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	1	0	1						
• G- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2						
						• A- Recurrencia	1	0	1	0	2
• G- Sesgo atencional a información negativa	1	0	1	0	2						
• G- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	0	1	0	1						
• G- Visión negativa del futuro	0	0	0	1	1						
• G- Visión negativa del mundo	0	0	0	1	1						
						• A- Visión negativa del pasado	0	0	1	0	1
• G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	1	2						
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROTO.: 26 (6,5 por protocolo)</b>						<b>TOTAL DE PRIMEROS SÍNTOMAS: 12 (4 POR PROTOCOLO)</b>					
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 4</b>						<b>TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 4</b>					
<b>% DE SÍNTOMAS PROT. COMPARTIDOS: 15,38 %</b>						<b>% DE PRIMEROS SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 33,33 %</b>					

- Continuando con el análisis se exploró y comparó la existencia de similitudes y diferencias entre la imagen prototípica, los síntomas depresivos consignados por los entrevistados y aquellos registrados como criterios diagnósticos en el DSM-V. Al realizar la comparación entre la sintomatología prototípica y los síntomas registrados en el DSM-V se pudo observar que de los nueve síntomas mencionados por el DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, cinco fueron incluidos dentro de las

imágenes prototípicas de los entrevistados, lo cual representa el 55,55%. Al compararlo con los grupos anteriores, se observa una disminución en relación con el grupo de 11-15 años de experiencia (11-15: 66,67%) y un incremento en relación con el grupo de mayor experiencia (44,44%) ([ver figura 85](#)).

Al evaluar desde el punto de vista de los síntomas prototípicos se observa que los síntomas del DSM-V equivalen al 19,23% de la imagen prototípica. Al compararlo nuevamente con los grupos anteriores, se observa una disminución en relación con el grupo de 11-15 años (27,2%) y con el grupo de mayor experiencia (25%).

**A modo de resumen de comparativa entre los tres grupos analizados se observa que un incremento progresivo de la influencia del DSM en la imagen prototípica de los terapeutas (+15: 44,44%; 11-15: 66,67% y 6-10: 55,55%). En relación con la utilización de los síntomas prototípicos en relación con el DSM-V, aun no se puede observar una clara tendencia (+15: 25%; 11-15: 27,2% y 6-10: 19,23%).**

- Siguiendo con el análisis comparativo, al finalizar la entrevista se les dio a los entrevistados un listado con los síntomas consignados en el ítem A del DSM-V para el diagnóstico de trastorno depresión mayor a fin de que pudieran ordenarlo jerárquicamente según

el grado de importancia y peso que ellos les otorgan a los distintos síntomas, ante un paciente en una primera entrevista diagnóstica para comenzar a pensar que en dicho diagnóstico.

**Figura 85:** Comparativa de sintomatología consignada por el DSM-V y la imagen prototípica de los terapeutas de 6-10 años experiencia.

SINTOMATOLOGÍA CONSIGNADA POR DSM-V	IMAGEN PROTOTÍPICA
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	
4- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	● G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).	
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	● G- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar ● G- Dificultades en la concentración
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS: 5</b>	
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS EN %: 55,55%</b>	
<b>CANTIDAD DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS: 5/26</b>	
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS EN %: 19,23%</b>	

El análisis de las respuestas permitió observar la existencia de ciertas coincidencias en los primeros cinco puestos de la escala jerárquica. Estos se ordenaron de la siguiente manera ([ver figura 86](#)):

- 1- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- 2- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.
- 3- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 4- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 5- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- 6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- 8- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- 9- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación.

**Figura 86:** Jerarquización de los síntomas pertenecientes al criterio A del trastorno depresivo mayor del DSM-V según terapeutas de 6- 10 años de experiencia.

ITEMS DSM	1 LUGAR	2 LUGAR	3L	4L	5L	6L	7L	8L	9L	
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	0	0	1	0	0	0	1	1	1	9
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	0	1	0	0	0	0	1	1	1	8
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	0	1	1	0	1	1	0	0	0	3
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	0	0	0	1	0	1	1		1	7
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	0	0	1	2	1	0	0	0	0	5
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	0	0	0	1	2	1	0	0	0	6
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	2	0	0	0	0	1	0	1	0	2

ITEMS DSM	PROTOCOLO 1	PROTOCOLO 12	PROTOCOLO 6	PROTOCOLO 7
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	9	8	3	7
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	2	1	1	9
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	8	7	9	2
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	5	2	6	3
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	6	9	7	4
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	7	3	2	8
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	3	4	4	5
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	4	5	5	6
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	1	6	8	1

Al igual de lo sucedido en los grupos anteriores, se observa una discrepancia entre los síntomas mencionado espontáneamente durante la entrevista y lo registrado al momento de ordenar los síntomas enunciados por el DSM, pero a diferencia de lo observado en los grupos anteriores se observó un incremento en las coincidencias y relevancias de la sintomatología.

Por ejemplo, entre los síntomas depresivos más elegidos durante la entrevista (elegido por todos los entrevistados), los terapeutas seleccionaron: **Alteraciones en el sueño (Insomnio)** (ubicado en el tercer lugar al ordenar la sintomatología del DSM).

En el caso de **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)**, en ambos casos fueron ubicados en primer lugar. En el caso de **Ideación suicida**, al ordenar los síntomas del DSM fue asignado en un segundo lugar mientras que, en la descripción de un paciente deprimido fue mencionado solamente por un protocolo, quedando ubicado en el último grupo de relevancia.

**Fatiga o Pérdida de energía y Ánimo deprimido** fueron ubicados en ambos casos con el mismo grado de relevancia.

Al igual que lo sucedido en el grupo anterior, **Pensamiento de Muerte** fue ubicado dentro de los primeros lugares al ordenar la sintomatología del DSM, pero al relevar la sintomatología prototípica no fue mencionado por los entrevistados.

- Continuando con el análisis, se les preguntó a los entrevistados sobre los factores de riesgo que conocen para el desarrollo de un trastorno depresivo. A diferencia de lo sucedido en los grupos anteriores, los participantes de este grupo no manifestaron dificultades ni objeciones a la hora de responder sobre esta cuestión, sino que iniciaron directamente a dar respuestas.

En total, los cuatro entrevistados utilizaron 22 códigos promedio de 5,5 códigos por entrevistado) siendo levemente superior a la cantidad de códigos registradas por el grupo de 11-

15 años de experiencia (dicho grupo obtuvo un promedio de 5 códigos por participantes) e inferior a lo registrado por el grupo de mayor experiencia (promedio de 6,66 códigos para el grupo de mayor experiencia). El entrevistado de marco teórico psicodinámico, de manera similar a lo observado en los grupos anteriores fue quien mencionó una mayor cantidad de códigos en comparación a los entrevistados TCC.

Resulta interesante mencionar que, a diferencia de lo sucedido en grupos anteriores, una cantidad significativa de factores de riesgos mencionados por los participantes de este grupo, corresponden a síntomas depresivos utilizados para describir el padecer de una persona deprimida como, por ejemplo: **Desesperanza, Intento e ideación suicida, Pensamiento negativo repetitivo, Pérdida de ganas y de interés.**

resulta interesante observar que la **Desesperanza** ha sido marcada como factor de riesgo, pero ningún entrevistado la ha mencionado como síntoma característico de la depresión

Al comparar los resultados obtenidos con los grupos anteriores, se puede observar que las Enfermedades Médicas es el factor de riesgo que presentó mayor fuerza y representatividad a la hora de mencionar factores de riesgo, siendo el código con mayor cantidad de coincidencias.

El protocolo 7, cuyo marco teórico es el psicodinámico, al repasar los factores de riesgo menciono, a su vez, la existencia de ciertos factores protectores nombrado a **“Ser religioso”**.

**Junto al protocolo 12 fueron los únicos dos entrevistados que mencionaron la existencia de factores protectores.**

Siguiendo con la tendencia observada en los grupos anteriores, se observó una menor cantidad de factores de riesgos mencionado por este grupo en comparación a los dos anteriormente analizados.

- Por último, se exploró acerca de la sintomatología ansiosa que los entrevistados observaron en la paciente. Este grupo la registró con mayor intensidad que el grupo de mayor experiencia. En total los entrevistados mencionaron 25 códigos con una variedad de 17 códigos diferentes. A diferencia de lo observado en los grupos anteriores, los participantes de este destacaron con mayor intensidad la sintomatología ansiosa de la paciente que los dos grupos anteriores (+15 años: 4 Cód.; 11-15 años: 21 cód. con una variedad de 13 códigos y 6-10 años: 25 cód. Con una variedad de 17 cód.). Es decir que, a medida que aumenta la experiencia de los entrevistados se observó una menor influencia de la sintomatología ansiosa a la hora de focalizar en que le sucede a la paciente.

## **7.4 Grupo de 1 a 5 años de experiencia**

### ***7.4.1 Inicio de entrevista***

Este grupo estuvo conformado por cinco terapeutas de los cuales: uno es varón (protocolo 9) y cuatro son mujeres (protocolo 3, 4, 5 y 11). A su vez, es posible decir que uno de los terapeutas (protocolo 11) tienen como marco teórico a la terapia psicodinámica, mientras que los restantes cuatro tienen como marco teórico a la terapia cognitiva conductual.

En términos generales se puede decir que, los participantes destacan que para obtener información necesaria para lograr comprender qué le sucede a la paciente, recurren a tres fuentes de información (entre los cuatro participantes nombraron 9 códigos):

**A- Lenguaje verbal:** Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, como inicia el relato y lo que omite.)

**B- Lenguaje no verbal:** Gestualidad, higiene, lenguaje no verbal, tonalidad de la voz, tono emocional al explicar las cosas y vestimenta

**C- Varios:** Evaluaciones psicológicas/ informes y si asiste solo o acompañado, si hace contacto visual

En este grupo, quien se explyaya de manera más detallada (similar a lo sucedido en los dos grupos de mayor experiencia) es el protocolo 4 cuyo marco teórico es TCC seguido por el protocolo 11 cuyo marco teórico es PS.

Casi todos los protocolos (menos el protocolo 9) coinciden en utilizar al relato como fuente principal de información, seguido por la gestualidad y el lenguaje no verbal ([ver Figura 87](#)).

**Figura 87:** Fuentes utilizadas para relevar información por el grupo de 6 a 11 años de experiencia.

	3 PROTOCOLO 3.docx 7	4 PROTOCOLO 4.docx 10	5 PROTOCOLO 5.docx 8	9 PROTOCOLO... 9	10 PROTOCOLO... 11	Totales
FF- Cómo inicia el relato el paciente (3)				●		1
FF- Como responde a las preguntas (como relata lo que le pasa) (3)	●				●	2
FF- Evaluaciones Psicológicas/ informes (4)		●				1
FF- Gestualidad (7)		●	●			2
FF- Higiene (2)		●				1
FF- Lenguaje no verbal (corporal) (10)		●	●	●	●	4
FF- Marcas de expresión en rostro (2)		●		●		2
FF- Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc) (13)	●	●	●		●	4
FF- Si asiste solo o acompañado a consulta (3)		●				1
FF- Si hace contacto visual (1)					●	1
FF- Tonalidad de voz (3)			●		●	2
FF- Tono emocional al explicar lo que le sucede (2)					●	1
FF- Vestimenta (4)		●				1
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>23</b>

Al compararlo con los grupos ya analizados, se pudo observar que es el grupo que más códigos por participantes ha mencionado, superando levemente al grupo de más de 15 experiencia, el cual registraba con un promedio de 4,3 cód. por entrevistado.

Este grupo ha mencionado un promedio de 4,6 cód. por entrevistado transformándose en el grupo que más códigos ha mencionado (11-15 años: 3,5 cód. por entrevistado y de 6-10 años: 4 cód. por entrevistado) ([ver figura 88](#)).

- **Utilizado por los cuatro grupos:** Gestualidad; Lenguaje no verbal (corporal) y Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc.).
- **Utilizado por los tres grupos:** Cómo inicia el relato el paciente; Como responde a las preguntas (como relata lo que le pasa); Evaluaciones Psicológicas/ informes; Si asiste solo o acompañado a consulta y Vestimenta.
- **Utilizado por los dos grupos:** Higiene; Tonalidad de voz y Tono emocional al explicar lo que le sucede.
- **Utilizado por un del grupo:** Marcas de expresión en rostro y Si hace contacto visual.

Al evaluar los códigos utilizados se destaca, como se pudo observar en el análisis realizado en cada grupo, que **“Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, como inicia el relato y lo que omite.)”** como el **“Lenguaje no verbal” (corporal)** y la **“Gestualidad”** son las fuentes más habituales utilizadas por los terapeutas entrevistados en toda la muestra, sin importar el grado de experiencia.

**Figura 88:** Utilizadas para relevar información por los distintos grupos.

		Años de experiencia 0-5 5 43	Años de experiencia 6-10 4 68	Años de experiencia 11-15 4 45	Años de experiencia mas 15 3 54	Totales
FF- Cómo inicia el relato el paciente	3	●	●		●	3
FF- Como responde a las preguntas (como relata lo que le pasa)	3	●		●	●	3
FF- Evaluaciones Psicológicas/ informes	4	●	●		●	3
FF- Gestualidad	7	●	●	●	●	4
FF- Higiene	2	●		●		2
FF- Imagen	2	●		●		2
FF- Intuición	2		●			1
FF- Lenguaje no verbal (corporal)	10	●	●	●	●	4
FF- Lo que la paciente omite en su relato	2		●		●	2
FF- Marcas de expresión en rostro	2	●				1
FF- Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc)	13	●	●	●	●	4
FF- Sensaciones que le produce (Lo que el paciente me genera)	3			●	●	2
FF- Si asiste solo o acompañado a consulta	3	●	●		●	3
FF- Si hace contacto visual	1			●		1
FF- Tonalidad de voz	3	●		●		2
FF- Tono emocional al explicar lo que le sucede	2			●	●	2
FF- Vestimenta	4	●	●		●	3
<b>Totales</b>		<b>12</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>42</b>

No se observan grandes diferencias en la cantidad y en la variedad de códigos utilizados por los diversos grupos.

De manera similar a los grupos anteriores, se destacan a la admisión como un proceso que se encuentra conformado, en general, por más de un encuentro. En relación con la información que consideran necesaria relevar destacan ([ver figura 89](#)):

- Protocolo 3 (13 códigos):** Antecedentes familiares; Antecedentes y enfermedades médicas; Atribución; Cronicidad de la sintomatología; Episodios previos; Estadio de cambio que se encuentra el paciente; Estrategias de afrontamiento;

Expectativas; Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones); Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.); Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad) y Tratamientos previos.

- **Protocolo 4 (7 códigos):** Antecedentes familiares; Antecedentes y enfermedades médicas; Episodios previos; Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.); Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad) y Tratamientos previos.

- **Protocolo 5 (2 códigos):** Antecedentes y enfermedades médicas y Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad).

- **Protocolo 9 (3 códigos):** Antecedentes familiares; Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad) y Tratamientos previos.

- **Protocolo 11 (3 códigos):** Antecedentes familiares; Antecedentes y enfermedades médicas; Sintomatología actual (su evolución, severidad, complejidad).

**Figura 89:** Códigos utilizados por los entrevistados al detallar la información que consideran indispensable recabar a lo largo del proceso de admisión

	3 PROTOCOLO 3...	4 PROTOCOLO 4...	5 PROTOCOLO 5.docx	9 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO...	Totales
D- Antecedentes familiares	●	●		●	●	4
D- Antecedentes y enfermedades médicas	●	●	●		●	4
D- Atribución	●					1
D- Cronicidad de la sintomatología	●					1
D- Episodios previos	●	●				2
D- Estado de cambio que se encuentra el paciente	●					1
D- Estrategias de afrontamiento	●					1
D- Expectativas	●					1
D- Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?)	●	●				2
D- Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones)	●					1
D- Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc)	●	●				2
D- Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad)	●	●	●	●	●	5
D- Tratamientos previos	●	●		●		3
Totales	13	7	2	3	3	28

Al ordenarlo jerárquicamente de acuerdo con el grado de coincidencia en la utilización de los códigos:

- **Utilizado por los cinco entrevistados:** Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad).
- **Utilizado por los cuatro entrevistados:** Antecedentes familiares y Antecedentes y enfermedades médicas
- **Utilizados por tres de los entrevistados:** Tratamientos previos.
- **Utilizados por dos de los entrevistados:** Episodios previos; Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?) y Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.).

- **Utilizado por uno de los entrevistados:** Atribución; Cronicidad de la sintomatología; Estadio de cambio en que se encuentra el paciente; Estrategias de afrontamiento; Expectativas y Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones)

Al analizar las respuestas obtenidas, lo primero que resulta importante destacar es la diferencia significativa en la cantidad de códigos utilizados por el protocolo 3, cuyo marco teórico es el TCC y el resto de los participantes. Dicho protocolo es el segundo en la cantidad de códigos utilizó en toda la muestra en dicha categoría (en primer lugar, se encuentra el protocolo 7 analizado en el grupo de 6 -10 años de experiencia y en tercer lugar se encuentra el protocolo 12, perteneciente al grupo de mayor experiencia).

En cuanto a la información que consideran indispensable registrar se destaca al motivo de consulta y su sintomatología, seguido por antecedentes personales, familiares y médicos.

Al compararlo con los grupos anteriores, en general, se observa que el conjunto de mayor experiencia ha utilizado una mayor cantidad de códigos por participantes (total: 25 cód. en 3 participantes, 8,3 cód. por integrante del grupo), seguido por el grupo de 6-10 años de experiencia (8 cód. por integrante del grupo), el grupo de 1-5 años (5,6 cód. por integrante del grupo) y en última instancia, el grupo de 11-15 años con 3 cód. por integrante del grupo.

**Es decir que, en general y sin tomar en cuenta lo sucedido en el grupo de 11 a 15 años, se pudo observar una tendencia descendente (de acuerdo con la cantidad de códigos utilizados y los años de experiencia de los terapeutas) en la variedad de información que consideran indispensable conocer a lo largo del proceso de admisión.**

En cuanto a los códigos más utilizados en toda la muestra se destacan: **Antecedentes y enfermedades médica; Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Sintomatología actual (su evolución, severidad, complejidad); Antecedentes familiares; expectativas y Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.).**

De este grupo resulta interesante resaltar que, tanto el grupo de más de 15 años de experiencia como el grupo de 11-15 años de experiencia pusieron mayor foco de importancia en el motivo de consulta mientras que el grupo de menor grado de experiencia (1-5 años) focalizo con mayor intensidad en conocer la sintomatología y en los antecedentes y enfermedades médicas ([ver figura 90](#)).

**Figura 90:** Comparación de códigos utilizados por los distintos grupos analizados de la información que consideran necesaria registrar en el proceso de admisión.

	Años de experiencia 0-5	Años de experiencia 6-10	Años de experiencia 11-15	Años de experiencia mas 15	Totales
D- Antecedentes familiares	●	●	●		3
D- Antecedentes y enfermedades médicas	●	●	●	●	4
D- Atribución	●	●			2
D- Características del discurso (fluido, rígido)		●			1
D- Como está en el trabajo		●		●	2
D- Como son sus actividades de la vida cotidiana				●	1
D- Consumo de sustancias y/o alcohol		●			1
D- Contexto del sujeto		●		●	2
D- Cronicidad de la sintomatología	●			●	2
D- Episodios previos	●			●	2
D- Estadio de cambio que se encuentra el paciente	●	●		●	3
D- Estrategias de afrontamiento	●	●		●	3
D- Eventos significativos para la paciente			●	●	2
D- Expectativas	●	●	●	●	4
D- Historia vital del paciente		●		●	2
D- Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?)	●	●	●	●	4
D- Nivel de contacto con sus emociones		●		●	2
D- Nivel de resistencia		●			1
D- Nivel de riesgo (Ideación o plan suicida, antecedentes, autolesiones)	●	●			2
D- Nivel e historia educativa		●			1
D- Nivel intelectual		●			1
D- Objetivos/ proyectos a futuro				●	1
D- Presencia de Hobbie o pasatiempo				●	1
D- Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc)	●	●	●	●	4
D- Relato de la experiencia disfuncional				●	1
D- Sintomatología actual (su evolución, severidad, complejidad)	●	●	●	●	4
D- Tratamientos previos	●	●	●		3
<b>Totales</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>59</b>

### 7.4.2 ¿Cómo inicia la entrevista?

Al continuar analizando la respuesta de la pregunta inicial y que dio comienzo a la entrevista se puede observar ciertas similitudes con lo sucedido en el grupo anterior:

- **Protocolo 3 (TCC):** Al responder a la pregunta, comienza a realizar una descripción sintomática y de cuadro nosológico de la paciente (“**T2**: *Ansiedad como un*

*diagnóstico y todo lo que está relacionado con eso. La búsqueda de evitación, rumiación a partir del insomnio, qué estaba esperando esa pregunta yo, de que le pasaba cuando no dormía, que ella comentó esto. Igual veo como que lo liga no con, con hipertensión también. Con hipertensión y con hipotensión. Como que vos la levabas para un lugar y bueno “Yo ya sé que tengo hipertensión”, hacia mucho énfasis en eso. Eso me llamó la atención.”).*

- **Protocolo 4 (TCC):** Da inicio a la entrevista de manera similar al protocolo anteriormente analizado. Realiza una descripción sintomática general y de posibles cuadros psicopatológicos (*“T1: Bueno, de acuerdo con estos primeros minutos de una primera entrevista diagnóstica ¿Qué pensás que le pasa a la paciente en término de diagnóstico? T2: Bueno, yo en principio, si bien lo más notorio era los aspectos de ansiedad, que creo que ahora consulta puntualmente por esto, hay una depresión de años anteriores. Así que creo que conviven un trastorno de ansiedad con una depresión que quizás este volviendo. Esto de que está triste o más irritable de lo normal, como que seguiría preguntando eso un poco. T1: Y de ansiedad ¿Qué cosas te hicieron pensar que está cursando un trastorno de ansiedad? T2: Sudoración en las manos, palpitaciones, muchas consultas por cardiología, no sé qué tanto es la parte de cardiología que es real, que tiene una hipertensión, sino... si también hay un ataque de pánico y ella cae en la guardia de cardiología por ese motivo. Esos son los síntomas como más...*

*T1: Los que más te llamaron la atención... T2: Si, las palpitaciones, la sudoración... T1: Y en relación con la depresión ¿Qué cosas te llamaron la atención o te dieron indicios de que podría estar volviendo una depresión?*

*T2: Bueno, cuando comentó este episodio de años anteriores a raíz de una ruptura, que no fue un bajón anímico por la separación, sino que estuvo con cambios en el apetito, sin salir de la cama, se incorporó información, que no sabemos cuál fue. Teniendo en cuenta ese antecedente y que ahora ella dice que está más irritable... como sin ganas de ir al trabajo. Que va al trabajo, pero no quiere estar ahí.”).*

- **Protocolo 5 (TCC):** Este protocolo, si bien comienza a realizar de manera similar una explicación sintomatología del padecer de la paciente, registrando posibles cuadros psicopatológicos, a diferencia de los dos protocolos anteriores, registra dudas y aspectos a explorar para clarificar (*T2: Hipótesis diagnóstica sería una depresión con una mezcla de ansiedad un poco interesante. Igualmente la mandaría a evaluar (T1: ¿Y por qué pensás en depresión? T2: Tiene varios antecedentes y bastante sintomatología relacionada. T1: Antecedentes ¿Cuáles ves? T2: Bueno me parece que el tema de la madre, esto que paso con el novio y... y me parece que hay un par de síntomas que pueden prestarse a confusión entre lo que es ansiedad y depresión. T1: ¿Cómo cuáles? T2: Y el tema del insomnio, como que indagaría un poquito más porque lado viene. Porque ella viene como muy fija de que es ansiedad y va como re-direccionando como para ese lado, pero me gustaría indagar más por el otro y después ver cuál es la madre.”)*

- **Protocolo 9 (TCC):** Este protocolo comienza de la misma manera que lo hace la mayoría de los participantes de este grupo. Focaliza en cuadros psicopatológicos y luego justifica las posibilidades a partir de la enumeración de síntomas característicos (*T1: En general... ¿qué pensás que le pasa? T2: Por lo que manifiesta tiene... la*

*hipertensión está teniendo como si fueran unos ataques de ansiedad, como si fuera pánico. A grandes rasgos eso. Lo que yo haría sería un diferencial porque... no se cómo muy bien si es un ataque de pánico, ansiedad o después decía que cuando ella daba las clases, como que no quería ver gente... ahí quizás como algo social, tipo una fobia social o algo así... no se habría que ver bien, indagar para ver bien cuál de las dos descartar.*

***T1:** ¿Claro... de ansiedad que es lo que ves vos? **T2:** No... ansiedad, si bien manifiesta tener ansiedad cuenta como que tiene palpitaciones, sudoración, como que esos síntomas describen ella. Entonces quizás puede llegar a ser, se puede inferir que sea algún ataque de pánico por momentos, ¿no?").*

- **Protocolo 11 (PS):** este protocolo, es el único cuyo marco teórico es el psicodinámico. A diferencia de lo observado en el resto del grupo, la manera en que responder a la pregunta presenta cierta leve similitud a como lo hacen los terapeutas con mayor experiencia. Comienza registrados insípidamente estilos defensivos de la paciente para luego si, centrarse en la descripción sintomatológica (“**T1:** Bien... ¿Qué pensás de la paciente en términos generales? ¿Qué fuiste observando, qué impresión te dio? **T2:** Algo que me pasó más hacia la mitad, digamos no al principio... lo que pasa... estaba pensando en esto que me dijiste... bueno, en el momento a momento de lo que me fue pasando, quizás estoy acostumbrada al principio a simplemente escuchar y no pensar demasiado, entonces quizás, lo primero hasta poder entender un poco o que estaba pasando, digamos eso... más simplemente escuchar y recibiendo toda la información. Mas hacia la mitad, algo sí que empecé a notar más como esto... que pienso de la paciente, me pareció una paciente que... como muy preocupada por cumplir con todo a

*pie de la letra, entonces como punto para tener en cuenta “ojo a no pisar el palito ahí”.*

*Después... no quizás también iba pensando a nivel diagnóstico como posibles hipótesis.*

**T1:** *¿Y a nivel diagnóstico que posibles hipótesis se te fueron cruzando en la cabeza? T2:*

*Al principio bueno, describía muchos síntomas de ansiedad, pero después también mezclo con síntomas más depresivos. Y con dos... Ah, algo que si fui pensando mientras la escuchaba era quizás como indagar un poco más que pasó... o sea en el 2015, que otras circunstancias había también alrededor cuando empezó esta cosa más panicosa, además de lo del auto, que es lo que ella describe. Que circunstancias estaba pasando en su vida en general y hace dos meses que cambios hubo porque ahí fue cuando empezó con los síntomas depresivos. O sea ¿qué pasó hace dos meses, ¿qué cambió ahí? T1: Claro, claro. ¿Y de los síntomas de ansiedad cuales notaste o cuales viste vos?*

**T2:** *Principalmente este miedo a morir y después bueno, está el tema de la presión que no queda muy claro hasta donde es algo más médico clínico o un síntoma más psicológico, digamos. Pero también podría ser algo que esté asociado. La sudoración que nombraba... no me acuerdo ahora específico, pero nombraba varios síntomas: sudoración, creo que palpitaciones, no estoy segura, todo eso.”)*

**En resumen, solamente el entrevistado con marco teórico psicodinámico inició la entrevista manifestando haber registrado cuestiones (aunque incipientemente) más generales de la paciente. Esto resulta parecido a lo observado en grupos anteriores donde, en excepción del grupo de mayor experiencia, aquellos que tienen marco teórico psicodinámico suelen, en general, realizar descripciones más allá de lo sintomático o de**

**cuadros psicopatológicos. Por su parte, aquellos que presentan marco teórico TCC, presentan una tendencia a realizar descripciones focalizadas en mayor medida en la sintomatología.**

Para un análisis más específico, en el grupo de mayor experiencia la totalidad de los entrevistados comenzaron la entrevista describiendo una visión holística y general de la paciente. En el grupo de 11-15 años, se observó un equilibrio del 50% para cada una de las opciones. Es decir, que la mitad del grupo y al mismo tiempo la mitad de los integrantes de cada marco teórico realizó una descripción general y la otra mitad, enfocándose en la sintomatología. En el grupo de 6-10 años, los tres entrevistados TCC realizaron una descripción focalizando en lo sintomático mientras que el entrevistado PS, lo hizo realizado una mirada general. Por último, en el grupo de 1-5 años de experiencia, si bien todos los integrantes hicieron foco en la descripción sintomática, solamente el entrevistado PS mostro un incipiente intento por comenzar a describir cuestiones más generales, como mecanismos de defensa de la paciente.

Si el análisis se realiza según el grado de experiencia, se pudo observar una tendencia descendente (desde el grupo de mayor experiencia al de menos experiencia) en la observación holística del padecer de la paciente y un incremento en la focalización hacia la sintomatología y el intento por emparejarlo a cierto cuadro psicopatológico y con ello posible intervención.

### ***7.4.3 ¿Qué te genero la paciente?***

Siguiendo los resultados obtenidos y en sintonía con lo analizado en los grupos anteriores, se estudió en profundidad (más allá de las menciones espontáneas que pudieron

realizar los entrevistados al iniciar la entrevista) el relevamiento que pudieron haber realizado los entrevistados sobre cómo se sintieron con la paciente durante la entrevista y si esta información es tomada para la evaluación diagnóstica.

De manera similar a lo sucedido en el grupo anteriormente analizado, se vuelve a observar la misma discrepancia con los dos de mayor experiencia de la muestra. La mayoría de los protocolos pertenecientes a este grupo no han realizado mención sobre el tema. Solamente dos protocolos (40% del grupo) hacen mención del tema ([ver figura 91](#)):

- **El protocolo 9 (TCC):** No coincide su relato con su lenguaje corporal y Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente).
- **Protocolo 11 (PS):** Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente).

Al observar lo sucedido en todos los grupos, se puede observar que “**Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente)**” es el código más utilizado seguido por “**Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)**”.

**Figura 91:** Códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le produce la paciente" por los terapeutas con 1-5 años de experiencia.

	3 PROTOCOLO...	4 PROTOCOLO...	5 PROTOCOLO...	9 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO 11...	Totales
● K- Aceptación/ Agradable						0
● K- Angustia						0
● K- Con poca conexión y claridad con sus emociones						0
● K- Contradicciones en el relato de la paciente						0
● K- Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)						0
● K- Está a la defensiva						0
● K- Ganas de continuar indagando sobre lo relatado (sus antecedentes, abandono, duelo...						0
● K- Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla						0
● K- Me genera dudas por donde comenzar a trabajar (Tallar demanda)						0
● K- Muestra necesidad de control de lo que está pasando						0
● K- Necesidad de protección						0
● K- No coincide su relato con su lenguaje corporal				1		1
● K- Poco relajada en la entrevista						0
● K- Preocupación por la paciente						0
● K- Se quiere mostrar mejor de lo que está						0
● K- Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente)				1	1	2
● K- Sensación de fragilidad de la paciente y padecimiento grande.						0
Totales	0	0	0	2	1	3

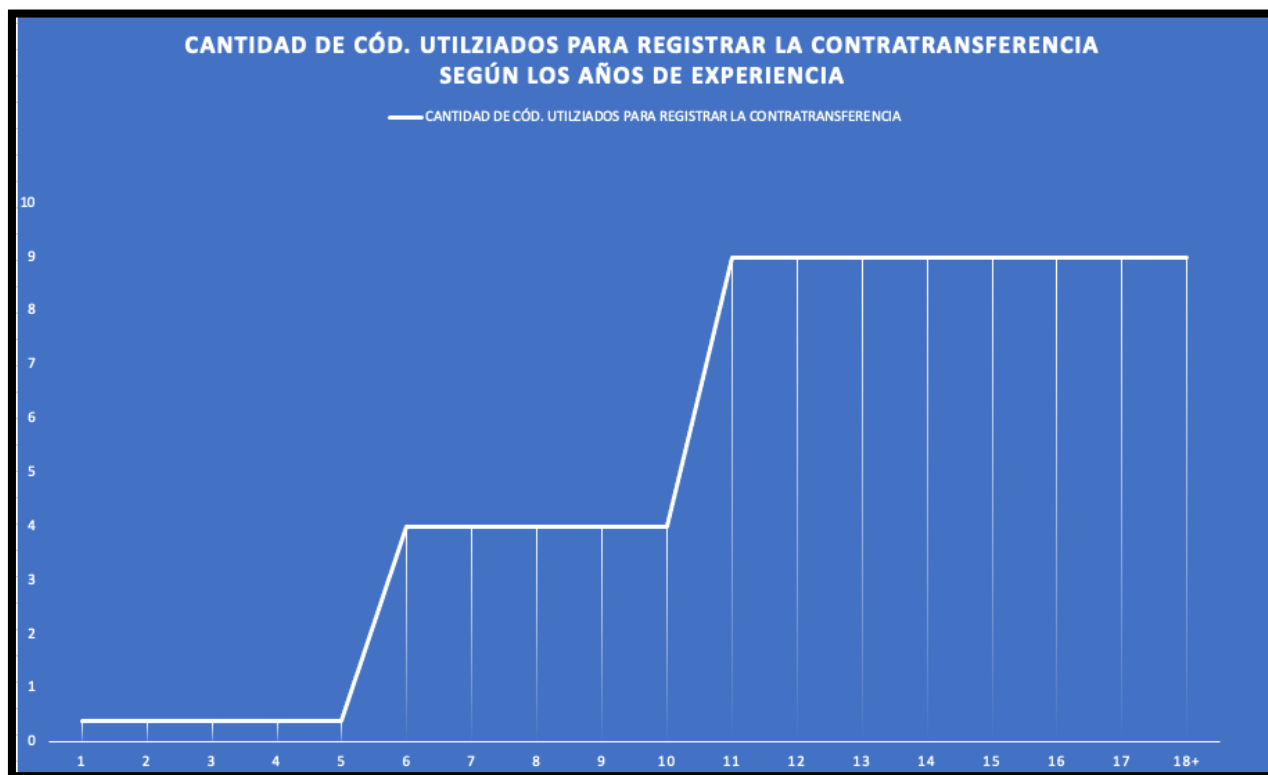
Se pudo observar que, a medida que iba descendiendo los años de experiencia se utilizó una menor cantidad de códigos para mencionar lo sentido durante la entrevista. En el grupo de más de 15 años de experiencia se utilizaron 9 códigos (promedio de 3 cód., por entrevistado), en el grupo de 11 a 15 años, 12 códigos (promedio de 3 cód., por entrevistado), en el grupo de 6 a 10 años, 4 códigos (promedio de 1 cód., por entrevistado) y en el grupo de 1 a 5 años, 2 códigos (promedio de 0,4 cód., por entrevistado) ([ver figura 92](#)).

**Figura 92:** Comparación de códigos utilizados en la categoría "contratransferencia que le produce la paciente" entre los grupos analizados.

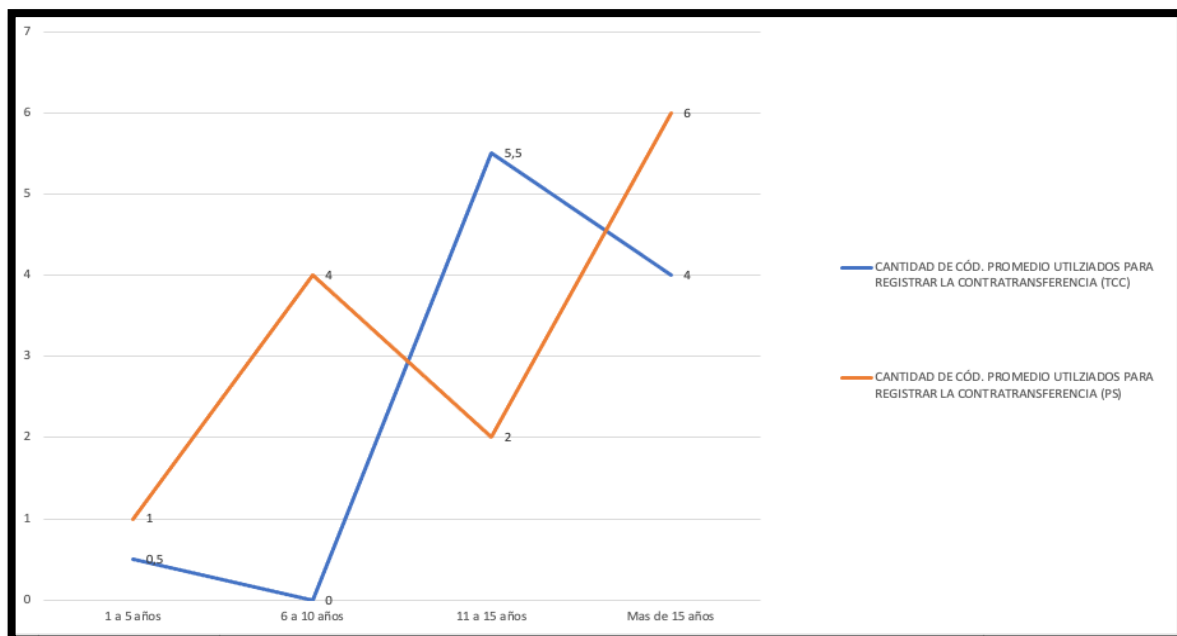
	Años de experiencia 0-5	Años de experiencia 6-10	Años de experiencia 11-15	Años de experiencia mas 15	Totales
K- Aceptación/ Agradable		●	●		2
K- Angustia			●		1
K- Con poca conexión y claridad con sus emociones				●	1
K- Contradicciones en el relato de la paciente			●	●	2
K- Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)		●	●	●	3
K- Está a la defensiva			●	●	2
K- Ganas de continuar indagando sobre lo relatado (sus antecedentes, abandono, duelo...			●		1
K- Ganas de escucharla, contenerla, ayudarla			●	●	2
K- Me genera dudas por donde comenzar a trabajar (Tallar demanda)			●		1
K- Muestra necesidad de control de lo que está pasando				●	1
K- Necesidad de protección			●		1
K- No coincide su relato con su lenguaje corporal	●				1
K- Poco relajada en la entrevista		●		●	2
K- Preocupación por la paciente			●		1
K- Se quiere mostrar mejor de lo que está				●	1
K- Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente)	●	●	●	●	4
K- Sensación de fragilidad de la paciente y padecimiento grande.			●		1
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>27</b>

A partir de los datos obtenidos se podría pensar que, a medida que se va adquiriendo experiencia clínica, los terapeutas comienzan a prestarle un mayor grado de atención a distintos aspectos y fuentes de información. Lo sentido y pensado durante una entrevista es uno de los factores que comenzaría a tomar mayor relevancia a medida que la experiencia se incrementa transformándose en información diagnóstica (ver figura 93, figura 94).

**Figura 93:** Cantidad de códigos utilizados en función de los años de experiencia.



**Figura 94:** Cantidad de códigos utilizados para registrar la contratransferencia utilizados por terapeutas de acuerdo con el marco teórico y los años de experiencia.



#### 7.4.4 ¿Qué te generan los pacientes deprimidos en general?

Esta pregunta no fue realizada a este grupo de terapeutas. Se generó a partir de la información relevada en los entrevistados del grupo siguiente (6 a 10 años), por lo que no se cuenta con la información para comparar con el resto de los grupos.

#### 7.4.5 Ideas preconcebidas

Continuando con el análisis, se exploraron las ideas preconcebidas que los terapeutas tienen sobre una persona que cursa un cuadro depresivo a fin de poder comparar, en primera

instancia, la existencia de coincidencias entre la imagen prototípica de los terapeutas y los síntomas resaltados al ver la entrevista y luego, comparar lo obtenido en el análisis del grupo anterior.

Ante la pregunta “*¿Cómo es la imagen que tenés vos en cuanto a pensamientos, actitudes, conductas, presentación, como decís vos física, de un paciente deprimido?*”, los entrevistados utilizaron los siguientes códigos (para describir a los pacientes depresivos) ([ver figura 95](#)):

- **Protocolo 3 (2 Cód.):** Aumento de conductas evitativas y Dificultades para comprometerse.
- **Protocolo 4 (9 Cód.):** Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC); Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias); Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad); Alteraciones en su estilo relacional; Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Aumento de conductas evitativas; Ausentismo laboral; Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y Presencia de ideación o intentos de suicidio.
- **Protocolo 5 (3 Cód.):** Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene); Pérdida de ganas (anhedonia) y Pérdida de interés (anhedonia).
- **Protocolo 9 (6 Cód.):** Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC); Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene); Discurso

alterado (enlentecido, entrecortado, monótono); Pérdida de energía/ Voluntad (abulia) y Pérdida de ganas (anhedonia).

- **Protocolo11 (12 Cód.):** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.);

Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene); Dificultades en la concentración; Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento); Ganas de estar en la cama; Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado); Pérdida de energía/ Voluntad (abulia); Pérdida de ganas (anhedonia); Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia); Visión negativa del futuro; Visión negativa del mundo y Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

**Figura 95:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a su representación mental de una persona que cursa un cuadro depresivo.

	3 PROTOCOLO...	4 PROTOCOLO...	5 PROTOCOLO...	9 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO...	Totales
G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad p...		●		●		2
G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)		●				1
G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)		●				1
G- Alteraciones en su estilo relacional		●				1
G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)		●		●	●	3
G- Aumento de conductas evitativas	●	●				2
G- Ausentismo laboral		●				1
G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)			●	●	●	3
G- Dificultades en la concentración					●	1
G- Dificultades para comprometerse	●					1
G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)				●		1
G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)					●	1
G- Ganas de estar en la cama					●	1
G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)					●	1
G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)				●	●	2
G- Pérdida de ganas (anhedonia)			●	●	●	3
G- Pérdida de interés (anhedonia)			●			1
G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)		●			●	2
G- Presencia de ideación o intentos de suicidio		●				1
G- Visión negativa del futuro					●	1
G- Visión negativa del mundo					●	1
G- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)					●	1
Totales	2	9	3	6	12	32

Al relacionar y jerarquizar los códigos utilizados entre los distintos terapeutas del grupo se obtiene la siguiente valorización:

- **Códigos utilizados por los 5 terapeutas: 0**
- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas: 0**

- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Pérdida de energía/ Voluntad (abulia).
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC); Aumento de conductas evitativas; Pérdida de energía/ Voluntad (abulia) y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia); Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad); Alteraciones en su estilo relacional; Ausentismo laboral; Dificultades en la concentración; Dificultades para comprometerse; Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono); Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento); Ganas de estar en la cama; Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado); Pérdida de interés (anhedonia); Visión negativa del futuro; Visión negativa del mundo y Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.).

**Al evaluar las respuestas dadas por los entrevistados de este grupo, en general se pudo observar similitudes a las obtenidas en el grupo anterior (6-10 años), en donde no se realizaron alusiones a distintitos tipos de presentación clínica de los cuadros depresivos, según la gravedad, complejidad y tipos de síntomas.** Ni tampoco surgió la posibilidad de que se presente con características opuestas, a excepción de lo observado en el protocolo 9 (TCC), en

el cual el entrevistado da cierta idea de la existencia de otra presentación que se diferencia de la habitual.

Ante la pregunta, los entrevistados comienzan a realizar la descripción directamente:

- **Protocolo 3:** *“T1: ¿Cuáles con las características de las personas depresivas? Las que a vos más te llaman la atención.*

*T2: Si, las que más me llaman y con las que más contacto tuve, que han sido depresiones importantes. Esto de no poder comprometerse con un tratamiento, con un tratamiento psicológico, con un tratamiento psiquiátrico, de no poder cumplir con la medicación, de no poder cumplir con la asistencia al tratamiento Básicamente creo que eso.”.*

- **Protocolo 4:** *“T1: Perfecto... siguiendo con la depresión, ¿Cómo describirías vos a un paciente adulto que presenta sintomatología depresiva? ¿Podrías describir pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas habituales? ¿Cómo te lo imaginas?*

*T2: Como me lo imagino... bueno en principio esta idea de, eta emoción de tristeza, la mayoría de las actividades de la vida diaria, lo vería mucho por lo conductual yo. Si va a trabajar, si realiza algún deporte, alguna actividad recreativa, si tiene espacios sociales que frecuente. Si eso está presente o no y a partir de qué momento eso dejó de estar presente, generalmente pasa esto. Indagaría también si está durmiendo bien, si hubo cambios en el apetito.”.*

- **Protocolo 5:** *“T1: Ahora, si tenés que imaginar como un prototipo de un paciente adulto deprimido ¿Cómo te lo imaginas?”*

*T2: Un adulto deprimido... Lo primero que se me viene a la mente es una persona desalineada, que no está como bien cuidada. Eso, como que no fallaría para pensar en una depresión. Pero estas cuestiones de una persona que te empieza decir que empieza a dejar de hacer cosas que le interesaban y que las cosas que le interesaban le dejan de dar placer, también me hacen pensar en una depresión.*

*T1: ¿Y se te ocurren otros pensamientos o sentimientos o conductas habituales en una persona deprimida?”*

*T2: Esto de no querer salir de la casa, bueno por eso a veces es como ansiedad, depresión. Hay que indagar más.”*

- **Protocolo 9:** *“T1: Si, si... perfecto. Si tuvieras que describir a un paciente depresivo en la forma de estar, en los pensamientos, en la imagen, es decir, si tenés que describir a un paciente depresivo que se te viene a la cabeza. Como el prototipo de paciente depresivo ¿Cómo lo describirías?”*

*T2: Y lo que pasa es que es difícil porque quizás uno está medio sesgado en que bueno es una persona desalineada, como un poco más venida a menos y por ejemplo la paciente no me daba como un principio esa impresión ¿Me explico? No se la veía descuidada o como abúlica... o sea, tenía actitud para hablar, no se la veía con poco discurso como para así decirlo. Si no, todo lo contrario. Se la veía más participativa.*

*T1: Pero ahora independientemente del video y... ¿Cómo podrías describir vos a un paciente depresivo según lo que vos te imaginas en tu cabeza? Viste como esto que*

*decís que vas escuchando y como que tenés ciertas preguntas para cada trastorno y demás en la cabeza. Si a vos te dicen “bueno, imagináte una persona deprimida ¿Cómo te la imaginás?*

- **T2:** *Muchas veces como que la depresión tiene dos caras, una es la que se muestra y la otra puede ser la que realmente le pasa. Yo siempre pregunto bien eso... muchas veces una persona puede estar sonriendo, vos la podés ver totalmente alegre, por así decirlo, y por adentro le están pasando un montón de cosas. Esa sería la diferencia principal. Después muchas veces en sí, lo que te trae a la consulta, por así decirlo, el problema que la aqueja le impide hacer sus cosas cotidianas... lo veo más por ese lado, su baja autoestima. Bueno también en la imagen que me da, en la impresión que me deja de todo lo que tiene que ver con su presencia, eso también.”*

- **Protocolo 11:** **T1:** *Claro, claro. Ya que hablas de esto del DSM en la cabeza... me imagino que cuando hablamos de un paciente deprimido se te viene a la cabeza una imagen que fuiste construyendo, como un prototipo de paciente deprimido. ¿Cómo lo podés describir a una persona deprimida?*

**T2:** *Tristeza... también algo principalmente el no poder disfrutar de las cosas o... bueno esto de estar en la cama como decía... creo que esta paciente hacía tanta referencia de estar en la cama que quizás eso fue lo que más me quedó. La falta de energía, de concentración. Como el no poder salir de adentro de la cabeza, digamos. Todo lo que es de afuera queda fuera. La persona más depresiva quizás... como con toda la libido retraída, digamos, sin poder ponerlo afuera, entonces no disfruta de los vínculos ni de las actividades, ni de salir de su casa.*

**T1:** *y los pensamientos ¿Cómo describirías el tipo de pensamiento o los pensamientos que tiene habitualmente una persona deprimida?*

**T2:** *(silencio pronunciado) Muy negativos, sin mucha visión de futuro... desvalorizándose mucho...*

**T1:** *¿Y en cuanto a la imagen, ¿cómo te imaginas que es, como la describís o que se te viene a la mente?*

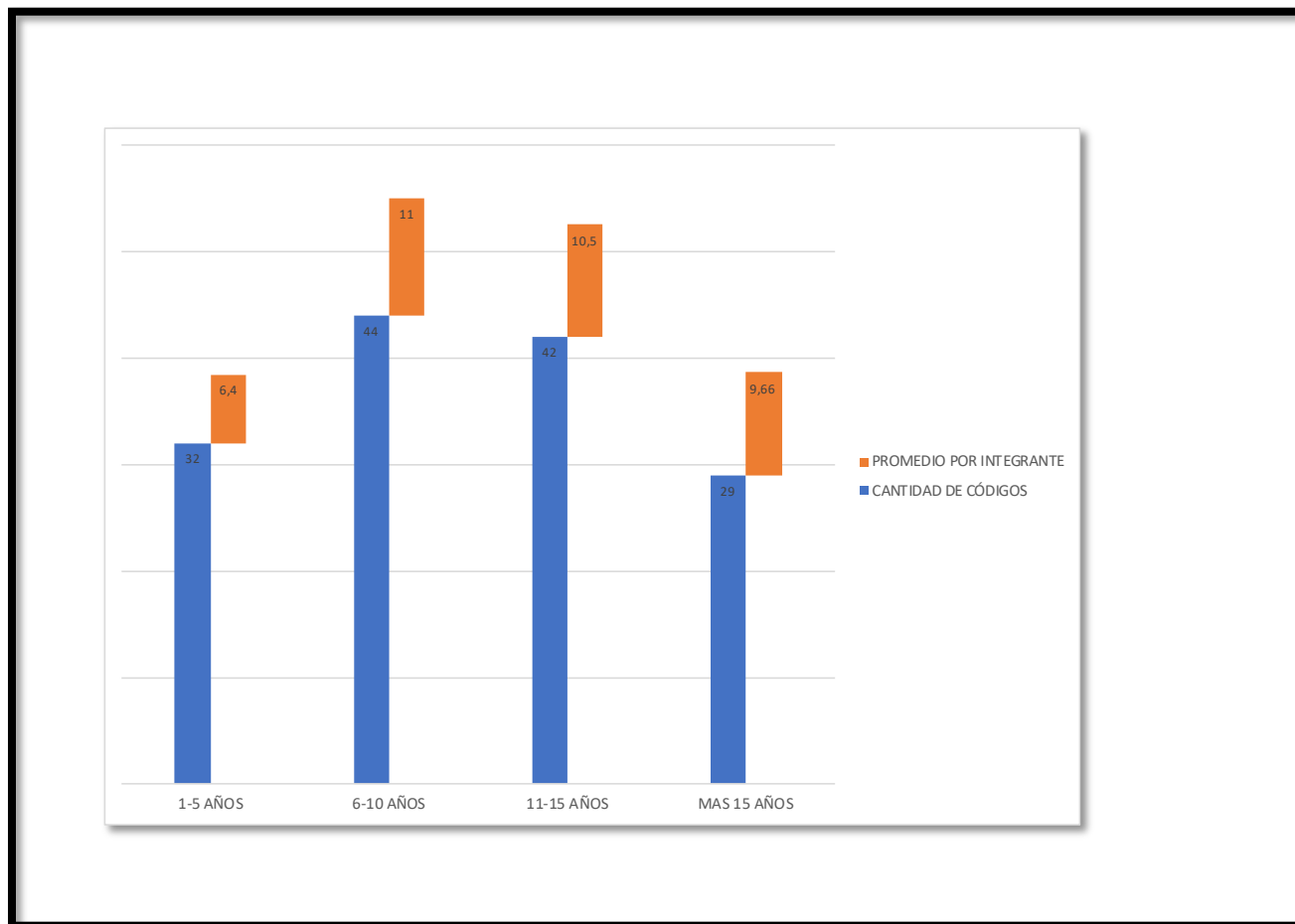
**T2:** *La imagen de ¿cómo está la persona? Y bastante descuidada... se me vienen a la cabeza pacientes... sí, como... quizás esto con esa desvalorización de uno mismo en dejarse estar mucho, sin ganas de, no se... de cuidar ciertas cosas de la imagen propia.*

**En relación con los códigos elegidos, lo primero que resulta interesante registrar es que este grupo utilizó una cantidad significativa menor en la variedad y en la cantidad de códigos y de coincidencias. Mientras que los otros grupos presentan ciertas coincidencias.**

En cuanto a la variedad (ver figura 96):

- 1-5 años: 32 cód. (5 integrantes = 6,4 cód. por integrante)
- 6-10 años: 44 cód. (4 integrantes = 11 cód. por integrante)
- 11-15 años: 42 cód. (4 integrantes = 10,5 cód. por integrante)
- +15 años: 29 cód. (4 integrantes = 9,66 cód. por integrante)

**Figura 96:** Cantidad de códigos utilizados por grupo y promedio por integrante.



En cuanto a la variedad, fueron los terapeutas con mayores años de experiencia quienes se destacaron, siendo seguidos por los terapeutas de 6-10 años de experiencia, luego 11-15 años y quedando en última instancia los terapeutas con menor grado de experiencia.

En cuanto a la cantidad de códigos utilizados, se puede observar que los grupos intermedios de la muestra, es decir los grupos de 6-10 y 11 a 15 años quienes utilizaron una mayor cantidad de códigos. Siendo el grupo de 6 10 años quienes utilizaron una mayor cantidad de códigos y el grupo de menor experiencia quien menos utilizó.

Mas allá de esta aclaración en cuanto a la variedad y la cantidad de códigos, la imagen prototípica que describieron los terapeutas de este grupo destaca cómo síntomas más significativos del cuadro depresivo: Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Pérdida de energía/ Voluntad (abulia).

Al evaluar los códigos con mayor cantidad de coincidencias entre toda la muestra se destacan ([ver figura 97](#)).

GRUPO	
1-5 AÑOS	Yellow
6-10 AÑOS	Green
11-15 AÑOS	Orange
MAS 15 AÑOS	Blue

Figura 97: Códigos elegidos por toda la muestra para describir la imagen prototípica ordenado jerárquicamente.

	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P. 10	P. 11	P. 12	P. 13	P. 14	P. 15	P. 16	Totales
• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	11
• G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	9
• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	8
• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	8
• G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8
• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	6
• G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5
• G- Aumento de conductas evitativas	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5
• G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	5
• G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
• G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
• G- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4
• G- Aumento de la queja	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
• G- Ganas de estar en la	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3
• G- Poca expresividad/gestualidad	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
• G- Visión negativa del futuro	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
• G- Visión negativa del mundo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
• G- Alteraciones en su estilo relacional	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• G- Ansioso (aumento del miedo, nervios)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
• G- Aumento de inhibición	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
• G- Dificultades en la concentración	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2



- El código más utilizado por toda la muestra fue **Pérdida de ganas (anhedonia)**. Resulta interesante resaltar que quienes eligieron en menor medida este código fueron los grupos 1-5 años de experiencia (lo eligió el 60% del grupo) y el grupo de 6-10 años (75% del grupo).
- El segundo código más elegido por toda la muestra es **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)**. Aquí se puede resaltar que fue mayormente elegido por los grupos de 6-10 (100%), 11-15(75%) y 1-5 (60%) años de experiencia mientras que el grupo de mayor experiencia lo ha elegido en menor medida (33,3%)
- Luego le siguen: **Pérdida de interés (anhedonia)** con 9 elecciones y **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)** y **Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)** con 8 elecciones.

A continuación, se detallarán los códigos más elegidos según cada grupo ([ver figura 98](#)):

Figura 98: Códigos elegidos según cada grupo para describir la imagen prototípica

MAS 15 AÑOS	P.8	P.12	P.13	Tota
● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	3
● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	1	2
● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	1	0	1	2
● G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	2
● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	0	1	2

11-15 AÑOS	P.10	P.14	P.15	P.16	Tota
● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	1	1	1	1	4
● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	4
● G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	1	1	1	4
● G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	1	1	1	3
● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2
● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	1	1	0	0	2
● G- Aumento de inhibición	1	0	0	1	2
● G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	0	0	2
● G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	0	1	0	2
● G- Hace menos contacto visual	1	1	0	0	2
● G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	1	1	2
● G- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	1	0	1	2

6-10 AÑOS	P.1	P.2	P.6	P.7	Tota
● G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	1	1	1	1	4
● G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	1	1	4
● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	1	3
● G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	1	0	2
● G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	1	0	2
● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	1	0	2
● G- Aumento de conductas evitativas	0	1	1	0	2
● G- Aumento de la queja	0	1	0	1	2
● G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	1	1	0	0	2
● G- Pérdida de interés (anhedonia)	1	0	1	0	2
● G- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2
● G- Sesgo atencional a información negativa	1	0	1	0	2
● G- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	1	2

1-5 AÑOS	P.3	P.4	P.5	P.9	P.11	Tota
● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	0	1	1	3
● G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	1	1	1	3
● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	0	1	1	1	3
● G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	0	1	0	2
● G- Aumento de conductas evitativas	1	1	0	0	0	2
● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	0	0	0	1	1	2
● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2

Del entrecruzamiento de información obtenida entre los códigos más elegidos en toda la muestra y los códigos elegidos en cada grupo es posible destacar:

- El código más utilizado por toda la muestra coincide con el código más utilizado por el grupo de mayor experiencia.
- El segundo de los códigos más utilizado por toda la muestra coincide con el más elegido por el grupo de 6-10 años y el segundo elegido por el grupo de 1-5 años.
- El tercer código, Pérdida de interés, se encuentra entre los más elegidos por los dos grupos de mayor experiencia.
- En los dos grupos de mayor experiencia, el grupo de códigos más elegidos se encuentran caracterizados por las Pérdidas mientras que su influencia en los grupos de menor experiencia no es tan determinante.

#### ***7.4.6 Sintomatología depresiva relevada (código bb y a)***

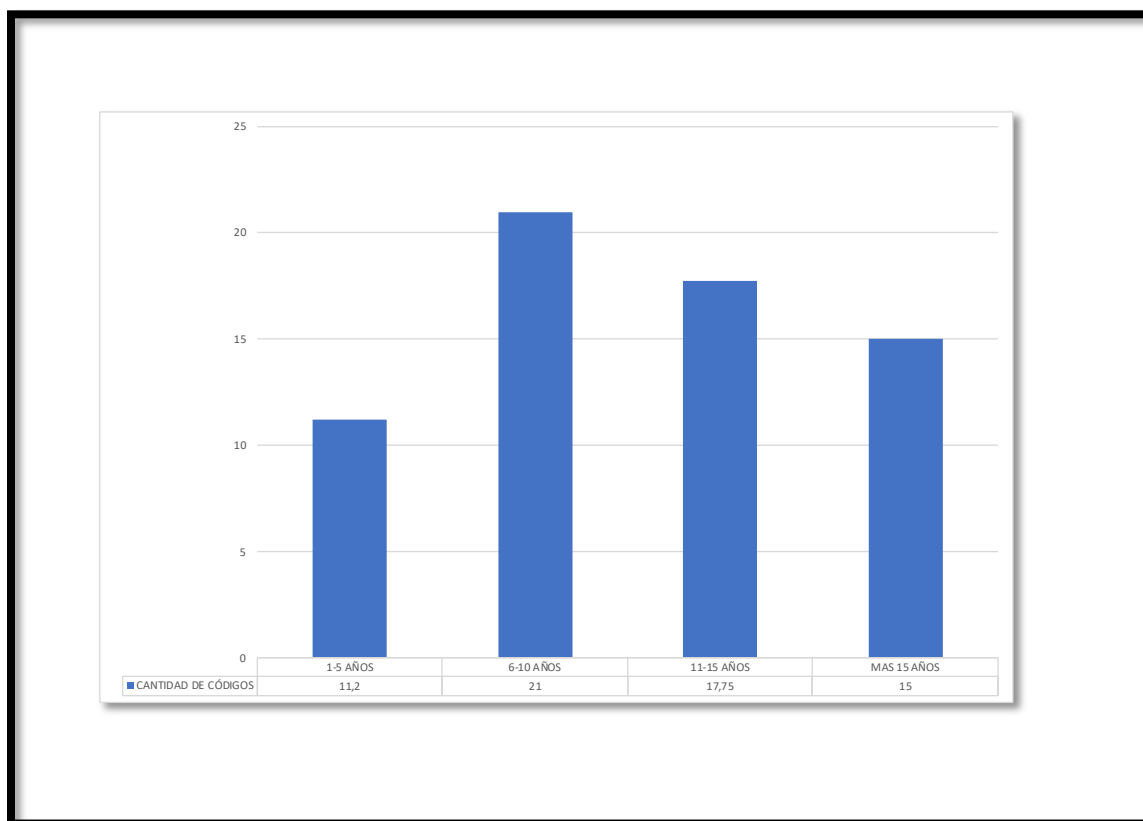
Continuando con el análisis, se exploró la sintomatología depresiva relevada por los entrevistados durante la entrevista a raíz del video observado. Al igual que con en los grupos anteriores, en el análisis de datos se destacó, del grupo de síntomas general, aquellos que fueron mencionados inicialmente (muchas veces espontáneo).

El actual grupo utilizó 56 códigos dando un promedio de 11,2 códigos por persona. Los cuatro protocolos TCC utilizaron un promedio de 10,5 códigos por persona, mientras que el protocolo con marco teórico psicodinámico utilizó 14. A diferencia de lo sucedido en el grupo

anterior, en esa oportunidad el terapeuta psicodinámico utilizó una mayor cantidad de códigos, aunque, vale mencionar que dicha diferencia no es significativa.

También, se ha observado una significativa disminución en la cantidad de códigos utilizados, en comparación con el grupo de 6-10 años mientras que, con los restantes grupos de mayor experiencia, muestra una mayor paridad ([ver figura 99](#)). En relación con la sintomatología depresiva general, los entrevistados mencionaron ([ver figura 100](#)).

**Figura 99:** Cantidad de códigos elegidos por grupo para registrar la sintomatología depresiva.



**Figura 100:** Listado de códigos utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo.

	3 PROTOCOLO...	4 PROTOCOLO...	5 PROTOCOLO...	9 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO...	Totales
● BB- Alteración en su estilo relacional		1				1
● BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)		1				1
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)		1	1		1	3
● BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)		1				1
● BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)		1			1	2
● BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1				2
● BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.		1				1
● BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales		1				1
● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1		1		1	4
● BB- Dificultad para concentrarse					1	1
● BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas		1		1		2
● BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le...)	1	1	1			3
● BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)				1		1
● BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)					1	1
● BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)		1	1			2
● BB- Ganas de estar en la cama	1	1			1	3
● BB- Ideación suicida	1	1				2
● BB- Irritabilidad		1				1
● BB- Marcas de expresión en rostro		1				1
● BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)					1	1
● BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1		1		4
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1		5
● BB- Pérdida de intereses			1			2
● BB- Pérdida de motivación			1			2
● BB- Pérdida de productividad		1				1
● BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)		1			1	2
● BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1				2
● BB- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1				1	2
● BB- Visión negativa del futuro	1				1	2
<b>Totales</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>56</b>

- **Protocolo 3 (10 cód.):** Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional); Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.); Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere); Ganas de estar en la cama; Ideación suicida; Pérdida de energía/voluntad; Pérdida de ganas (anhedonia); Recurrencia (episodios depresivos previos); Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.) y Visión negativa del futuro.

- **Protocolo 4 (20 cód.):** Alteración en su estilo relacional; Alteraciones en el sueño (Hipersomnias); Alteraciones en el sueño (insomnio); Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad); ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional); Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.; Con antecedentes familiares de trastornos emocionales; Dificultad para realizar las actividades cotidianas; Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere); Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.); Ganas de estar en la cama; Ideación suicida; Irritabilidad; Marcas de expresión en rostro; Pérdida de energía/voluntad; Pérdida de ganas (anhedonia); Pérdida de productividad; Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y Recurrencia (episodios depresivos previos).

- **Protocolo 5 (7 cód.):** Alteraciones en el sueño (insomnio); afrontamiento disfuncional); Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.); Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere); Eventos estresantes de la

vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.); Pérdida de ganas (anhedonia); Pérdida de interés y Pérdida de motivación.

- **Protocolo 9 (5 cód.):** Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.); Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere); Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono); Pérdida de energía/voluntad y Pérdida de ganas (anhedonia).

- **Protocolo 11 (14 cód.):** Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad); Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Alteraciones en el sueño (Insomnio); Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.); Dificultad para concentrarse; Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento); Ganas de estar en la cama; Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación); Pérdida energía/voluntad y Pérdida de ganas (anhedonia); Pérdida de interés; Pérdida de motivación; Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia); Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.) y Visión negativa del futuro.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 5 terapeutas:** Pérdida de ganas (anhedonia).
- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas:** Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.) y Pérdida energía/voluntad.

- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio); Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere) y Ganas de estar en la cama.
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional); Dificultad para realizar las actividades cotidianas; Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.); Ideación suicida; Pérdida de interés; Pérdida de motivación; Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia); Recurrencia (episodios depresivos previos); Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.) y Visión negativa del futuro.
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Alteración en su estilo relacional; Alteraciones en el sueño (Hipersomnias); Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)); Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.; Con antecedentes familiares de trastornos emocionales; Dificultad para concentrarse; Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono); Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento); Irritabilidad; Marcas de expresión en rostro; Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación) y Pérdida de productividad.

**Es decir que, dentro de los síntomas más significativos para este grupo se encuentra:**  
 en primera instancia la **Pérdida de ganas (anhedonia)** como el síntoma más significativo, seguido por (en segundo lugar) **Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.) y Pérdida energía/voluntad b Alteraciones en el sueño (Insomnio); Dificultades interpersonales (para**

*confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere*) y *Ganas de estar en la cama* (ver [Figura 101](#)). Al evaluar los códigos más seleccionados entre todos los grupos se destacan (ver [figura 102](#)):

1. **Pérdida de ganas (anhedonia):** este código fue elegido por todos los participantes del grupo de más de 15 años, del grupo de 11-15 años, tres de cuatro integrantes del grupo de 6-10 años y por todos los integrantes del grupo de 1-5 años de experiencia. Dicho código es el que presenta mayor grado de coincidencias y el más elegido por la mayoría de los grupos.
2. **Alteraciones en el sueño (Insomnio):** este código fue elegido por todos los participantes del grupo de más de 15 años, del grupo de 11-15 años, del grupo de 6-10 años y por tres de los cinco integrantes del grupo de 1-5 años de experiencia.
3. **Ganas de estar en la cama:** este código fue elegido por dos terapeutas del grupo de más de 15 años, por todos los integrantes del grupo de 11-15 años, por tres terapeutas del grupo de 6-10 años y por tres integrantes del grupo de 1-5 años.
4. **Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.):** Fue elegido por dos terapeutas del grupo de más de 15 años, por tres integrantes del grupo de 11-15 años, por los cuatro terapeutas del grupo de 6-10 años y por cuatro integrantes del grupo de 1-5 años.
5. **Pérdida de energía/voluntad:** este código fue elegido por todos los participantes del grupo de más de 15 años, por tres integrantes del grupo de 11-15 años, por tres terapeutas del grupo de 6-10 años y por cuatro integrantes del grupo de 1-5 años.
6. **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia):** este código fue elegido por todos los participantes del grupo de más de 15 años, por tres integrantes del grupo de

11-15 años, por cuatro terapeutas del grupo de 6-10 años y por dos de los integrantes del grupo de 1-5 años.

7. **Recurrencia (episodios depresivos previos):** este código fue elegido por uno de los participantes del grupo de más de 15 años, por tres integrantes del grupo de 11-15 años, por tres terapeutas del grupo de 6-10 años y por dos de los integrantes del grupo de 1-5 años.

**Figura 101:** Jerarquía de los códigos más elegidos para registrar a la sintomatología depresiva en la paciente según cada grupo.

GRUPO 11-15 AÑOS DE EXPERIENCIA	10	14	15	16	Totales
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	2	1	1	2	6
● BB- Ganas de estar en la cama	1	1	2	1	5
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	1	1	1	1	4
● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	0	2	1	1	4
● BB- Pérdida de energía/voluntad	0	1	1	2	4
● BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	0	1	1	2	4

GRUPO MAS 15 AÑOS DE EXPERIENCIA	8	12	13	Totales
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	2	1	1	4
● BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	2	3
● BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	2	1	3
● BB- Ganas de estar en la cama	0	2	1	3
● BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	1	3
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	3
● BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	1	2	3
● BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	1	1	3

GRUPO 1-5 AÑOS DE EXPERIENCIA	3	4	5	9	11	Totales
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	1	5
● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	0	1	1	1	4
● BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	0	1	1	4
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	0	1	1	0	1	3
● BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	1	1	1	0	0	3
● BB- Ganas de estar en la cama	1	1	0	0	1	3

GRUPO 6-10 AÑOS DE EXPERIENCIA	1	2	6	7	Totales
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	1	1	2	1	5
● BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	2	1	5
● BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	1	1	2	5
● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	1	1	1	4
● BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	1	1	1	1	4
● BB- Ganas de estar en la cama	1	0	1	2	4
● BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	1	1	2	0	4
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	1	1	2	4
● BB- Pérdida de productividad	1	1	1	1	4
● BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	2	0	4

**Figura 102:** Jerarquía de códigos para describir la sintomatología depresiva unificada entre todos los grupos.

		0-5	6-10	11-15	MAS 15	Totales
1	● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	5	4	6	3	18
2	● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	3	5	4	4	16
3	● BB- Ganas de estar en la cama	3	4	5	3	15
4	● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	4	4	4	2	14
5	● BB- Pérdida de energía/voluntad	4	3	4	3	14
6	● BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	2	5	3	3	13
7	● BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	2	4	4	1	11
8	● BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	2	4	2	2	10
9	● BB- Pérdida de interés	2	3	3	2	10
10	● BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	2	2	2	3	9
11	● BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	2	3	2	2	9
12	● BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	3	3	2	1	9
13	● BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	5	2	1	9
14	● BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	1	4	3	1	9
15	● BB- Pérdida de motivación	2	3	3	1	9
16	● BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	2	3	3	8
17	● BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	2	3	1	0	6
18	● BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	1	3	1	6
19	● BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	2	3	0	1	6
20	● BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	1	1	3	0	5
21	● BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	2	3	5
22	● BB- Pérdida de productividad	1	4	0	0	5
23	● BB- Dificultad para concentrarse	1	2	1	0	4
24	● BB- Ideación suicida	2	1	1	0	4
25	● BB- Irritabilidad	1	1	1	1	4
26	● BB- Visión negativa del futuro	2	1	0	1	4
27	● BB- Afectividad negativa	0	2	1	0	3
28	● BB- Alteración en su estilo relacional	1	2	0	0	3
29	● BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	1	1	1	0	3
30	● BB- Poca expresividad/gestualidad	0	2	1	0	3

Dicho análisis permite observar que **“Pérdida de ganas (anhedonia)”** es el síntoma que ha sido más elegido por toda la muestra, siendo un solo integrante de esta (6-10 años), el que no lo ha mencionado. En segunda instancia aparece **“Alteraciones en el sueño (Insomnio)”** el cual no fue elegido por dos integrantes de la muestra, aunque vale aclarar que dichos participantes pertenecen al mismo grupo (1-5 años) por lo que fue elegido por todos los integrantes de los otros grupos con mayor experiencia. En tercer lugar, aparece **“Descuido Personal”**, el cual no fue elegido por tres terapeutas (uno del grupo de más de 15 años, uno del grupo 11-15 y uno del grupo 1-5 años.). En esta posición también encontramos a **“Pérdida de energía/voluntad”** (no siendo elegido por uno de los integrantes de 11-15 años, uno de 6-10 y uno de 1-5 años).

**“Ganas de estar en la cama”** aparece en cuarto lugar. Este síntoma que no fue elegido por 4 participantes de la muestra (dos del grupo 1-5 años, uno del grupo 6-10 y uno del grupo de más de 15 años. En esta posición también encontramos a **“Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)”** (no fue elegido por un integrante de 11-15 y tres de 1-5 años).

En último lugar de los códigos más elegidos encontremos a **“Recurrencia (episodios depresivos previos)”** el cual no fue elegido por dos integrantes del grupo de más de 15 años, por uno de 11-15, uno de 6-10 y tres de 1-5 años.

Vale mencionar que, de estos códigos, **“Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)”** muestra como particularidad haber sido elegido por todos los participantes de más experiencia y por la menor cantidad de participantes de menor experiencia.

Continuando con el análisis, se estudió el grupo de los primeros síntomas depresivos (código A) se obtuvo un total de 14 códigos entre los que se destacan ([ver figura 103](#)):

**Figura 103:** Listado de códigos de primeros síntomas utilizados por los terapeutas para describir a pacientes que cursan un cuadro depresivo.

	3 PROTOCOLO...	4 PROTOCOLO...	5 PROTOCOLO...	9 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO...	Totales
A- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias)			1		1	2
A- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)		1				1
A- Eventos estresantes de la vida			1	1		2
A- Falta de Higiene				1		1
A- Ganas de estar en la cama					1	1
A- Irritabilidad		1				1
A- Pérdida de energía/voluntad				1		1
A- Pérdida de ganas (anhedonia)					1	1
A- Recurrencia	1					1
A- Tratamientos previos	1					1
A- Visión negativa de sí mismo	1					1
A- Visión negativa del futuro	1					1
Totales	4	2	2	3	3	14

- **Protocolo 3 (4 Cód.):** Recurrencia; Tratamientos previos; Visión negativa de sí mismo y Visión negativa del futuro.
- **Protocolo 4 (2 Cód.):** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.) e Irritabilidad.
- **Protocolo 5 (2 Cód.):** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias) y Eventos estresantes de la vida.
- **Protocolo 9 (3 Cód.):** Eventos estresantes de la vida, Falta de Higiene y Pérdida de energía/voluntad.
- **Protocolo 11 (3 Cód.):** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias), Ganas de estar en la cama y Pérdida de ganas (anhedonia).

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción:

- **Códigos utilizados por los 5 terapeutas: 0**
- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas: 0**
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas: 0**
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias) y Eventos estresantes de la vida.
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Falta de Higiene; Ganas de estar en la cama; Irritabilidad; Pérdida de energía/voluntad; Pérdida de ganas (anhedonia); Recurrencia; Tratamientos previos; Visión negativa de sí mismo y Visión negativa del futuro.

Al realizar la intercepción entre los códigos utilizados por los terapeutas para describir sintomáticamente a un paciente con un trastorno depresivo y los códigos utilizados para registrar los primeros síntomas depresivos se obtiene la siguiente clasificación:

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cinco entrevistados: 0.**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cuatro entrevistados: 0.**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados: 0.**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados:** Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.).
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los un entrevistados: 0**

A diferencia de lo sucedido cuando se analizó la sintomatología depresiva general, al ingresar el factor tiempo al análisis se observó una baja muy significativa en la cantidad de códigos utilizados, tanto intragrupo (es decir observado lo sucedido con y sin factor tiempo) como al compararlo con lo sucedido en los otros grupos. Esto también es posible de ver al analizar los códigos que no han sido mencionado para describir la sintomatología espontáneamente, pero si cuando se realizó la descripción sintomática general.

- Al comparar con los grupos anteriores en la intercepción entre los primeros síntomas descritos (muchas veces espontaneo) y los utilizados para describir a un paciente deprimido desde la memoria del terapeuta, se observa que, tanto en el grupo de 1-5 años y 6-10 años existe una baja coincidencia de códigos utilizados en ambos grupos por la misma cantidad de entrevistados. Por ejemplo, en ambos grupos mencionados se observaron coincidencias solamente al evaluar los **“Códigos utilizados en ambos grupos por dos o un entrevistado”**. Por su parte, en el grupo de 11-15 años se observó estabilidad en las selecciones realizadas por la mayoría de los participantes. Por ejemplo, **Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia)** y **Pérdida de ganas (anhedonia)** fueron mencionados por todos los integrantes en ambas oportunidades y solamente, **“Ganas de estar en la cama”** no es mencionado dentro de los primeros síntomas por los cuatro entrevistados sino por tres.

En el grupo de más de 15 años de experiencia, también se observaron coincidencias en síntomas mencionados en ambos grupos por todos los terapeutas. En especial **Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.)**.

**Por lo que resulta posible interpretar que, a medida que desciende la experiencia de los terapeutas, la estabilidad de los síntomas utilizados para describir espontáneamente a**

un paciente y la imagen recordada en su memoria se reduce. Esto permitiría pensar que, en situaciones de incertidumbre y de baja disponibilidad de tiempo, aquellos terapeutas con menor experiencia, su búsqueda de información quedaría más ligada a la experiencia del momento, siendo esta menos direccionada y planificada.

También resulta interesante mencionar que, a medida que los años de experiencia descenden se utilizan una mayor cantidad de códigos/síntomas tanto para describir de manera espontánea a un paciente deprimido como para hacerlo desde la memoria ([ver figura 104](#) y 105).

Figura 104: Cantidad de códigos BB (Síntomas depresivos consignadas por el entrevistado) y códigos A (Primeros síntomas depresivos remarcados por el entrevistado) según grado de experiencia.

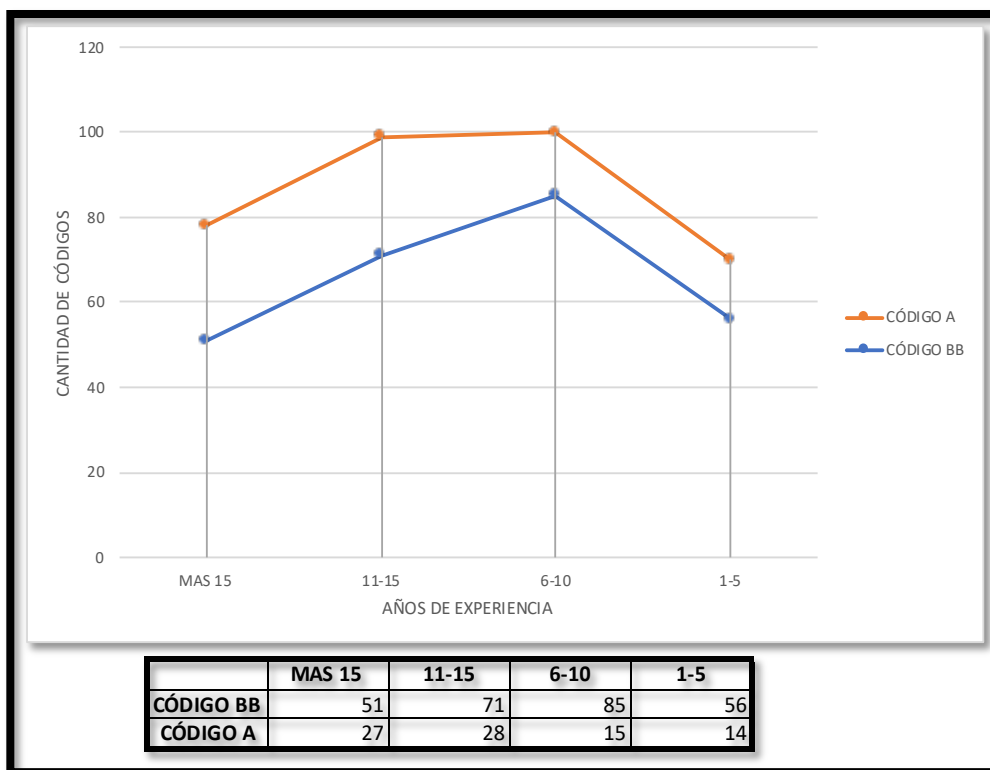
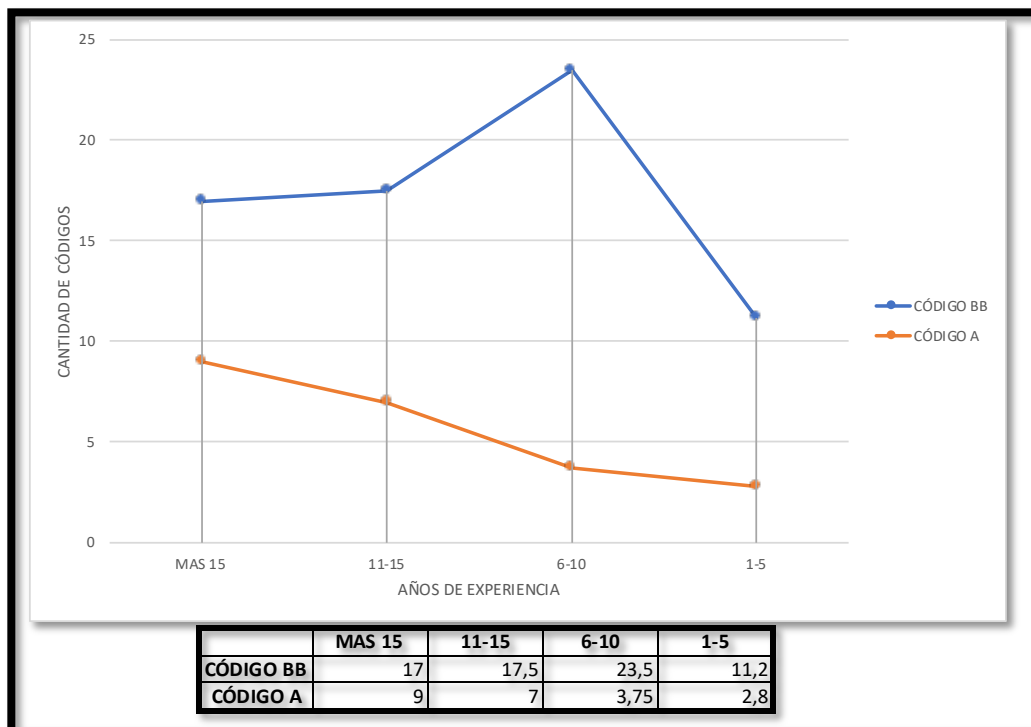


Figura 105: Promedio por integrante de códigos BB (Síntomas depresivos consignadas por el entrevistado) y códigos A (Primeros síntomas depresivos remarcados por el entrevistado) según grado de experiencia.



#### 7.4.7 Comparación sintomatología depresiva relevada e imagen prototípica (código bb y g).

Continuando con la comparación y estudio de las respuestas dadas se analizó las contestaciones brindadas por los entrevistados sobre la descripción general de un paciente que atraviesa un trastorno depresivo (descripción dirigida a explorar la imagen general y prototípica a partir de los recuerdos y experiencia del entrevistado expresado bajo código G) y la descripción sintomática general de la paciente presentada en el video (expresado bajo el código BB).

Al entrecruzar los datos, se observa la existencia de códigos que han sido nombrados en ambas ocasiones entre los que se destaca:

- Alteración en su estilo relacional
- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnias)
- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)
- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)
- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)
- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.
- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)
- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)
- Ganas de estar en la cama
- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)
- Pérdida de energía/voluntad
- Pérdida de ganas (anhedonia)
- Pérdida de interés (anhedonia)
- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)
- Visión negativa del futuro
- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)

Dicho grupo es posible de ser ordenado jerárquicamente iniciando por los códigos que han sido nombrados por los cuatro terapeutas, luego por tres continuando hasta llegar a uno:

- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cinco entrevistados en ambos grupos: 0**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los cuatro entrevistados en ambos grupos: 0**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los tres entrevistados en ambos grupos: 0**
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los dos entrevistados en ambos grupos:** Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia) y Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional).
- **Códigos utilizados en ambos grupos por los un entrevistado en ambos grupos:** Alteración en su estilo relacional, Alteraciones en el sueño (Hipersomnia), Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad), Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T., Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento) y Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación).

Adicionalmente existen códigos nombrados en ambos grupos pero que han sufrido variaciones (nombrados más entrevistados en una de las oportunidades), entre los que se destaca:

- **Alteraciones en el sueño (Insomnio):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.):** fue nombrado más veces en la descripción prototípica (Cód. G) que en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB).
- **Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Ganas de estar en la cama:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Ideación suicida:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Pérdida de energía/voluntad:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Pérdida de ganas (anhedonia):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Pérdida de interés:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.):** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).

- **Visión negativa del futuro:** fue nombrado más veces en la descripción sintomática de la paciente (Cód. BB) que en la descripción prototípica (Cód. G).

En total compartieron un total de 16 códigos entre ambas categorías. Significativamente menor que el grupo anterior (6-10 años) en el cual se compartieron 23 códigos.

Al mismo tiempo se observó, al igual que en los grupos anteriores, la existencia de una mayor cantidad de códigos mencionados al describir la sintomatología de la paciente que al describir la imagen prototípica. A su vez, también se observó, en sintonía con lo ya analizado, que en general, los códigos compartidos entre ambos grupos fueron elegidos por más participantes al describir la sintomatología de la paciente (Cód. BB) que al relatar los síntomas habituales que creen que tiene una persona deprimida (Cód. G).

También, existen códigos que han sido mencionados en mayor oportunidad o solamente al describir a imagen prototípica:

- **Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC):** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.):** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Dificultades para comprometerse:** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Dificultades en la concentración:** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).

- **Presencia de ideación o intentos de suicidio:** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).
- **Visión negativa del mundo:** Fue nombrado solamente en la descripción prototípica (Cód. G).

También resulta posible mencionar la existencia de códigos utilizados solamente para describir a la sintomatología de la paciente del video estímulo y no al solicitarles la descripción prototípica de un paciente que atraviesa un cuadro depresivo:

- **Con antecedentes familiares de trastornos emocionales**
- **Dificultad para concentrarse**
- **Dificultad para realizar las actividades cotidianas**
- **Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)**
- **Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)**
- **Irritabilidad.**
- **Marcas de expresión en rostro**
- **Pérdida de motivación**
- **Pérdida de productividad**
- **Recurrencia (episodios depresivos previos)**

De manera similar a lo registrado en el análisis de los grupos anteriores, en general, los entrevistados utilizaron una mayor cantidad de códigos al describir a la sintomatología de la paciente presente en el video estímulo (29 códigos) que al describir a una persona que atraviesa un cuadro depresivo prototípico (códigos 22). En el grupo actual, también sea observado que, las coincidencias entre los participantes al mencionar códigos en ambas ocasiones son baja mostrando una gran discrepancia con lo sucedido en grupos anteriores.

También se observa que, en el grupo actual, las coincidencias entre los participantes del grupo ([ver figura 106](#)).

Figura 106: Comparación entre el código de la sintomatología depresiva relevada por los participantes del grupo 1-5 años y la sintomatología prototípica que manifestaron.

Descripción general de la paciente (BB)	3	4	5	9	11	T	Ideas Prototípicas (G)	3	4	5	9	11	T
							• G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	0	1	0	2
• BB- Alteración en su estilo relacional	0	1	0	0	0	1	• G- Alteraciones en su estilo relacional	0	1	0	0	0	1
• BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	0	1	0	0	0	1	• G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	0	0	0	1
• BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	0	1	1	0	1	3							
• BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	0	1	• G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	0	1
• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	0	0	1	2	• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	0	1	1	3
• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	0	0	0	2	• G- Aumento de conductas evitativas	1	1	0	0	0	2
• BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	0	1	0	0	0	1	• G- Ausentismo laboral	0	1	0	0	0	1
• BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales	0	1	0	0	0	1							
• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	0	1	1	1	4	• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	1	1	1	3
• BB- Dificultad para concentrarse	0	0	0	0	1	1							
• BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	0	1	0	1	0	2							
							• G- Dificultades para comprometerse	1	0	0	0	0	1
							• G- Dificultades en la concentración	0	0	0	0	1	1
• BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	1	1	1	0	0	3							
• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	0	0	1	0	1	• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	0	0	1	0	1
• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	0	0	1	1	• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	0	0	1	1
• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	1	1	0	0	2							
• BB- Ganas de estar en la cama	1	1	0	0	1	3	• G- Ganas de estar en la cama	0	0	0	0	1	1
• BB- Irritabilidad	0	1	0	0	0	1							
• BB- Marcas de expresión en rostro	0	1	0	0	0	1							
• BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	0	0	0	0	1	1	• G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	0	0	1	1
• BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	0	1	1	4	• G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	0	0	0	1	1	2
• BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	1	5	• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	0	1	1	1	3
• BB- Pérdida de interés	0	0	1	0	1	2	• G- Pérdida de interés (anhedonia)	0	0	1	0	0	1
• BB- Pérdida de motivación	0	0	1	0	1	2							
• BB- Pérdida de productividad	0	1	0	0	0	1							
• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2	• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2
• BB- Ideación suicida	1	1	0	0	0	2	• G- Presencia de ideación o intentos de suicidio	0	1	0	0	0	1
• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	0	0	0	2							
							• G- Visión negativa del mundo	0	0	0	0	1	1
• BB- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	0	1	2	• G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	0	0	0	0	1	1
• BB- Visión negativa del futuro	1	0	0	0	1	2	• G- Visión negativa del futuro	0	0	0	0	1	1

#### **7.4.8 Factores de riesgo (código b)**

Continuando con el análisis y a fin de poder completar el estudio sobre la mirada psicopatológica de los entrevistados, se les pregunto sobre qué factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo conocían.

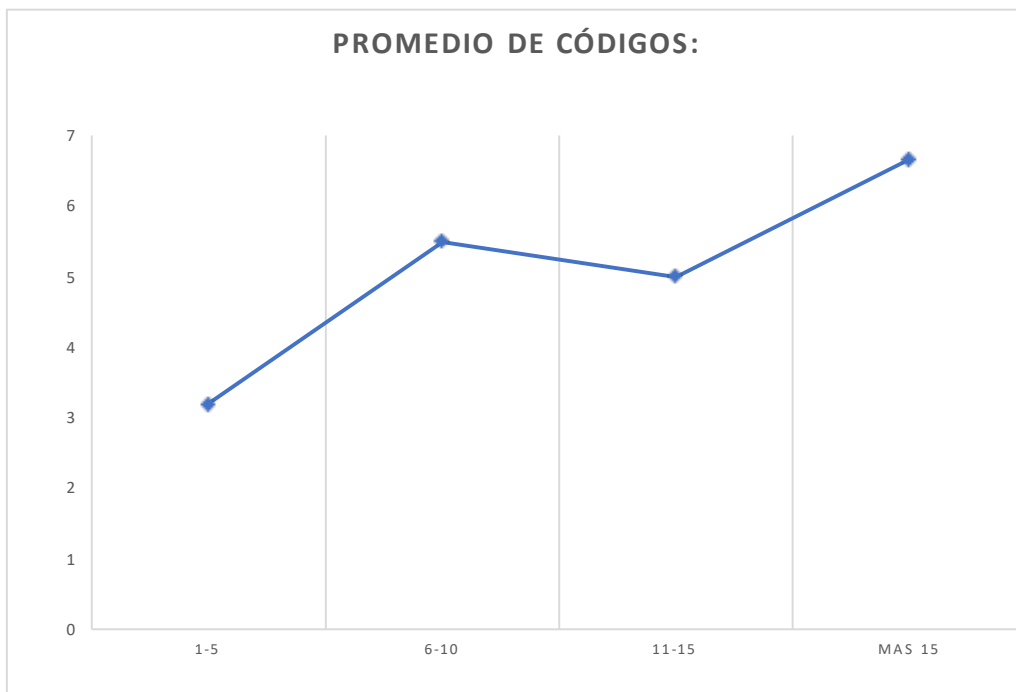
De manera similar a lo sucedido en el grupo anteriormente analizado (6-10 años de experiencia, los participantes de este grupo no manifestaron dificultades ni objeciones a la hora de responder sobre esta cuestión, sino que iniciaron directamente a dar respuestas. Es decir que, en ambos grupos de menor experiencia no se observaron objeciones o dificultades al responder la pregunta mientras que, en los dos grupos de mayor experiencia, la tendencia fue a presentar objeciones, aclaraciones y, hasta desacuerdo para responderla.

En total, los cuatro entrevistados utilizaron 16 códigos, dando un promedio de 3,2 códigos por entrevistado) siendo inferior el grupo que ha obtenido el menor promedio por participante de la muestra (6-10: 5,5; 11-15: 5 y +15: 6,66). Lo que permite confirmar la tendencia ascendente a medida que los años de experiencia aumentan ([ver figura 107](#)).

A diferencia de lo observado en los grupos anteriores, el entrevistado de marco teórico psicodinámico no ha sido quien mencionó una mayor cantidad de códigos, sino que fue un entrevistado TCC.

También, se observó que, a diferencia de lo ocurrido en el grupo de 6-10 años de experiencia, en este caso no se observaron (en general) síntomas del trastorno dentro del grupo de factores de riesgo.

**Figura 107:** Promedio de códigos utilizados por cada grupo analizado para registrar los factores de riesgo.



- **Protocolo 3 (TCC):** Red de apoyo (ausencia o escasa).
- **Protocolo 4 (TCC):** Antecedentes Familiares; Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral, Consumo de drogas o alcohol, Eventos estresantes de la vida, Pérdida de trabajo y Problemas en el trabajo.
- **Protocolo 5 (TCC):** Diagnóstico de enfermedad física/mental), Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.) y Eventos estresantes de la vida.

- **Protocolo 9 (TCC):** Antecedentes Familiares, Contexto del sujeto, Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.) y Eventos estresantes de la vida.
- **Protocolo 11 (PS):** Antecedentes Familiares y Eventos estresantes de la vida.

Al unificar los códigos mencionados por los entrevistados y ordenarlos jerárquicamente se obtiene la siguiente descripción ([ver figura 108](#)):

- **Códigos utilizados por los 5 terapeutas: 0**
- **Códigos utilizados por los 4 terapeutas:** Eventos estresantes de la vida.
- **Códigos utilizados por los 3 terapeutas:** Antecedentes Familiares.
- **Códigos utilizados por los 2 terapeutas:** Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.)
- **Códigos utilizados por los 1 terapeutas:** Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral, Consumo de drogas o alcohol, Contexto del sujeto, Diagnóstico de enfermedad física/mental), Pérdida de trabajo, Problemas en el trabajo y Red de apoyo (ausencia o escasa).

**Figura 108:** Códigos utilizados para registrar los factores de riesgos.

	3 PROTOCOLO...	4 PROTOCOLO...	5 PROTOCOLO...	9 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO...	Totales
B- Antecedentes Familiares		●		●	●	3
B- Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral		●				1
B- Consumo de drogas o alcohol		●				1
B- Contexto del sujeto				●		1
B- Diagnóstico de enfermedad física/mental)			●			1
B- Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunol...			●	●		2
B- Eventos estresantes de la vida		●	●	●	●	4
B- Pérdida de trabajo		●				1
B- Problemas en el trabajo		●				1
B- Red de apoyo (ausencia o escasa)	●					1
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>16</b>

Al comparar los resultados obtenidos con los grupos anteriores, se pudo observar que tres factores de riesgo son mencionados por todos los grupos:

- **Eventos estresantes de la vida:** Este factor de riesgo es el código que mas ha sido mencionado por todos los participantes de la muestra.
- **Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.):** Es el segundo código más mencionado por la muestra.
- **Red de apoyo (ausencia o escasa):** fue mencionado por todos los grupos, pero con una mención en cada uno.

A su vez, como se puede apreciar existió una significativa similitud entre la cantidad de factores de riesgo relevada por los participantes de los grupos 6-10 años, de 11-15 años y de más

de 15 años de experiencia. Solamente, el grupo de menor experiencia registro una cantidad significativamente menor de códigos por participantes ([ver figura 109](#)).

También, se realizó la comparación entre los factores de riesgo (código B), los códigos utilizados para realizar la descripción sintomática de la paciente del video (Cod. BB) y los códigos utilizados para describir a un paciente prototípico (Cod G).

De manera similar a lo observado en los grupos anteriores, se utilizaron menos códigos para describir a la imagen prototípica (32 Cod.) de un paciente deprimido en comparación de los códigos utilizados para describir a la sintomatología de la paciente del video (56 Cod.). También se han mencionado menor cantidad de factores de riesgo en comparación de los otros dos grupos (Cod. 16). A diferencia de lo observado en otros grupos, solamente hubo un código utilizado en los tres grupos:

- **Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.:**

mencionado en las tres oportunidades por el mismo entrevistado.

**Figura 109:** Códigos utilizados para registrar los factores de riesgo en cada grupo.

	0-5	5-10	11-15	Mas 15	T
● B- Antecedentes Familiares	3	3	1	0	7
● B- Ausencia de hobbies/pasatiempo	0	1	0	0	1
● B- Ausencia de objetivos/ proyectos a futuro	0	1	0	1	2
● B- Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral	1	1	1	0	3
● B- Consumo de drogas o alcohol	1	0	1	2	4
● B- Contexto del sujeto	1	1	0	0	2
● B- Desesperanza	0	1	0	0	1
● B- Diagnóstico de enfermedad física/mental)	1	0	0	0	1
● B- Enfermedad terminal	0	0	1	0	1
● B- Enfermedades crónicas	0	0	2	0	2
● B- Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.)	2	2	3	2	9
● B- Episodios de ansiedad	0	1	1	0	2
● B- Estilo de apego	0	1	0	0	1
● B- Estilo relacional familiar	0	1	0	1	2
● B- Eventos estresantes de la vida	4	2	3	3	12
● B- Falta de elaboración de pérdidas	0	0	0	1	1
● B- Falta o dificultad en movilizar recursos para hacer frente a estresores	0	0	0	1	1
● B- Ideación/ intento de suicida	0	1	1	0	2
● B- Infarto agudo del miocardio	0	0	1	0	1
● B- Menopausia	0	0	0	1	1
● B- Pensamientos negativos repetitivos	0	1	0	0	1
● B- Pérdida de ganas	0	1	0	0	1
● B- Pérdida de interes	0	1	0	0	1
● B- Pérdida de trabajo	1	0	0	0	1
● B- Pérdidas tempranas	0	1	0	0	1
● B- Pocos lazos afectivos (soledad)	0	0	1	0	1
● B- Problemas económicos	0	0	1	0	1
● B- Problemas en el trabajo	1	0	1	0	2
● B- Recurrencias (Episodios depresivos previos)	0	1	1	1	3
● B- Red de apoyo (ausencia o escasa)	1	1	1	1	4
● B- Reiteradas pérdidas personales	0	0	0	1	1
● B- Temperamento (afecto negativo)	0	1	0	0	1
● B- Violencia familiar	0	0	0	1	1
● B- Vulnerabilidad Social	0	0	1	2	3
<b>Totales</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>78</b>
<b>Cód. por participante</b>	<b>3,2</b>	<b>5,75</b>	<b>5,25</b>	<b>6</b>	

También existen códigos que han sido compartidos por dos grupos. En general estos fueron compartidos entre la sintomatología observada en la paciente y la imagen prototípica:

- **Alteración en su estilo relacional:** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.
- **Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio):** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.
- **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.):** mencionada por los mismos entrevistados en ambos grupos.
- **Aumento de conductas evitativas:** mencionada por los mismos entrevistados en ambos grupos.
- **Ausentismo laboral:** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.
- **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene):** fue mencionado por 4 integrantes en la descripción sintomática y por tres (los mismos que en el grupo anterior) en la imagen prototípica.
- **Dificultades en la concentración:** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.
- **Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono):** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.
- **Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento):** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.

- **Ganas de estar en la cama:** mencionado por tres participantes en la descripción sintomática y por un participante (que forma parte del grupo anterior) en la imagen prototípica.
- **Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado):** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.
- **Pérdida de energía/Voluntad (abulia):** mencionado por cuatro participantes en la descripción sintomática y por dos participantes (que forman parte del grupo anterior) en la imagen prototípica.
- **Pérdida de interés (anhedonia):** mencionado por dos participantes en la descripción sintomática y por un participante (que forma parte del grupo anterior) en la imagen prototípica.
- **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia):** mencionada por el mismo entrevistado en ambos grupos.
- **Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.):** mencionado por dos participantes en la descripción sintomática y por un participante (que forma parte del grupo anterior) en la imagen prototípica.
- **Visión negativa del futuro:** mencionado por dos participantes en la descripción sintomática y por un participante (que forma parte del grupo anterior) en la imagen prototípica.

Al igual de lo sucedió en los grupos anteriores, en general aquellos códigos utilizados para mencionar sintomatología prototípica han sido mencionados, con la misma o mayor intensidad en el grupo de códigos utilizados para describir a la sintomatología de la paciente.

- Existen códigos que han sido mencionados solamente al solicitarles factores de riesgo:

- Antecedentes Familiares
- Consumo de drogas o alcohol
- Diagnóstico de enfermedad física/mental)
- Red de apoyo (ausencia o escasa)

Al comparar este punto con los grupos anteriores, se observan ciertas coincidencias. Por ejemplo, si bien en este grupo se hace mención del diagnóstico de enfermedades físicas y mentales, en grupos anteriores se resalta al padecer una enfermedad médica como factor de riesgo (es el único presente en todos los grupos anteriores).

También se observa coincidencia en “Consumo de drogas o alcohol” con el grupo de 6-10 años de experiencia. No se observan coincidencias con los grupos de mayor experiencia ([ver figura 110](#)).

#### ***7.4.9 Sintomatología comórbida con trastornos de ansiedad (código C)***

Por último, de manera similar a lo analizado con los grupos anteriores se estudió y exploró (si era pertinente) la sintomatología ansiosa que algunos entrevistados relevaron. En el grupo en cuestión, los entrevistados mencionaron los siguientes códigos (25 códigos) ([ver Figura 111](#)).

**Figura 110:** Cuadro comparativo de códigos utilizados para la descripción sintomatológica de la paciente, de la imagen prototípica y de los factores de riesgo.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS	3	4	5	9	11	T	IMAGEN PROTOTÍPICA	3	4	5	9	11	T	FACTORES DE RIESGO	3	4	5	9	11	T		
							• G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	0	1	0	2									
														• B- Antecedentes Familiares	0	1	0	1	1	3		
• BB- Alteración en su estilo relacional	0	1	0	0	0	1	• G- Alteraciones en su estilo relacional	0	1	0	0	0	1									
• BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	0	1	0	0	0	1	• G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	0	0	0	1									
• BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	0	1	1	0	1	3																
• BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	0	1	• G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	0	1									
• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	0	0	1	2	• G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	0	1	1	3									
• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	0	0	0	2	• G- Aumento de conductas evitativas	1	1	0	0	0	2									
• BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	0	1	0	0	0	1	• G- Ausentismo laboral	0	1	0	0	0	1	• B- Ausencia de trabajo/ Poca estabilidad laboral/Pproblemas en trabajo	0	1	0	0	0	1		
• BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales	0	1	0	0	0	1								• B- Consumo de drogas o alcohol	0	1	0	0	0	1		
														• B- Contexto del sujeto	0	0	0	1	0	1		
														• B- Diagnóstico de enfermedad física/mental)	0	0	1	0	0	1		
• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	0	1	1	1	4	• G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	1	1	1	3									
• BB- Dificultad para concentrarse	0	0	0	0	1	1	• G- Dificultades en la concentración	0	0	0	0	1	1									
• BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	0	1	0	1	0	2	• G- Dificultades para comprometerse	1	0	0	0	0	1									
• BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	1	1	1	0	0	3																
• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	0	0	1	0	1	• G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	0	0	1	0	1									
• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	0	0	1	1	• G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	0	0	1	1									
• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	1	1	0	0	2								• B- Eventos estresantes de la vida	0	1	1	1	1	4		
														• B- Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.)	0	0	1	1	0	2		
• BB- Ganas de estar en la cama	1	1	0	0	1	3	• G- Ganas de estar en la cama	0	0	0	0	1	1									
• BB- Ideación suicida	1	1	0	0	0	2																
• BB- Irritabilidad	0	1	0	0	0	1																
• BB- Marcas de expresión en rostro	0	1	0	0	0	1																
• BB- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación)	0	0	0	0	1	1	• G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	0	0	1	1									
							• G- Presencia de ideación o intentos de suicidio	0	1	0	0	0	1									
• BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	0	1	1	4	• G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	0	0	0	1	1	2									
• BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	1	5	• G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	0	1	1	1	3									
• BB- Pérdida de interés	0	0	1	0	1	2	• G- Pérdida de interés (anhedonia)	0	0	1	0	0	1									
• BB- Pérdida de motivación	0	0	1	0	1	2																
• BB- Pérdida de productividad	0	1	0	0	0	1																
• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2	• G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2									
														• B- Red de apoyo (ausencia o escasa)	1	0	0	0	0	1		
• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	0	0	0	2																
							• G- Visión negativa del mundo	0	0	0	0	1	1									
• BB- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	0	1	2	• G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	0	0	0	0	1	1									
• BB- Visión negativa del futuro	1	0	0	0	1	2	• G- Visión negativa del futuro	0	0	0	0	1	1									
<b>Totales</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>56</b>	<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>16</b>		

**Figura 111:** Síntomas ansiosos mencionados por los entrevistados observados en la paciente del video estímulo.

	3 PROTOCOLO...	4 PROTOCOLO...	5 PROTOCOLO...	9 PROTOCOLO...	11 PROTOCOLO...	Totales
C- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	●				●	2
C- Aumento de conductas evitativas	●					1
C- Desconfianza				●		1
C- Hipertensión	●			●	●	3
C- Hipotensión	●					1
C- Miedo a conducta específica (navegar...	●					1
C- Miedo a morir	●		●		●	3
C- Palpitaciones		●		●	●	3
C- Pensamiento repetitivos negativos (ru...	●					1
C- Pérdida de energía	●					1
C- Reiteradas consultas médicas		●				1
C- Sudoración		●		●	●	3
Totales	8	3	1	4	5	21

- **No hubo ningún código mencionado por los cinco entrevistados.**
- **Códigos mencionados por cuatro entrevistados: 0**
- **Códigos mencionados por tres entrevistados:** Hipertensión; Miedo a morir; Palpitaciones y Sudoración.
- **Códigos mencionados por dos entrevistados:** Alteraciones en el sueño (Insomnio).

- **Códigos mencionados por uno de los entrevistados:** Aumento de conductas evitativas; Desconfianza; Hipotensión; Miedo a conducta específica (navegar etc.); Pensamiento repetitivos negativos (rumiación); Pérdida de energía; Reiteradas consultas médicas y Sudoración.

Al evaluar las respuestas obtenidas con los grupos anteriores se observa que el grupo actual ha utilizado una cantidad similar de códigos por entrevistado (5 cód. por entrevistado) que la mayoría de los grupos anteriormente analizados (6-11 años: 6,25 y 11-15 años: 5,25). El grupo de mayor experiencia fue el grupo de menor cantidad de códigos por participante registrado (1,33) ([ver imagen 112](#)).

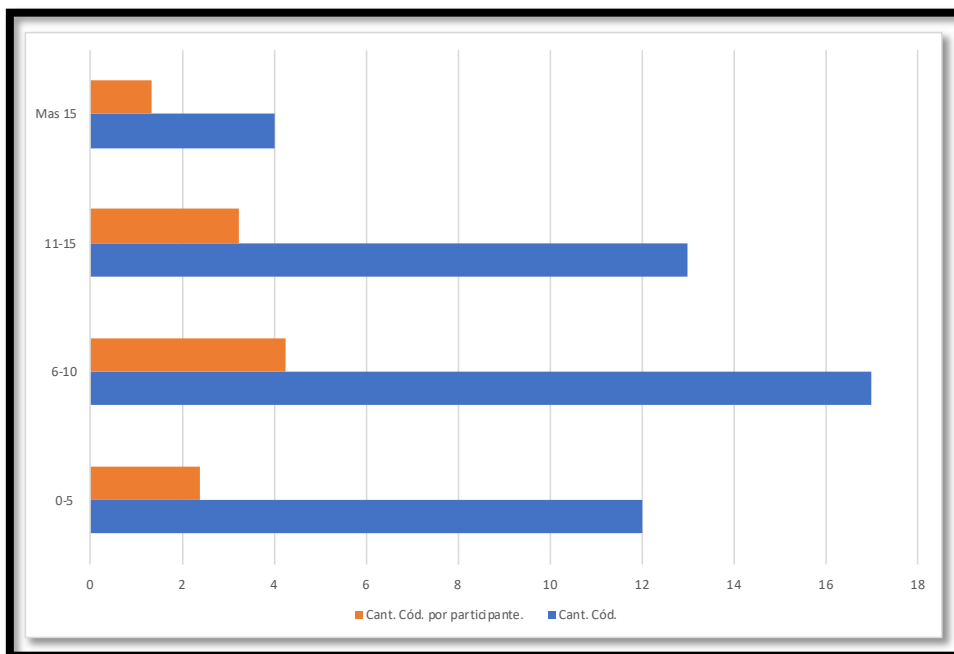
**Figura 112:** Códigos utilizados por los tres grupos analizados para registrar la sintomatología ansiosa.

	Años de experiencia 0-5	Años de experiencia 6-10	Años de experiencia 11-15	Años de experiencia mas 15	Totales
C- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	●		●		2
C- Antecedentes de trastornos anímicos		●			1
C- Aumento de conductas evitativas	●	●	●	●	4
C- Aumento de movimiento en su cuerpo		●	●		2
C- Desconfianza	●				1
C- Desmayos		●			1
C- Discurso acelerado			●		1
C- Hipertensión	●	●	●		3
C- Hipotensión	●		●		2
C- Miedo a conducta específica (navegar, etc.)	●	●	●		3
C- Miedo a morir	●	●	●		3
C- Miedo a que le pase algo y esté sola		●	●		2
C- Miedo a sintomatología física de ansiedad (sensibilidad...)		●	●		2
C- Miedo al miedo		●			1
C- Miedo intenso		●		●	2
C- Miedo vinculado a afecciones médicas		●			1
C- Necesidad de control			●	●	2
C- Palpitaciones	●				1
C- Pensamiento repetitivos negativos (rumiación)	●				1
C- Pérdida de energía	●				1
C- Reiteradas consultas médicas	●	●			2
C- Sensaciones físicas de ansiedad		●			1
C- Sintomatología ansiosa (agrupa a toda la sintmatología)		●			1
C- Sudoración	●	●	●	●	4
C- Taquicardia			●		1
C- Verborragia		●			1
<b>Totales</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>46</b>

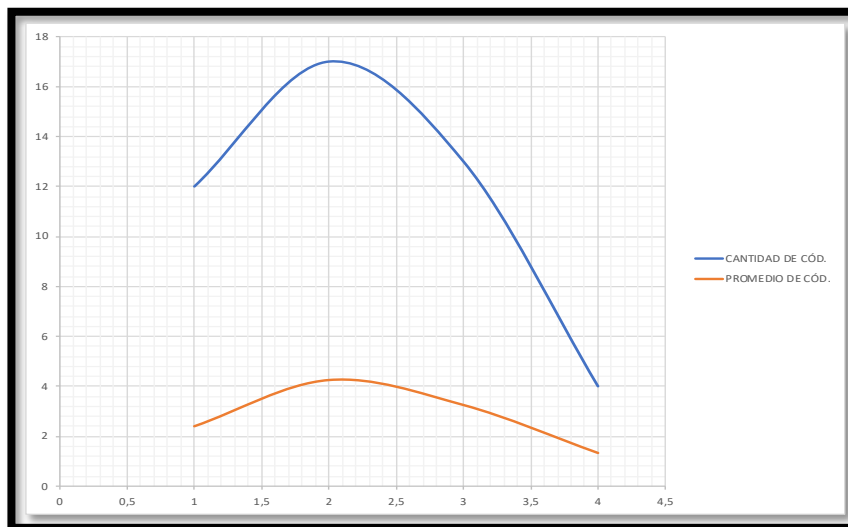
- **Existen códigos que han sido mencionados por los cuatro grupos de entrevistados:** Sudoración y Aumento de conductas evitativas. Vale aclarar que se mantuvieron las elecciones registradas hasta el momento por los grupos anteriores.
- **Existen códigos que han sido mencionados por los tres grupos de entrevistados:** Hipertensión; Miedo a conducta específica (navegar, etc.) y Miedo a morir. Estos códigos no son incluidos en el grupo de mayor experiencia.
- **Existen códigos que han sido mencionados solamente en el grupo de menor experiencia:** Palpitaciones; Pensamiento repetitivos negativos (rumiación); Pérdida de energía; Reiteradas consultas médicas

Al igual que lo sucedido en otros códigos analizados, el grupo de 6-10 años de experiencia fue quien utilizó la mayor cantidad de códigos para referirse a la variable estudiada ([ver figura 113](#) y [114](#)).

**Figura 113:** Cantidad de códigos mencionada por grupo y promedio de códigos por participante.



**Figura 114:** Cantidad de códigos mencionada por grupo y promedio de códigos por participante.



#### 7.4.10 Análisis integrador

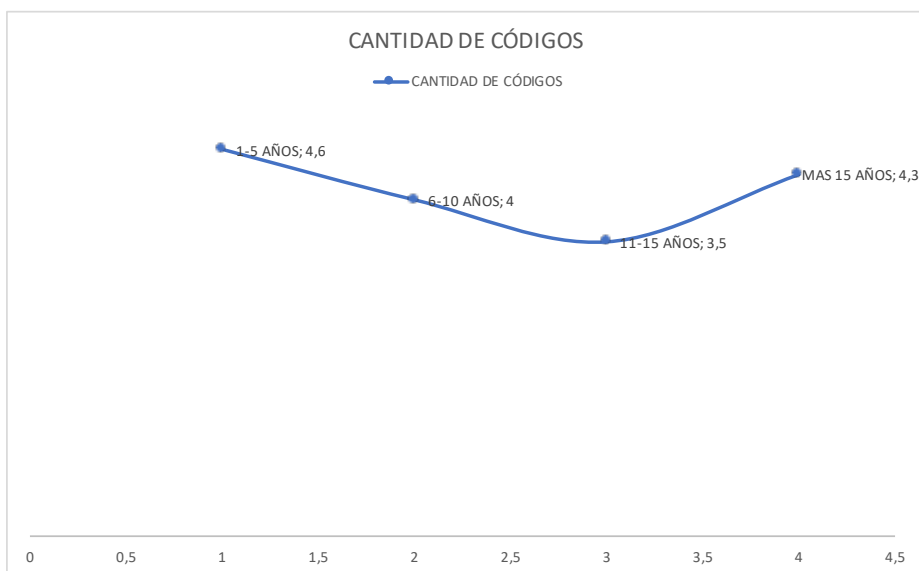
El grupo de terapeutas de 1 a 5 años de experiencia se encuentra conformado por un varón (protocolo 9) y cuatro mujeres (protocolo 3, 4, 5 y 11). A su vez, es posible decir que el protocolo 11 tiene como marco teórico a la terapia psicodinámica y el resto a la terapia cognitiva conductual.

De manera similar a lo sucedido en los grupos anteriores, los participantes del grupo destacan que, en términos generales, para obtener información necesaria para lograr comprender qué le sucede a la paciente, recurren tanto al lenguaje verbal como al no verbal y otros detalles.

Al compararlo con los restantes grupos se puede observar que tanto este grupo como el que mayor experiencia utilizaron casi la misma cantidad de códigos mientras que los grupos de 6-10 y 11-15 años utilizaron una cantidad levemente inferior generando una campana de Gauss

invertida En sí, no se observan grandes diferencias (a destacar) en la cantidad y en la variedad de códigos utilizados por los diversos grupos ([ver imagen 115](#)).

**Figura 115:** Cantidad de códigos promedio por participantes que utilizados por los distintos grupos para describir las fuentes de información.



3. En cuanto a los códigos que han utilizados todos los grupos se destacan:

**Gestualidad; Lenguaje no verbal (corporal) y Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc.).** Los utilizados por tres grupos: **Cómo inicia el relato el paciente; Como responde a las preguntas (como relata lo que le pasa); Evaluaciones Psicológicas/ informes; Si asiste solo o acompañado a consulta y Vestimenta.**

Es decir que, si se evalúa la información se destaca que, tanto **“Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, como inicia el relato y lo que omite.)”** como el

“Lenguaje no verbal” (corporal) y la “Gestualidad” son las fuentes más habituales utilizadas por los terapeutas entrevistados en toda la muestra, sin importar el grado de experiencia.

Si se observamos los resultados más significativos por grupo se destaca como códigos más utilizados ([ver figura 116](#)).

- **1-5 años:** Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc.); Lenguaje no verbal (corporal); Marcas de expresión en rostro y Gestualidad.
- **6-10 años:** Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc.); Lenguaje no verbal (corporal); Gestualidad; Intuición y Evaluaciones Psicológicas/ informes.
- **11-15 años:** Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc.); Lenguaje no verbal (corporal); Sensaciones que le produce (Lo que el paciente me genera) y Tonalidad de voz
- **+ 15 años:** Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, etc.) y Lenguaje no verbal (corporal).

**Figura 116:** Códigos utilizados por todos los grupos para registrar las fuentes de información.

	Años de experiencia 0-5	Años de experiencia 6-10	Años de experiencia 11-15	Años de experiencia mas 15	Totales
FF- Cómo inicia el relato el paciente	1	1		1	3
FF- Como responde a las preguntas (como relata lo que le...	1		1	1	3
FF- Evaluaciones Psicológicas/ informes	1	2		1	4
FF- Gestualidad	2	3	1	1	7
FF- Higiene	1		1		2
FF- Imagen	1		1		2
FF- Intuición		2			2
FF- Lenguaje no verbal (corporal)	3	3	2	2	10
FF- Lo que la paciente omite en su relato		1		1	2
FF- Marcas de expresión en rostro	2				2
FF- Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodi...	4	5	2	2	13
FF- Sensaciones que le produce (Lo que el paciente me ge...			2	1	3
FF- Si asiste solo o acompañado a consulta	1	1		1	3
FF- Si hace contacto visual			1		1
FF- Tonalidad de voz	1		2		3
FF- Tono emocional al explicar lo que le sucede			1	1	2
FF- Vestimenta	1	2		1	4
Totales	19	20	14	13	66

De manera similar a los grupos anteriores, se destacan a la admisión como un proceso que se encuentra conformado, en general, por más de un encuentro en el cual, consideran necesario e indispensable relevar cierta información como: **Sintomatología (actual, su evolución, severidad, complejidad)** (en primer lugar); **Antecedentes familiares y Antecedentes y enfermedades médicas** (segundo lugar) y **Tratamientos previos** (tercer lugar).

Al observar las respuestas obtenidas, la primera diferencia significativa que se observa es la mayor cantidad de códigos mencionados por el protocolo 3 (TCC) del resto de los participantes. Dicho protocolo es el segundo en la cantidad de códigos utilizó en toda la muestra en dicha categoría (en primer lugar, se encuentra el protocolo 7 analizado en el grupo de 6 -10

años de experiencia y en tercer lugar se encuentra el protocolo 12, perteneciente al grupo de mayor experiencia).

Al compararlo con los grupos anteriores, en general, se observa que el grupo de mayor experiencia ha utilizado una mayor cantidad de códigos por participantes (total: 25 cód. en 3 participantes, 8,3 cód. por integrante del grupo), seguido por el grupo de 6-10 años de experiencia (8 cód. por integrante del grupo), el grupo de 1-5 años (5,6 cód. por integrante del grupo) y en última instancia, el grupo de 11-15 años con 3 cód. por integrante del grupo.

**Es decir que, en general y sin tomar en cuenta lo sucedido en el grupo de 11 a 15 años, se pudo observar una tendencia descendente (de acuerdo con la cantidad de códigos utilizados y los años de experiencia de los terapeutas) en la variedad de información que consideran indispensable conocer a lo largo del proceso de admisión.**

En cuanto a los códigos ms utilizados en toda la muestra se destacan: **Antecedentes y enfermedades médica; Motivo de Consulta (¿Por qué ahora realiza consultar?); Sintomatología actual (su evolución, severidad, complejidad); Antecedentes familiares; expectativas y Red de apoyo (características de su familia, amigos, etc.).**

**De este grupo resulta interesante resaltar que, tanto el grupo de más de 15 años de experiencia como el grupo de 11-15 años de experiencia pusieron mayor foco de importancia en el motivo de consulta mientras que el grupo de menor grado de experiencia (1-5 años) focalizo con mayor intensidad en conocer la sintomatología y en los antecedentes y enfermedades médicas**

- Al continuar analizando la respuesta a la pregunta inicia (“¿*Qué pensás qué le pasa a la paciente...*”?) se observa también la continuidad de lo observado en los dos grupos

anteriores donde, el foco de interés estuvo dirigido hacia la exploración de la sintomatología del padecer de la paciente, registrando posibles cuadros psicopatológicos.

Solamente el protocolo con marco psicodinámico (protocolo 11) respondió a la pregunta con cierto (leve) similitud a como lo hacen los terapeutas con mayor experiencia, registrando (de manera insipiente) estilos defensivos de la paciente (aunque luego, registrando (de manera insipiente) estilos defensivos de la paciente (aunque luego, también se concentra en la descripción sintomatológica.

Si observamos lo sucedido en todos los grupos, en el grupo de 6-10 años fue donde se comenzó a observar de manera más significativa la diferencia con el grupo de mayor experiencia. Como se ha mencionado antes, solamente un protocolo (7) fue el que responde a dicha pregunta de manera similar a los terapeutas de mayor experiencia. Dicho protocolo tenía como marco base a la teoría psicodinámica. En el grupo de 11-15 años de experiencia, aquellos que presentaron un marco teórico psicodinámico (protocolo 15 y 16) lo hicieron de similar manera a los integrantes de más experiencia. Describieron a la paciente desde una visión holística, destacando aspectos de su estilo de afrontamiento, generaron posibles hipótesis diagnósticas, mencionaron como se sintieron y que pensaron en relación con la paciente durante la entrevista (contratransferencia), etc. Por su parte, los entrevistados cuyo marco teórico es la TCC, respondieron la pregunta inicial centrándose en la recolección sintomatológica, pensando posibles intervenciones o tipos de tratamiento. Incluso, una integrante de este grupo mencionó el tener al DSM y/o CIE en la cabeza a la hora de realizar una primera entrevista. Y por último, el grupo de más experiencia, si bien a lo largo de la entrevista dieron muestras de haber tomado nota de la sintomatología relacionada con un cuadro depresivo, los entrevistados no focalizaron su descripción inicial en listar signos y síntomas de cuadros nosológicos, sino que remarcaron

información general sobre la paciente como, por ejemplo: el contenido de su relato, su estilo de comunicación y de afrontamiento, lo que les generó la paciente (contratransferencia), etc.

**Es decir que, quitando a los entrevistados de más experiencia que mostraron una forma de conceptualizar a la paciente, sus características y sufrimiento de una manera similar, del resto de los integrantes de la muestra, solamente los entrevistados cuyo marco teórico es el psicodinámico mostraron un estilo similar a estos. Aunque vale aclarar que a medida que se descende en los años de experiencia, este estilo tiende a ser menos marcado y tiende a mostrarse similar al de los terapeutas TCC, quienes muestran una forma de conceptualización más dirigida a los signos, síntomas y cuadros nosológicos. También, manifestaron (a medida que descende los años de experiencia) mayor interés y preocupación en las intervenciones a realizar de confirmarse “X” diagnóstico categorial. Pareciera que el DSM y el CIE tienen mayor llegada e influencia en este grupo de terapeutas.**

**Dejando de lado el marco teórico y centrándonos solamente en los años de experiencia, en el grupo de mayor experiencia, la totalidad de los entrevistados comenzaron la entrevista describiendo una visión holística y general de la paciente. En el grupo de 11-15 años, se observó un equilibrio del 50% para cada una de las opciones. Es decir, que la mitad del grupo y al mismo tiempo la mitad de los integrantes de cada marco teórico realizó una descripción general y la otra mitad, enfocándose en la sintomatología. En el grupo de 6-10 años, el 75% de los integrantes realizaron una descripción focalizando en lo sintomático y, por último, en el grupo de 1-5 años de experiencia, si bien el 100% hizo foco en la descripción sintomática, solamente el entrevistado PS mostró un incipiente intento**

por comenzar a describir cuestiones más generales, como mecanismos de defensa de la paciente.

Es decir que, el análisis de acuerdo con el grado de experiencia muestra la existencia de una tendencia descendente (desde el grupo de mayor experiencia al de menos experiencia) en la manera de observar a la paciente desde un enfoque holístico el padecer de la paciente, incrementándose la focalización en los signos y síntomas.

Al intentar explicar esta marcada tendencia se podría pensar en una marcada diferencia en la formación y en el entrenamiento de cómo conceptualizar a un paciente en una primera entrevista. También se podría pensar en la influencia que juega las emociones (especialmente la ansiedad) en los terapeutas al buscar identificar y definir rápidamente que le pasa a la paciente psicopatológicamente hablando. Siguiendo con lo enunciado, también se podría pensar que, los terapeutas con marco teórico psicodinámico reciben un mayor entrenamiento en el auto registro y manejo de sus emociones (contratransferencia) durante una entrevista.

- A partir de los resultados obtenidos y en sintonía con lo analizado en los grupos anteriores, se estudió en profundidad (más allá de las menciones espontáneas que pudieron realizar los entrevistados al iniciar la entrevista) el relevamiento sobre cómo se sintieron (contratransferencia) con la paciente durante la entrevista. De manera similar a lo sucedido en el grupo anteriormente analizado, se vuelve a observar la misma discrepancia con los dos de mayor experiencia de la muestra. La mayoría de los protocolos pertenecientes a este grupo no han realizado mención sobre el tema. Solamente dos protocolos (40% del grupo) hacen mención del tema.

Al observar lo sucedido en todos los grupos, se puede observar que **“Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente)”** es el código más utilizado seguido por **“Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)”**. Se pudo observar que, a medida que iba descendiendo los años de experiencia se utilizó una menor cantidad de códigos para mencionar lo sentido durante la entrevista. En el grupo de más de 15 años de experiencia se utilizaron 9 códigos (promedio de 3 cód., por entrevistado), en el grupo de 11 a 15 años, 12 códigos (promedio de 3 cód., por entrevistado), en el grupo de 6 a 10 años, 4 códigos (promedio de 1 cód., por entrevistado) y en el grupo de 1 a 5 años, 2 códigos (promedio de 0,4 cód., por entrevistado).

A partir de los datos obtenidos, se observa que a medida que los terapeutas van adquiriendo experiencia clínica, estos van dándole mayor lugar a distintos aspectos y fuentes de información.

En consonancia con lo evaluado en el punto anterior, los terapeutas cuyo marco es la teoría psicodinámica, prestan un mayor grado de interés por este tipo de información que aquellos terapeutas cuyo marco teórico es el TCC. En general estos mostraron mayor desarrollo en dicha cuestión en comparación con los terapeutas TCC. Solamente el grupo de 11 a 15 años de experiencia a mostrado un mayor grado de desarrollo por parte de los terapeutas TCC.

- En relación con lo que le genera los pacientes deprimidos, esta pregunta no fue realizada a este grupo de terapeutas. Se generó a partir de la información relevada en los entrevistados del grupo siguiente (6 a 10 años), por lo que no se cuenta con la información para comparar con el resto de los grupos.
- Al explorar las ideas preconcebidas sobre personas que cursan un cuadro depresivo, en general se pudo observar respuestas similares a las obtenidas en el grupo anterior

(6-10 años). No manifestaron la existencia de distintos tipos de presentaciones clínicas (según gravedad, complejidad y tipos de síntomas) ni tampoco surgió la posibilidad de que se presente con características opuestas, a excepción de lo observado en el protocolo 9 (TCC), en el cual el entrevistado da cierta idea de la existencia de otra presentación que se diferencia de la habitual.

Ante la pregunta, los entrevistados comienzan a realizar la descripción directamente (*“¿Cómo es la imagen que tenés vos en cuanto a pensamientos, actitudes, conductas, presentación, como decís vos física, de un paciente deprimido?”*). Este grupo utilizó una cantidad significativa menor en la variedad y en la cantidad de códigos y de coincidencias que los grupos anteriores. En cuanto a la variedad de códigos: 1-5 años: 22 cód.: integrantes = 4,4 cód. por integrante; 6-10 años: 26 cód., 4 integrantes = 6,5 cód. por integrante; 11-15 años: 22 cód., 4 integrantes = 5,5 cód. por integrante y +15 años: 21 cód., 3 integrantes = 7 cód. por integrante. En cuanto a la cantidad de códigos: 1-5 años: 32 cód. (5 integrantes = 6,4 cód. por integrante); 6-10 años: 44 cód. (4 integrantes = 11 cód. por integrante); 1-15 años: 42 cód. (4 integrantes = 10,5 cód. por integrante) y 15 años: 29 cód. (4 integrantes = 9,66 cód. por integrante).

Al analizar los resultados obtenidos en toda la muestra, se pudo observar un grado alto de similitud entre todos los grupos de menor experiencia que utiliza una cantidad significativamente menor en la cantidad de códigos como en la variedad.

En cuanto a la variedad, fueron los terapeutas con mayores años de experiencia quienes se destacaron, siendo seguidos por los terapeutas de 6-10 años de experiencia, luego 11-15 años y quedando en última instancia los terapeutas con menor grado de experiencia.

En cuanto a la cantidad de códigos utilizados, se puede observar que los grupos intermedios de la muestra, es decir los grupos de 6-10 y 11 a 15 años quienes utilizaron una

mayor cantidad de códigos. Siendo el grupo de 6-10 años quienes utilizaron una mayor cantidad de códigos y el grupo de menor experiencia quien menos utilizó.

Mas allá de estas aclaraciones, **la imagen prototípica que describieron los terapeutas de este grupo destaca cómo síntomas más significativos del cuadro depresivo: Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Pérdida de energía/ Voluntad (abulia).**

Al evaluar los códigos con mayor cantidad de coincidencias entre toda la muestra, el código más utilizado por toda la muestra fue: **“Pérdida de ganas (anhedonia)”**. Resulta interesante resaltar que quienes eligieron en menor medida este código fueron los grupos 1-5 años de experiencia (lo eligió el 60% del grupo) y el grupo de 6-10 años (75% del grupo). La **pérdida** (de ganas y de interés en primera medida, luego de voluntad y de disfrute) pareciera ser el síntoma más característico (sobre todo en los grupos de mayor experiencia) y con que más se asocia a los cuadros depresivos ([ver imagen 117](#)).

El segundo código más elegido por toda la muestra es **Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)**. Aquí se puede resaltar que fue mayormente elegido por los grupos de 6-10 (100%), 11-15(75%) y 1-5 (60%) años de experiencia mientras que el grupo de mayor experiencia lo ha elegido en menor medida (33,3%).

Resulta interesante observar que los síntomas prototípicos seleccionados por los grupos de mayor experiencia de la muestra son casi similares. Solamente, el código seleccionado en el último lugar de la jerarquía es diferente.

**Figura 117:** Códigos más elegidos para describir a una persona deprimida según cada grupo.

	0-5	6-10	11-15	MAS 15
1	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)
2	Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de ganas (anhedonia)
3	Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de interés (anhedonia)	Pérdida de interés (anhedonia)
4			Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	Ansioso (aumento del miedo, nervios)

Luego le siguen: **Pérdida de interés (anhedonia)** con 9 elecciones y **Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono) y Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)** con 8 elecciones.

Del entrecruzamiento de información obtenida entre los códigos más elegidos en toda la muestra y los códigos elegidos en cada grupo es posible destacar:

4. El código más utilizado por toda la muestra coincide con el código más utilizado por el grupo de mayor experiencia.
5. El segundo de los códigos más utilizado por toda la muestra coincide con el más elegido por el grupo de 6-10 años y el segundo elegido por el grupo de 1-5 años.
6. El tercer código, Pérdida de interés, se encuentra entre los más elegidos por los dos grupos de mayor experiencia.

7. En los dos grupos de mayor experiencia, el grupo de códigos más elegidos se encuentran caracterizados por **las Pérdidas** mientras que su influencia en los grupos de menor experiencia no es tan determinante.

- Una vez obtenida la información sobre la imagen prototípica, se exploró la descripción sintomatológica que los entrevistados relevaron durante la entrevista. Al igual que con los grupos anteriores, en el análisis de datos se destacó, del grupo de síntomas general, aquellos que fueron mencionados inicialmente (muchas veces espontáneo).

En total, los participantes utilizaron 56 códigos dando un promedio de 11,2 códigos por persona. Estos 56 códigos mencionados se distribuyeron en una variedad de 29 códigos.

Los cuatro protocolos TCC utilizaron un promedio de 10,5 códigos por persona, mientras que el protocolo con marco teórico psicodinámico utilizó 14. A diferencia de lo sucedido en el grupo anterior, en esa oportunidad el terapeuta psicodinámico utilizó una mayor cantidad de códigos, aunque, vale mencionar que dicha diferencia no es significativa.

utilizados, en comparación con el grupo de 6-10 años (21 códigos por persona) mientras que, con los restantes grupos de mayor experiencia, muestra una mayor paridad (11-15 años: 28 cód.; 7 cód. por persona y más de 15 años 17 cód. por protocolo) ([ver imagen 118](#)). También, se ha observado una significativa disminución en la cantidad de códigos

**Figura 118:** Códigos utilizados por toda la muestra para registrar la sintomatología de la paciente. Del lado izquierdo se observa los códigos sin binarizar mientras que del lado derecho se encuentran binarizados.

	0-5	6-10	11-15	+ 15	Totales		0-5	6-10	11-15	+ 15	Totales
• BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	5	4	6	3	18	• BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	4
• BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	3	5	4	4	16	• BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	1	1	1	1	4
• BB- Ganas de estar en la cama	3	4	5	3	15	• BB- Ganas de estar en la cama	1	1	1	1	4
• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	4	4	4	2	14	• BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	1	1	1	4
• BB- Pérdida de energía/voluntad	4	3	4	3	14	• BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	1	1	4
• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	2	5	3	3	13	• BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	1	1	1	1	4
• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	2	4	4	1	11	• BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	1	1	4
• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	2	4	2	2	10	• BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	1	1	1	1	4
• BB- Pérdida de interés	2	3	3	2	10	• BB- Pérdida de interés	1	1	1	1	4
• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	2	2	2	3	9	• BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	1	1	1	1	4
• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	2	3	2	2	9	• BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	1	1	4
• BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	3	3	2	1	9	• BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	1	1	1	1	4
• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	5	2	1	9	• BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	1	1	1	1	4
• BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	1	4	3	1	9	• BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	1	1	1	1	4
• BB- Pérdida de motivación	2	3	3	1	9	• BB- Pérdida de motivación	1	1	1	1	4
• BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	2	3	3	8	• BB- Ansiedad (y sus síntomas)	0	1	1	1	3
• BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	2	3	1	0	6	• BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	1	1	1	0	3
• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	1	3	1	6	• BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	1	1	1	1	4
• BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	2	3	0	1	6	• BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	1	0	1	3
• BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	1	1	3	0	5	• BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	1	1	1	0	3
• BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	2	3	5	• BB- Pérdida de objetivos y proyectos futuros	0	0	1	1	2
• BB- Pérdida de productividad	1	4	0	0	5	• BB- Pérdida de productividad	1	1	0	0	2
• BB- Dificultad para concentrarse	1	2	1	0	4	• BB- Dificultad para concentrarse	1	1	1	0	3
• BB- Ideación suicida	2	1	1	0	4	• BB- Ideación suicida	1	1	1	0	3
• BB- Irritabilidad	1	1	1	1	4	• BB- Irritabilidad	1	1	1	1	4
• BB- Visión negativa del futuro	2	1	0	1	4	• BB- Visión negativa del futuro	1	1	0	1	3
• BB- Afectividad negativa	0	2	1	0	3	• BB- Afectividad negativa	0	1	1	0	2
• BB- Alteración en su estilo relacional	1	2	0	0	3	• BB- Alteración en su estilo relacional	1	1	0	0	2
• BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	1	1	1	0	3	• BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	1	1	1	0	3
• BB- Poca expresividad/gestualidad	0	2	1	0	3	• BB- Poca expresividad/gestualidad	0	1	1	0	2
• BB- Aumento de cansancio	0	0	1	1	2	• BB- Aumento de cansancio	0	0	1	1	2
• BB- Aumento de la inhibición	0	0	2	0	2	• BB- Aumento de la inhibición	0	0	1	0	1
• BB- Aumento de queja	0	1	0	1	2	• BB- Aumento de queja	0	1	0	1	2
• BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	1	1	0	0	2	• BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	1	1	0	0	2
• BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales	1	0	0	1	2	• BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales	1	0	0	1	2

• BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.)	0	0	0	2	2	• BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.)	0	0	0	1	1
• BB- Hace menos contacto visual	0	0	2	0	2	• BB- Hace menos contacto visual	0	0	1	0	1
• BB- Llanto recurrente	0	1	0	1	2	• BB- Llanto recurrente	0	1	0	1	2
• BB- Pérdida de sentido	0	0	2	0	2	• BB- Pérdida de sentido	0	0	1	0	1
• BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	0	2	0	2	• BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	0	1	0	1
• BB- Sesgos atencionales a información negativa	0	2	0	0	2	• BB- Sesgos atencionales a información negativa	0	1	0	0	1
• BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	1	0	2	• BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	1	0	2
• BB- Alteraciones en la sexualidad	0	1	0	0	1	• BB- Alteraciones en la sexualidad	0	1	0	0	1
• BB- Autolesiones	0	1	0	0	1	• BB- Autolesiones	0	1	0	0	1
• BB- Baja autoestima	0	0	1	0	1	• BB- Baja autoestima	0	0	1	0	1
• BB- Consumo de alcohol y sustancias	0	0	0	1	1	• BB- Consumo de alcohol y sustancias	0	0	0	1	1
• BB- Cronicidad	0	1	0	0	1	• BB- Cronicidad	0	1	0	0	1
• BB- Descuido de su casa	0	1	0	0	1	• BB- Descuido de su casa	0	1	0	0	1
• BB- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar	0	1	0	0	1	• BB- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar	0	1	0	0	1
• BB- Enlentecimiento del pensamiento	0	1	0	0	1	• BB- Enlentecimiento del pensamiento	0	1	0	0	1
• BB- Ganas de lastimarse/Lastimarse	0	0	1	0	1	• BB- Ganas de lastimarse/Lastimarse	0	0	1	0	1
• BB- Hombros caídos	0	0	1	0	1	• BB- Hombros caídos	0	0	1	0	1
• BB- Marcas de expresión en rostro	1	0	0	0	1	• BB- Marcas de expresión en rostro	1	0	0	0	1
• BB- Mas activo de lo habitual	0	0	0	1	1	• BB- Mas activo de lo habitual	0	0	0	1	1
• BB- Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico)	0	0	0	1	1	• BB- Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolor físico)	0	0	0	1	1

Dentro de los síntomas más significativos (que más han sido seleccionados) para este grupo se encuentra: en primera instancia la **Pérdida de ganas (anhedonia)** como el síntoma más significativo, seguido por (en segundo lugar) **Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)** y **Pérdida energía/voluntad y Alteraciones en el sueño (Insomnio); Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere) y Ganas de estar en la cama.**

Al evaluar lo sucedido en los otros grupos se puede observar que:

1- La mayoría de los códigos que fueron elegidos una mayor cantidad de veces en los distintos grupos coinciden (en general) con los códigos que han sido

seleccionados por todos los grupos. Como se puede observar en el gráfico, los primeros 16 síntomas con mayor cantidad de selección, fueron elegidos por todos los grupos al menos 1 vez. Por lo que se podría pensar que estos síntomas conformarían los de mayor peso para los participantes de este grupo.

2- También existen códigos que han sido mencionados por todos los grupos pero que al observar la cantidad de veces mencionados por los entrevistados se encuentran no presentan tanta relevancia como, por ejemplo: Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento) e irritabilidad.

3- Los síntomas más elegidos por todos los grupos y que fueron, al mismo tiempo, seleccionados por todos los grupos son:

	-5	-10	1- 15	15	T Totales
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)					1 8
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)		5			1 6
● BB- Ganas de estar en la cama					1 5
● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)					1 4
● BB- Pérdida de energía/voluntad					1 4
● BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)					1 3
● BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)					1 1
● BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)					1 0
● BB- Pérdida de interés					1 0

● BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)					9
● BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)					9
● BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)					9
● BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)					9
● BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)					9
● BB- Pérdida de motivación					9

Al comparar los resultados con los códigos obtenidos en primer lugar al describir la imagen prototípica, son nombrados en ambos grupos tanto “**Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)**” como “**Pérdida de energía/voluntad (abulia)**”.

**Permitiendo pensar que, en este grupo, dicha imagen prototípica genera una influencia significativa a la hora de relevar información en una primera entrevista (al menos).**

El grupo utilizó 22 códigos para registrar la imagen prototípica, de los cuales 19 fueron utilizados también para describir a pacientes deprimidos. Esto significa que el 86,36% de los códigos prototípicos forman parte de los códigos de sintomatología depresiva dejando evidencia la alta tasa de influencia que presentan estos a la hora de registrar síntomas depresivos. Dicha tendencia se constató en los otros grupos restantes. Resulta posible generar dos grupos: por un lado, el de 1-5 años y al de 6-10 años ya que obtuvieron puntuación casi similar (86,36 % y 84,61% respectivamente) y, por otro lado, a los grupos de 11-15 años y al de más de 15 años de experiencia (95,45% y 90% respectivamente).

Por su parte, el grupo utilizó 29 códigos para la sintomatología depresiva, siendo 65,52% el compartido con los síntomas prototípico ([ver figura 119](#)). También resulta posible registrar que, la cantidad de síntomas prototípicos se mantuvo dentro de parámetros similares a lo largo de la muestra, mostrando muy baja oscilación en las cantidades. Al evaluar las cantidades con la densidad del grupo se puede observar que, el grupo de mayor experiencia es el que utiliza una mayor cantidad por participantes, seguido por el grupo de 6-10 años, el de 11-15 y en última instancia, el de menor experiencia.



**Figura 119:** Cuadro comparativo entre sintomatología prototípica y síntomas depresivos registrado por terapeutas de 1-5 años de experiencia

Descripción general de la paciente (BB)	3	4	5	9	11	T	Ideas Prototípicas (G)	3	4	5	9	11	T
<del>BB- Alteración en su estilo relacional</del>							● G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	0	1	0	2
● BB- Alteración en su estilo relacional	0	1	0	0	0	1	● G- Alteraciones en su estilo relacional	0	1	0	0	0	1
● BB- Alteraciones en el sueño (Hipersomnia)	0	1	0	0	0	1	● G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	0	0	0	1
● BB- Alteraciones en el sueño (Insomnio)	0	1	1	0	1	3							
● BB- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	0	1	● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	0	1
● BB- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	0	0	1	2	● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	0	1	0	1	1	3
● BB- Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional)	1	1	0	0	0	2	● G- Aumento de conductas evitativas	1	1	0	0	0	2
● BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocas ganas de ir al T.	0	1	0	0	0	1	● G- Ausentismo laboral	0	1	0	0	0	1
● BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales	0	1	0	0	0	1	<del>BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales</del>						
● BB- Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	1	0	1	1	1	4	● G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	1	1	1	3
● BB- Dificultad para concentrarse	0	0	0	0	1	1	<del>BB- Dificultad para concentrarse</del>						
● BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas	0	1	0	1	0	2	<del>BB- Dificultad para realizar las actividades cotidianas</del>						
<del>BB- Dificultades para comprometerse</del>							● G- Dificultades para comprometerse	1	0	0	0	0	1
<del>BB- Dificultades en la concentración</del>							● G- Dificultades en la concentración	0	0	0	0	1	1
● BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	1	1	1	0	0	3	<del>BB- Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)</del>						
● BB- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	0	0	1	0	1	● G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	0	0	1	0	1
● BB- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	0	0	1	1	● G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	0	0	1	1
● BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)	0	1	1	0	0	2	<del>BB- Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.)</del>						
● BB- Ganas de estar en la cama	1	1	0	0	1	3	● G- Ganas de estar en la cama	0	0	0	0	1	1
<del>BB- Irritabilidad</del>							<del>BB- Irritabilidad</del>						
<del>BB- Marcas de expresión en rostro</del>							<del>BB- Marcas de expresión en rostro</del>						
● BB- Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	0	0	0	0	1	1	● G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	0	0	1	1
● BB- Pérdida de energía/voluntad	1	1	0	1	1	4	● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	0	0	0	1	1	2
● BB- Pérdida de ganas (anhedonia)	1	1	1	1	1	5	● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	0	1	1	1	3
● BB- Pérdida de interés	0	0	1	0	1	2	● G- Pérdida de interés (anhedonia)	0	0	1	0	0	1
● BB- Pérdida de motivación	0	0	1	0	1	2	<del>BB- Pérdida de motivación</del>						
● BB- Pérdida de productividad	0	1	0	0	0	1	<del>BB- Pérdida de productividad</del>						
● BB- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2	● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2
● BB- Ideación suicida	1	1	0	0	0	2	● G- Presencia de ideación o intentos de suicidio	0	1	0	0	0	1
● BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)	1	1	0	0	0	2	<del>BB- Recurrencia (episodios depresivos previos)</del>						
<del>BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)</del>							● G- Visión negativa del mundo	0	0	0	0	1	1
● BB- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	1	0	0	0	1	2	● G- Visión negativa de si mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	0	0	0	0	1	1
● BB- Visión negativa del futuro	1	0	0	0	1	2	● G- Visión negativa del futuro	0	0	0	0	1	1
TOTAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS: 29							TOTAL DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS: 22						
TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 19							TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 19						
% DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 65.52%							% DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS: 86.36						

Al relacionar los síntomas depresivos y los prototípicos, y tomando en cuenta la cantidad de códigos utilizados por participante de cada grupo, se puede decir que [\(ver figura 120\)](#):

- El grupo actualmente descrito (1-5) fue el que mostró un mayor grado de influencia de la imagen prototípica a la hora de describir la sintomatología de la paciente, siendo esta del 75,86%. Aunque es muy importante remarcar que dicho grupo fue el que ha registrado una menor cantidad de códigos por participantes, siendo esta diferencia de un tamaño significativo. En resumen, se podría decir que, si bien manifestaron tener la influencia más alta de la imagen prototípica en la búsqueda y registro de la sintomatología de la paciente, estos presentaron una lista de códigos, en ambas categorías, pobre al compararlo con los restantes grupos.

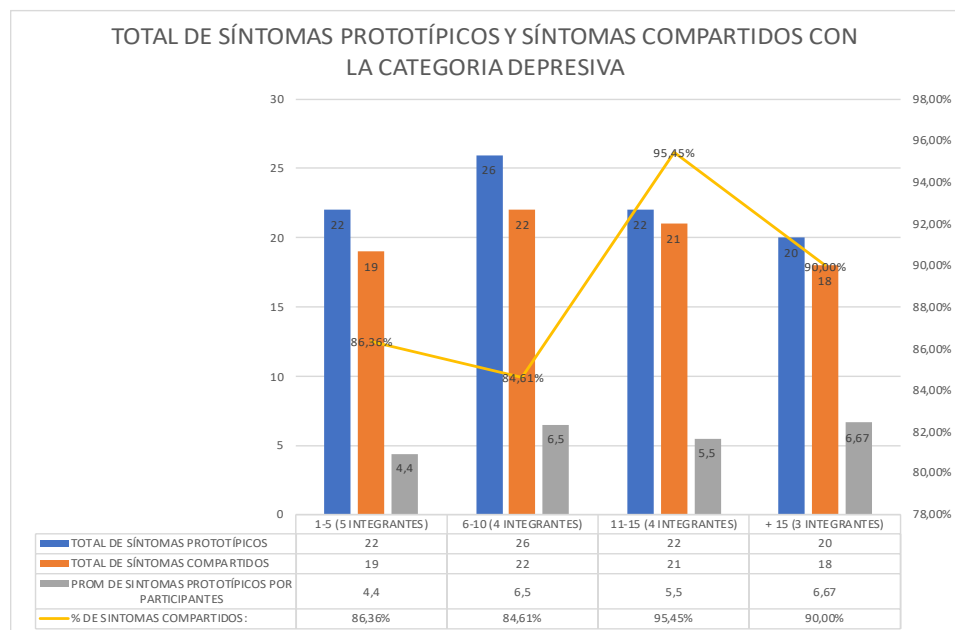
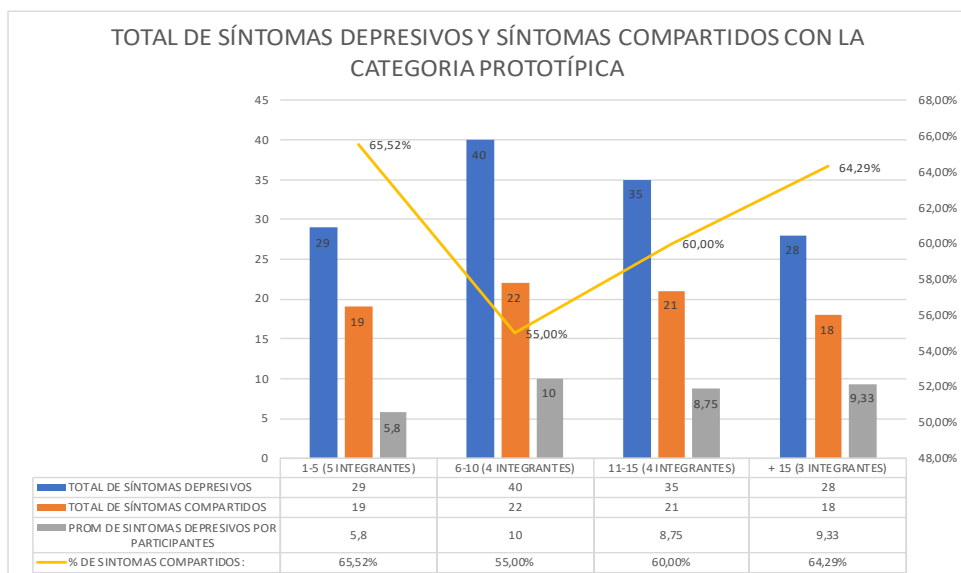
Por su parte, los restantes tres grupos han mostrado cierta paridad en la cantidad de códigos por participantes registrados en ambas categorías, observándose un incremento significativo en la cantidad de códigos/síntomas registrados para ambas categorías. También se pudo observar que la influencia de la imagen prototípica en la descripción sintomática de la paciente fue creciendo a medida que aumentaba la cantidad de años de experiencia tanto al evaluar el grupo completo (1-6 años: 55%; 10-11 años: 60% y +15 años: 64,29%) como al verificar la influencia tomando la cantidad de códigos utilizados por participantes (1-6 años: 65%; 10-11 años: 62,86% y +15 años: 71,45%).

**En resumen, se podría pensar que a medida que se incrementa los años de experiencia la influencia de la imagen prototípica se equipara en ambos extremos de la**

**muestra, pero, que las categorías sintomática y prototípica se va desarrollando e incrementando (en la cantidad de códigos utilizados) a medida que la experiencia avanza.**

**Figura 120:** Comparación de los resultados obtenidos en la selección de códigos para los síntomas depresivos y prototípicos en los distintos grupos.

GRUPO	1-5 (5 INTEGRANTES)	6-10 (4 INTEGRANTES)	11-15 (4 INTEGRANTES)	+ 15 (3 INTEGRANTES)
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS</b>	29	40	35	28
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS</b>	19	22	21	18
<b>PROM DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR PARTICIPANTES</b>	5,8	10	8,75	9,33
<b>% DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS:</b>	65,52%	55,00%	60,00%	64,29%
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS</b>	22	26	22	20
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS</b>	19	22	21	18
<b>PROM DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS POR PARTICIPANTES</b>	4,4	6,5	5,5	6,67
<b>% DE SÍNTOMAS COMPARTIDOS:</b>	86,36%	84,61%	95,45%	90,00%



Si evaluamos la intercepción de la categoría “**imagen Prototípica**” y la de la “**sintomatología depresiva**” podemos observar que el grupo de 1-5 años de experiencia, en general, aquellos códigos prototípicos que más han sido mencionados por los participantes se encuentran en el grupo de síntomas depresivos (anteriormente mencionado) más seleccionados. Entre los que se destacan: **Pérdida de ganas (anhedonia), Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)**.

Si evaluamos la misma intercepción en los demás grupos se observa que:

- **6-10 años:** De manera similar a lo observado en el análisis del grupo anterior aquellos códigos prototípicos que más han sido mencionados por los participantes se encuentran en el grupo de síntomas depresivos (anteriormente mencionado) más seleccionados. Entre los que se destacan: **Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Pérdida de ganas (anhedonia)**.
- **11-15 años:** Similar a lo observado en los grupos anteriores. Se destacan: **Pérdida de ganas (anhedonia), Pérdida de energía/voluntad, Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene) y Pérdida de interés**.
- **Más de 15 años:** Similar a lo observado en los grupos anteriores. Se destacan: **Pérdida de ganas (anhedonia), Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Pérdida de energía/voluntad, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Pérdida de interés, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.) y Pérdida de objetivos y proyectos futuros**.

Vale resaltar que el código **Irritabilidad**, si bien fue elegido por todos los grupos a la hora de registrar sintomatología depresiva, no se observó presente en la imagen prototípica de ningún grupo.

**Dados los resultados obtenidos, resulta posible hipotetizar que la imagen (sintomatología) registrada en la memoria de los psicólogos tiene gran influencia a la hora de registrar la sintomatología de un paciente en un primer encuentro (ver [figura 121](#)).**

8. Ahora si nos concentramos en los primeros síntomas depresivos mencionados (código A), el grupo actual ha registrado un total de 14 códigos entre los que se destacan (aunque solamente con la coincidencia de dos entrevistados): **Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia) y Eventos estresantes de la vida** (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.). Este último código es el único que ha sido mencionado en ambos grupos de categorías por la misma cantidad de entrevistados. **A diferencia de lo sucedido cuando se analizó la sintomatología depresiva general, al ingresar el factor tiempo al análisis se observó una baja muy significativa en la cantidad de códigos utilizados, tanto intragrupo (es decir observado lo sucedido con y sin factor tiempo) como al compararlo con lo sucedido en los otros grupos.** Tanto en el grupo de 1-5 años y 6-10 años existe una baja coincidencia de códigos utilizados en ambos grupos por la misma cantidad de entrevistados. Por su parte, en el grupo de 11-15 años se observó estabilidad en las selecciones realizadas por la mayoría de los participantes, Por ejemplo, **Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnia) y Pérdida de ganas (anhedonia)** fueron mencionados por todos los integrantes en ambas oportunidades y solamente, **“Ganas de estar en la cama”** no es mencionado dentro de los primeros síntomas por los cuatro entrevistados sino por tres.



	1	1	0	0	2	1	1	0	0	2	G- Ausentismo laboral					0	1	0	0	1
• BB- Ausentismo laboral/problemas en el trabajo/ Pocos ganas de ir a l.t...	1	1	0	0	2	1	1	0	0	2										
• BB- Con antecedentes familiares de trastornos emocionales	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2										
• BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.)	0	0	0	2	2	0	0	0	1	1										
• BB- Hace menos contacto visual	0	0	2	0	2	0	1	0	1	2										
• BB- Llanto recurrente	0	1	0	1	2	0	1	0	1	2										
• BB- Pérdida de sentido	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1										
• BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1										
• BB- Seguros atencionales a información negativa	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1										
• BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2										
• BB- Alteraciones en la sexualidad	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Autolesiones	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Baja autoestima	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Consumo de alcohol y sustancias	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1										
• BB- Cronicidad	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Descuido de su casa	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Disminución o entumecimiento de la capacidad para pensar	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Entumecimiento del pensamiento	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Ganas de lastimarse/Lastimarse	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Hombros caídos	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Marcas de expresión en rostro	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1										
• BB- Mas activo de lo habitual	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1										
• BB- Mas activo de lo habitual (tipo)	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1										
• BB- "Burrucosa jejeceje" (cautivos)	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1										
• BB- "Burrucosa jejeceje" (cautivos)	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1										

• BB- Hace menos contacto visual	1	1	0	0	2					
• BB- Pérdida de sentido	0	0	1	0	1					
• BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	0	1	0	1					
• BB- Sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada	0	1	0	1	2					
• BB- Tono de voz bajo, neutro, etc.	0	1	0	0	1					
• BB- Baja autoestima	0	1	0	0	1					
• BB- Hombros caídos	1	0	0	1	1					

• BB- Enfermedades médicas (gripe, hipertensión, migrañas, etc.)	1	0	0	1					
• BB- Consumo de alcohol y sustancias	1	0	0	1					
• BB- Síntomas físicos (cardíacos, respiratorios, hipertensión, dolorisco)	1	0	0	1					

En el grupo de más de 15 años de experiencia, también se observaron coincidencias en síntomas mencionados en ambos grupos por todos los terapeutas. En especial

#### **Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.).**

**Por lo que resulta posible interpretar que, a medida que desciende la experiencia de los terapeutas, la estabilidad de los síntomas utilizados para describir espontáneamente a un paciente y la imagen recordada en su memoria se reduce. Esto permitiría pensar que, en situaciones de incertidumbre y de baja disponibilidad de tiempo, aquellos terapeutas con menor experiencia, su búsqueda de información quedaría más ligada a la experiencia del momento, siendo esta menos direccionada y planificada.**

**También resulta interesante mencionar que, a medida que los años de experiencia descienden se utilizan una mayor cantidad de códigos/síntomas tanto para describir de manera espontánea a un paciente deprimido como para hacerlo desde la memoria.**

Al evaluar lo sucedido cuando se toma en cuenta el factor tiempo, se observó una disminución significativa en la cantidad de coincidencias. En total se mencionaron 14 códigos entre todo el grupo, con una variedad de 12 códigos distintos, siendo el promedio de códigos mencionados de 2,4 cód. por persona. Lo cual permite comprobar la tendencia descendente mencionada en el análisis del grupo anterior (6-10 años: 3 cód. por protocolo; 11-15 años: 3,7 cód. por protocolo y +15 años: 5,66 cód. por protocolo) ([ver imagen 122](#))

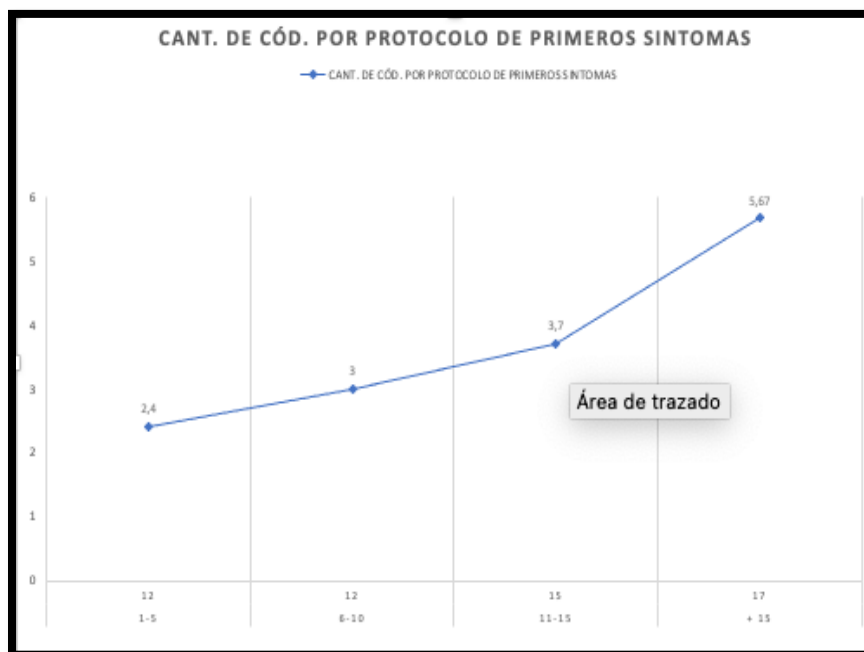
De los 12 códigos mencionados dentro de la categoría “primeros síntomas depresivos”, el 58,33% es compartido o se encuentran presentes en la categoría “síntomas prototípicos”.

**Figura 122:** Cuadro comparativo entre la categoría de primeros síntomas depresivos y la categoría imagen prototípica.

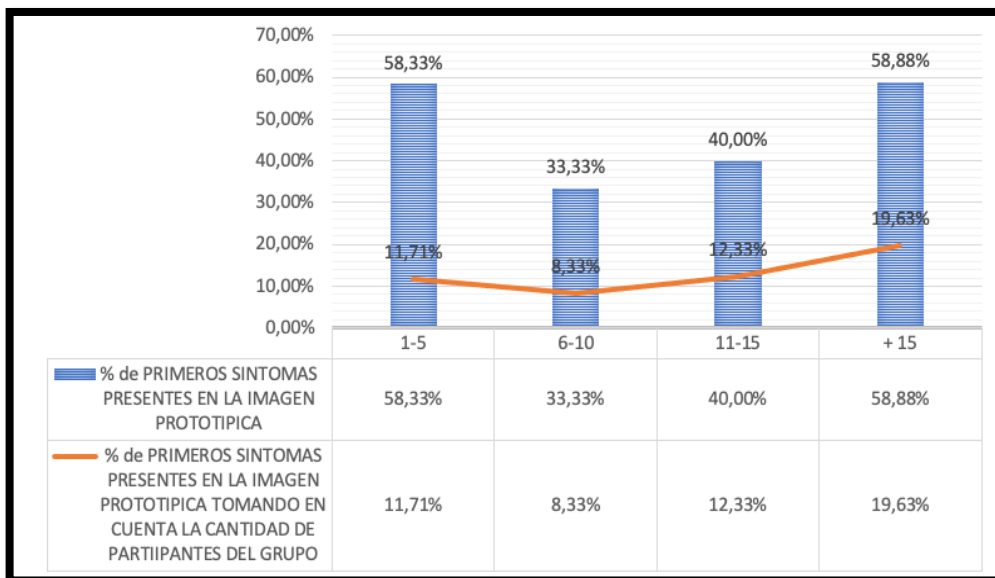
IMAGEN PROTOTIPICA	3	4	5	9	11	T	PRIMEROS SINTOMAS	3	4	5	9	11	T
● G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)	0	1	0	1	0	2							
● G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)	0	1	0	0	0	1	● A- Alteraciones en el sueño (Insomnio, hipersomnio)	0	0	1	0	1	2
● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)	0	1	0	0	0	1							
● G- Alteraciones en su estilo relacional	0	1	0	0	0	1							
● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	0	1	0	1	1	3	● A- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc)	0	1	0	0	0	1
● G- Aumento de conductas evitativas	1	1	0	0	0	2							
● G- Ausentismo laboral	0	1	0	0	0	1							
● G- Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	0	0	1	1	1	3							
● G- Dificultades en la concentración	0	0	0	0	1	1							
● G- Dificultades para comprometerse	1	0	0	0	0	1							
● G- Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	0	0	0	1	0	1							
							● A- Eventos estresantes de la vida	0	0	1	1	0	2
● G- Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento)	0	0	0	0	1	1							
							● A- Falta de Higiene	0	0	0	1	0	1
● G- Ganas de estar en la cama	0	0	0	0	1	1	● A- Ganas de estar en la cama	0	0	0	0	1	1
							● A- Irritabilidad	0	1	0	0	0	1
● G- Pensamiento repetitivo negativo (rumiación, dirigido al pasado)	0	0	0	0	1	1							
● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	0	0	0	1	1	2	● A- Pérdida de energía/voluntad	0	0	0	1	0	1
● G- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	0	1	1	1	3	● A- Pérdida de ganas (anhedonia)	0	0	0	0	1	1
● G- Pérdida de interés (anhedonia)	0	0	1	0	0	1							
● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)	0	1	0	0	1	2							
● G- Presencia de ideación o intentos de suicidio	0	1	0	0	0	1							
							● A- Recurrencia	1	0	0	0	0	1
							● A- Tratamientos previos	1	0	0	0	0	1
● G- Visión negativa del futuro	0	0	0	0	1	1	● A- Visión negativa del futuro	1	0	0	0	0	1
● G- Visión negativa del mundo	0	0	0	0	1	1							
● G- Visión negativa de sí mismo (sus logros, sus capacidades, etc.)	0	0	0	0	1	1	● A- Visión negativa de sí mismo	1	0	0	0	0	1
TOTAL DE SINTOMAS PROTOTIPICOS: 22 (4,4)							TOTAL DE SINTOMAS PROTOTIPICOS: 12 (2,4)						
TOTAL DE SINTOMAS COMPARTIDOS: 7							TOTAL DE SINTOMAS COMPARTIDOS: 7						
% DE SINTOMAS PROT. COMPARTIDOS: 31,82							% DE SINTOMAS PROT. COMPARTIDOS: 58,33						

Tal como se puede observar en la [figura 123](#), la cantidad de códigos utilizados para registrar los primeros síntomas en la paciente fueron descendiendo desde el grupo de mayor experiencia hacia el de menor experiencia. También podemos observar en la [figura 124](#) como la cantidad de síntomas compartidos con la imagen prototípica desciende de la misma manera, con excepción en el grupo de menor experiencia que registró una cantidad superior al grupo de 6-10 años y 11-15 años. Pero si observamos lo sucedido en la [figura 125](#), donde se toma en cuenta la cantidad de códigos promedio según la cantidad de participantes por grupo, el resultado obtenido en el grupo de menor experiencia desciende al tercer lugar, mostrando una tendencia descendente más clara.

**Figura 123:** Cantidad de códigos por protocolo de los primeros síntomas depresivos en toda la muestra.



**Figura 124:** Promedio de primeros síntomas presentes en la imagen prototípica teniendo en cuenta la cantidad de participantes por grupo y sin tenerlo en cuenta.



**Figura 125:** Cantidad de síntomas compartidos con la imagen prototípica en toda la muestra.



**Por lo que, resultaría posible pensar que a medida que los años de experiencia se incrementan, la influencia de la imagen prototípica se incrementa a la hora de registrar los primeros síntomas depresivos en una paciente, en una primera entrevista.**

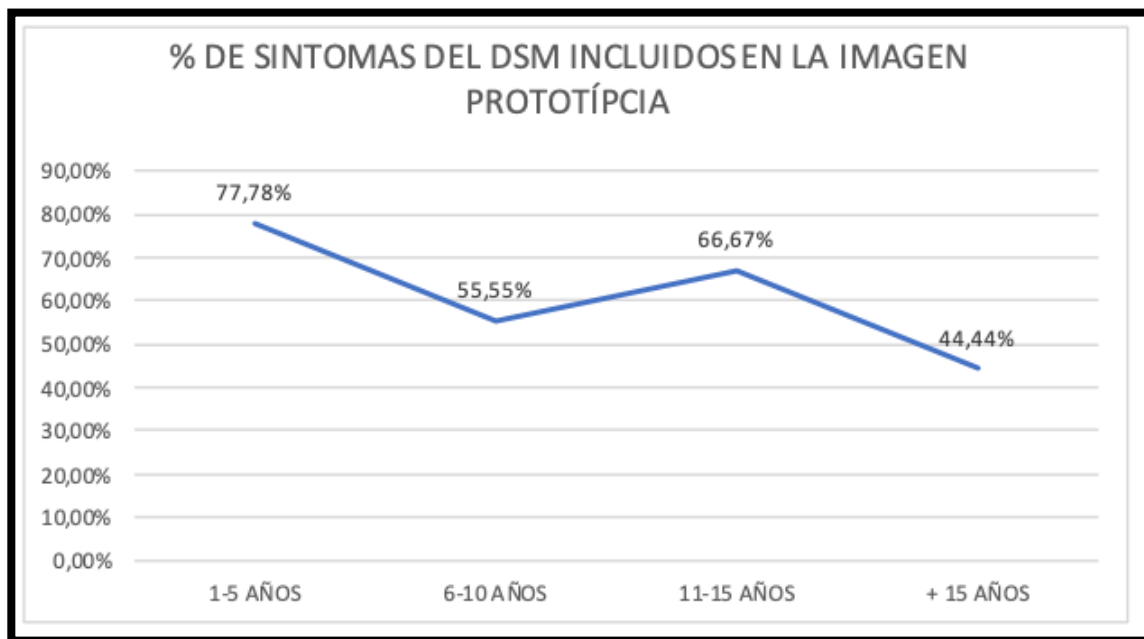
- Continuando con el análisis se exploró y comparó la existencia de similitudes y diferencias entre la imagen prototípica, los síntomas depresivos consignados por los entrevistados y aquellos registrados como criterios diagnósticos en el DSM-V. Al realizar la comparación entre la sintomatología prototípica y los síntomas registrados en el DSM-V se pudo observar que de los nueve síntomas mencionados por el DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, siete cuatro fueron incluidos dentro de las

imágenes prototípicas de los entrevistados, lo cual representa el 77,78%. Al compararlo con los grupos anteriores se pudo observar que este grupo fue el que mostro un mayor grado de influencia del DSM en la imagen prototípica. El grupo de 6-10 años mostro un 55,55%, grupo de 11-15 años de experiencia 66,67% y el grupo de mayor experiencia (44,44%) ([ver figura 126](#)).

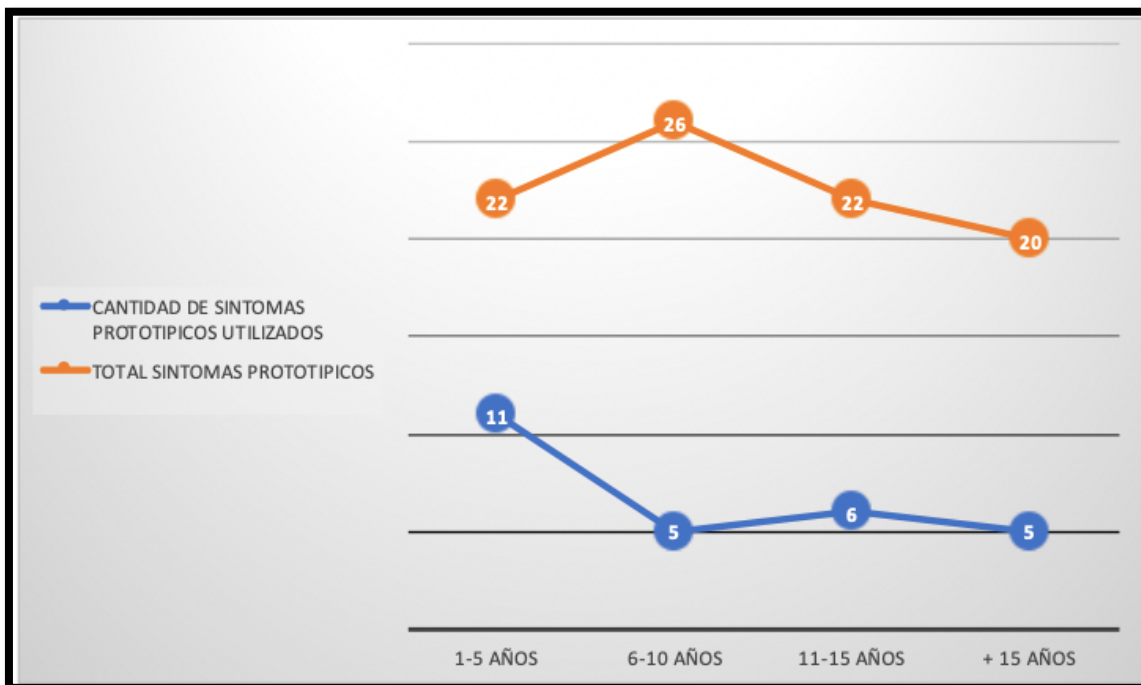
También es posible observar que, el grupo de 1-5 años utilizaron 11/22 de los síntomas prototípicos registrados (es decir el 50%), el grupo de 6-10 años: 5/22 (el 19,23%), el grupo de 11-15 años: 5/20 (25%) ([ver figura 127](#)).

**Es decir que, la influencia de la descripción sintomática que realiza el DSM presenta un mayor nivel de influencia (en general) en los terapeutas cuanto a la experiencia disminuye.**

**Figura 127:** Porcentajes de síntomas del DSM incluidos en la imagen prototípica



**Figura 126:** Cantidad de síntomas prototípicos utilizados y total de síntomas prototípicos por grupo.



• Siguiendo con el análisis comparativo, al finalizar la entrevista se les dio a los entrevistados un listado con los síntomas consignados en el ítem A del DSM-V para el diagnóstico de trastorno depresión mayor a fin de que pudieran ordenarlo jerárquicamente según el grado de importancia y peso que ellos les otorgan a los distintos síntomas, ante un paciente en una primera entrevista diagnóstica para comenzar a pensar que en dicho diagnóstico ([ver figura 128](#)).

**Figura 128:** Comparativa de sintomatología consignada por el DSM-V y la imagen prototípica de los terapeutas de 1-5 años experiencia.

SINTOMATOLOGÍA CONSIGNADA POR DSM-V	IMAGEN PROTOTÍPICA
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● G- Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)</li> </ul>
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	<ul style="list-style-type: none"> <li>G- Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC)</li> <li>● G- Pérdida de ganas (anhedonia)</li> <li>● G- Pérdida de interés (anhedonia)</li> <li>● G- Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)</li> </ul>
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● G- Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad)</li> </ul>
4- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● G- Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnio)</li> </ul>
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● G- Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)</li> </ul>
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).	
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● G- Disminución o enlentecimiento de la capacidad para pensar</li> <li>● G- Dificultades en la concentración</li> </ul>
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● G- Presencia de ideación o intentos de suicidio</li> </ul>
<b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS: 7</b> <b>TOTAL DE SÍNTOMAS DEL DSM COMPARTIDO POR IMAGEN PROTOTÍPICOS EN %: 77,78%</b> <b>CANTIDAD DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS: 11/22</b> <b>TOTAL DE SÍNTOMAS PROTOTÍPICOS UTILIZADOS EN %: 50%</b>	

El análisis de las respuestas permitió observar la existencia de ciertas coincidencias en los primeros cinco puestos de la escala jerárquica. Estos se ordenaron de la siguiente manera ([ver figura 129](#)):

**Figura 129:** Jerarquización de los síntomas pertenecientes al criterio A del trastorno depresivo mayor del DSM-V según terapeutas de 1-5 años de experiencia.

ITEMS DSM	PROTOCOLO 3	PROTOCOLO 4	PROTOCOLO 5	PROTOCOLO 9	PROTOCOLO 11
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso).	2	2	1	5	1
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	3	5	2	3	2
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	5	3	6	4	8
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	4	4	9	1	7
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entecimiento).	7	9	7	7	9
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	6	6	4	2	5
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	1	7	8	9	4
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	9	8	3	8	6
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	8	1	5	6	3

ITEMS DSM	1 LUGAR	2 LUGAR	3L	4L	5L	6L	7L	8L	9L	
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso).	2	2	0	0	1	0	0	0	0	1
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	0	2	2	0	1	0	0	0	0	2
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	0	0	1	1	1	1	0	1	0	3
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	1	0	0	2	0	0	1	0	1	4
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entecimiento).	0	0	0	0	0	0	3	0	2	7
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	0	1	0	1	1	2	0	0	0	6
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	1	0	0	1	0	0	1	1	1	
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	0	0	1	0	0	1	0	2	1	
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	1	0	1	0	1	1	0	1	0	5

Al igual de lo sucedido en los grupos anteriores, se observa una discrepancia entre los síntomas mencionado espontáneamente durante la entrevista y lo registrado al momento de ordenar los síntomas enunciados por el DSM, pero a diferencia de lo observado en los grupos anteriores, se observó un incremento en las coincidencias y relevancias de la sintomatología.

Por ejemplo, entre los síntomas depresivos más elegidos durante la entrevista (elegido por todos los entrevistados), los terapeutas seleccionaron: **Alteraciones en el sueño (Insomnio)** (ubicado en el cuarto lugar al ordenar la sintomatología del DSM).

En el caso de **Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)**, en ambos casos fueron ubicados en segundo lugar.

En el caso de **Ideación suicida**, al ordenar los síntomas del DSM fue asignado en un quinto lugar mientras que, en la descripción de un paciente deprimido fue mencionado solamente por un protocolo, quedando ubicado en el último grupo de relevancia.

Al unificar los resultados obtenidos en todos los grupos podemos observar que la jerarquía de síntomas elegidos adquiere la siguiente estructura ([ver figura 130](#)):

1. Tanto **“Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, etc.”** como **“Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días”** quedan ubicados en el primer lugar.
2. En segundo lugar, queda **“Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.”**
3. En tercer lugar, **“Insomnio o hipersomnio casi todos los días”**.

**Figura 130:** Jerarquización de los síntomas pertenecientes al criterio A del trastorno depresivo mayor del DSM-V según terapeutas de todos los grupos

ITEMS DSM	1-5 años	6-10 años	11-15 años	Mas 15 años	TOTAL
1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	1	9	2	1	1
2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	2	1	3	8	1
3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	3	7	8	9	7
4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	4	3	9	3	3
5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	7	7	5	5	5
6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	6	4	6	8	5
7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	9	5	4	2	4
8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	8	6	7	4	6
9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	5	2	1	6	2

4. En cuarto lugar, “Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)”.

5. En quinto lugar, quedan dos síntomas con la misma puntuación, “Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento)” y “Fatiga o pérdida de energía casi todos los días”.

6. En sexto lugar, “Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas)”.

7. En séptimo, “Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días”.

En el siguiente análisis, se procedió a unificar las respuestas obtenidas en toda la muestra al momento de jerarquizar la sintomatología del DSM, quedando las respuestas ordenadas de la siguiente manera ([ver figura 131](#)):

**Figura 131:** Jerarquización de las respuestas brindadas por los terapeutas de toda la muestra.

LUGAR	ITEMS DSM	1 LUGAR	2 LUGAR	3L	4L	5L	6L	7L	8L	9L	
1	1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o en la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso)	2	2	0	0	1	0	0	0	0	1
2	2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	0	2	2	0	1	0	0	0	0	2
3	3- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	0	0	1	1	1	1	0	1	0	3
4	4- Insomnio o hipersomnio casi todos los días.	1	0	0	2	0	0	1	0	1	4
5	5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	0	0	0	0	0	0	3	0	2	7
6	6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	0	1	0	1	1	2	0	0	0	6
7	7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	1	0	0	1	0	0	1	1	1	
8	8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	0	0	1	0	0	1	0	2	1	
9	9- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlos a cabo.	1	0	1	0	1	1	0	1	0	5

Al comparar los resultados obtenidos en dicha jerarquización con las obtenidas en la unificación de los resultados en la imagen prototípica, los primeros síntomas depresivos y la sintomatología depresiva en general, se observa ([ver imagen 132](#)):

- El primer síntoma seleccionado en el DSM es **“Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día”**. Al observar, en toda la muestra, lo sucedido en la imagen prototípica, dicho síntoma fue ubicado en tercer lugar. En el único caso que aparece dentro de los síntomas más elegidos para la imagen prototípica es en el grupo de menor experiencia. Al ver lo sucedido en la sintomatología depresiva general, no aparece seleccionado en los primeros puestos de la unificación de toda la muestra. Solamente el grupo de mayor experiencia lo ubica en la sexta posición.

Al observar lo sucedido en los primeros síntomas depresivos registrados por toda la muestra, dicho síntoma es ubicado en primera posición, siendo elegido en el segundo puesto por el grupo de 1-5 años y más de 15 años de experiencia.

- El síntoma del DSM, ubicado en el segundo puesto, es **“Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días”**. Al evaluar lo sucedido. En la imagen prototípica se pudo observar que dicho síntoma fue seleccionado en el primer lugar de toda la muestra. Además, ocupó también los primeros lugares, tanto en el grupo de 11-15 años como el de más de 15 años. Este síntoma fue también el más elegido por toda la muestra cuando evaluamos la sintomatología depresiva en general y quedó ubicado en el segundo lugar y

en el tercero al observar lo sucedido en los primeros síntomas depresivos. Al observar lo sucedido en cada grupo, el síntoma fue elegido en primer lugar por todos los grupos.

**Figura 132:** Jerarquía de los distintos síntomas registrados en cada grupo y en toda la muestra en las distintas categorías sintomáticas.

	1-5 años	6-10 años	11-15 años	Mas 15 años	Toda la muestra
<b>IMAGEN PROTOTÍPICA</b>	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.);	Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia)	<b>Pérdida de ganas (anhedonia) y de interés</b>
	Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de ganas (anhedonia)	<b>el Descuido Personal,</b>
	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia).	Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de interés (anhedonia)	Pérdida de interés (anhedonia)	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.);
			Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)	Ansioso (aumento del miedo, nervios)	Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)

	1-5 años	6-10 años	11-15 años	Mas 15 años	Toda la muestra
<b>PRIMARIOS DEPRESIVOS</b>	Alteraciones en el sueño (Insomnio);	Alteraciones en el sueño (Insomnio);	Eventos estresantes de la vida	Pérdida de ganas (anhedonia)	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)
	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	Eventos estresantes de la vida, Pérdida de interés y Aumento de conductas evitativas.		Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	Pérdida de ganas (anhedonia)
	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), A	Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)		Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), A	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), A
	Pérdida de ganas (anhedonia)	Recurrencias		Ganas de estar en la cama	Ganas de estar en la cama
	Pérdida del disfrute			Eventos estresantes de la vida, Pérdida de interés y Aumento de conductas evitativas.	
				Ansiedad	
			Recurrencias		

	1-5 años	6-10 años	11-15 años	Mas 15 años	Toda la muestra
<b>SINTOMAS DEPRESIVOS</b>	Pérdida de ganas (anhedonia)	Alteraciones en el sueño (Insomnio); Pérdida del disfrute y Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)	Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de ganas (anhedonia)	Pérdida de ganas (anhedonia)
	Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	Pérdida de ganas (anhedonia)	Alteraciones en el sueño (Insomnio);	Alteraciones en el sueño (Insomnio)	Alteraciones en el sueño (Insomnio);
	Pérdida energía/voluntad	Ganas de estar en la cama y Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	Ganas de estar en la cama	Ganas de estar en la cama	Ganas de estar en la cama
	Alteraciones en el sueño (Insomnio);	Recurrencias, Eventos estresantes de la vida y Pensamiento repetitivo negativo - (rumiación)	Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia).	Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.)
	Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere)	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional) y Recurrencias	Pérdida del disfrute	Pérdida del disfrute	Pérdida de energía/ Voluntad (abulia).
	Ganas de estar en la cama		Recurrencias	Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.)	Pérdida del disfrute
			Pérdida de interés (anhedonia), Pérdida de motivación	Eventos estresantes de la vida, Pérdida de interés y Aumento de conductas evitativas.	Recurrencias
				Eventos estresantes de la vida	

Cuando se observa lo sucedido en cada grupo al elegir los primeros síntomas depresivos, este también estuvo presente en los primeros puestos de casi todos los grupos (solamente no estuvo registrado en el grupo de 11-15 años).

- El tercero de los síntomas “**Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días**” no estuvo presente en los primeros síntomas elegidos para la imagen prototípica, ni en la sintomatología depresiva.

- El cuarto de los síntomas es “Insomnio o hipersomnio casi todos los días”. Al explorar lo sucedido en la imagen prototípica, este síntoma no figura dentro de las primeras elecciones de toda la muestra ni a observarlo en cada grupo en particular. Al observar la sintomatología depresiva general de toda la muestra, aparece ubicado en el segundo lugar. También aparece en el segundo lugar de los grupos 11-15 años y más de 15 años y en el tercer lugar del grupo de menor experiencia.

En resumen, se pudo observar que la jerarquización que realizaron los distintos participantes de la sintomatología del DSM presenta cierta similitud a lo presentado en la imagen prototípica. De los primeros cuatro síntomas elegidos en cada grupo, solamente dos (es decir el 50%) coinciden (aunque no así en el mismo orden). Los otros dos síntomas presentes en la imagen prototípica pero no en el DSM son: **Descuido Personal y Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono)**.

Al observar lo sucedido en la categoría “sintomatología depresiva general” es posible ver cierta similitud con lo desarrollado en la categoría anterior. Los dos síntomas del DSM en lo que se hace mayor énfasis es en “Estado de ánimo deprimido”, en “**Disminución importante del interés o placer**” y “**Alteraciones del sueño**”. Luego, se seleccionaron otros síntomas que no

figuran en el listado del DSM como: **“Ganas de estar en la cama, Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Recurrencias y Eventos estresantes de la vida”**.

Al evaluar lo sucedido en la categoría “primeros síntomas depresivos”, se puede observar que, de los cuatro primeros síntomas elegidos por toda la muestra, tres coinciden con lo registrado en el DSM. El único que no lo hace es **“Ganas de estar en la cama”**. Al ver lo sucedido en cada grupo, los resultados se replican sobre todo en el grupo de mayor y menor experiencia. Los otros dos grupos presentan mayor variación.

**Es decir que, se podría pensar que la sintomatología del DSM muestra mayor influencia cuando los terapeutas presentan un mayor grado de exigencia en cuanto al tiempo de respuesta. Cuando el factor tiempo no ingresa en cuestión, se pudo observar un mayor grado de discrepancia.**

- Continuando con el análisis, se les preguntó a los entrevistados sobre los factores de riesgo que conocen para el desarrollo de un trastorno de manera similar a lo sucedido en el grupo anteriormente analizado (6-10 años de experiencia, los participantes de este grupo no manifestaron dificultades ni objeciones a la hora de responder sobre esta cuestión, sino que iniciaron directamente a dar respuestas. Es decir que, en ambos grupos de menor experiencia no se observaron objeciones o dificultades al responder la pregunta mientras que, en los dos grupos de mayor experiencia, la tendencia fue a presentar objeciones, aclaraciones y, hasta desacuerdo para responderla.

En total, los cuatro entrevistados utilizaron 16 códigos, dando un promedio de 3,2 códigos por entrevistado) siendo inferior el grupo que ha obtenido el menor promedio por participante de la muestra (6-10: 5,5; 11-15: 5 y +15: 6,66). Lo que permite confirmar la tendencia ascendente a medida que los años de experiencia aumentan.

A su vez, como se puede apreciar existió una significativa similitud entre la cantidad de factores de riesgo relevada por los participantes de los grupos 6-10 años, de 11-15 años y de más de 15 años de experiencia. Solamente, el grupo de menor experiencia registro una cantidad significativamente menor de códigos por participantes.

A diferencia de lo observado en los grupos anteriores, el entrevistado de marco teórico psicodinámico no ha sido quien mencionó una mayor cantidad de códigos, sino que fue un entrevistado TCC.

Al comparar los resultados obtenidos con los grupos anteriores, se pudo observar que tres factores de riesgo son mencionados por todos los grupos. Estos son: **Eventos estresantes de la vida, Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, Diabetes, etc.) y Red de apoyo (ausencia o escasa).** **Las Al comparar los resultados obtenidos con los grupos anteriores, se puede observar que las Enfermedades Médicas es el factor de riesgo que presentó mayor fuerza y representatividad a la hora de mencionar factores de riesgo, siendo el código con mayor cantidad de coincidencias.**

En resumen, se remarcar que existió grandes dificultades por parte de los participantes (sobre todo con aquellos de mayor experiencia) para describir posibles factores de riesgos. En varias oportunidades se registraron como tales a síntomas depresivos como **Descuido personal, Eventos estresantes de la vida, Pensamiento negativo repetitivo, Pérdida de ganas y de interés y recurrencias. Lo cual, hace pensar que existen en las terapeutas dificultades para diferenciar factores de riesgo de la sintomatología.**

- Por último, se exploró acerca de la sintomatología ansiosa que los entrevistados observaron en la paciente. En el grupo en cuestión, los entrevistados mencionaron los siguientes códigos (25 códigos).

Al evaluar las respuestas obtenidas con los grupos anteriores se observa que el grupo actual ha utilizado una cantidad similar de códigos por entrevistado (5 cód. por entrevistado) que la mayoría de los grupos anteriormente analizados (6-11 años: 6,25 y 11-15 años: 5,25). El grupo de mayor experiencia fue el grupo de menor cantidad de códigos por participante registrado (1,33).

Es decir que, tal como se había registrado en el análisis del grupo anterior, a medida que aumenta la experiencia de los entrevistados se observó una menor influencia de la sintomatología ansiosa a la hora de focalizar en que le sucede a la paciente.

## 8      **Discusión**

**“La mente intuitiva es un regalo sagrado y  
la mente racional es un fiel sirviente.  
Hemos creado una sociedad que rinde  
honores al sirviente y ha olvidado al regalo”**

**Albert Einstein**

Existen numerosas definiciones sobre lo que se considera una investigación cualitativa. En general, este tipo de exploración suele ser utilizada para busca arribar a nuevos conocimientos y comprensiones sobre el mundo o una variable en particular. Por ejemplo, en el ámbito psicológico suele ser utilizada para obtener conocimiento sobre el comportamiento y la experiencia humana, descubriendo hechos y leyes que generen nuevas teorías o revisan las ya establecidas.

A través de la investigación cualitativa se buscará proporcionar una comprensión de las experiencias de las personas y los significados que le dan a sus experiencias. Se intentará lograr acceder a las dimensiones subjetiva de la experiencia humana intentando comprender de una mejor manera los motivos y el sentido de las acciones de las personas (Dodgson, 2019; Grafanaki, 1996). Su trabajo no estará destinado a desarrollar categorías preexistentes derivadas de las teorías, sino que intentará ir construyéndolas, a fin de lograr reflejar los significados contenidos en las palabras y acciones de los participantes e intentando generar un mayor entendimiento de los procesos psicológicos sociales a partir de movimientos inductivos. Sus

hallazgos, si bien no serán generalizables en un sentido estadístico, aspirarán a explicar el por qué y el cómo de determinados fenómenos (Willig, 2019).

En resumen, los métodos cualitativos nos permitirán identificar y describir componentes menos explícitos como, por ejemplo, las preferencias en los estilos de comunicación y otras sutiles diferencias que podrán tener fuerte impacto y relevancia en el mundo real de la práctica clínica psicoterapéutica. Dichas sutilezas, generalmente se pierden cuando los datos son recopilados a través de encuentran estructuradas y otros métodos cuantitativos (Mulvaney-Day et al., 2011; Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Si bien, en psicología los primeros métodos para estudiar a la psicoterapia fueron cualitativos (Freud, 1978), en las décadas posteriores se adoptó una aproximación más positivista, convirtiendo a la mayoría de las investigaciones al métodos cuantitativos (Levitt, 2015) y relegando al campo cualitativo de manera significativa. Es decir que, en el ámbito de la psicoterapia, este enfoque es relativamente novel y se encuentra dando los primeros pasos.

Uno de los motivos por el cual se incrementaron significativamente la cantidad de investigaciones cualitativas en las últimas décadas fue el aumento de interés por profundizar el entendimiento y desarrollo de las habilidades terapéuticas ya que, se observó una significativa cantidad de resultados negativos o tratamientos sin respuesta (Levitt et al., 2016). Por ejemplo, se estima que entre 5 y el 10% de los pacientes en lugar de recibir beneficios de la psicoterapia se ven perjudicados (Hardy et al., 2019; Lambert & Ogles, 2013) que incluirá el empeoramiento de la sintomatología como de la reticencia a buscar nuevos tratamientos en el futuro (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007; Parry et al., 2016). Además, entre el 35 y 40% de los participantes en ensayos clínicos no mejoran (Lambert, 2007). Estos resultados estimularon movimientos que buscaran superar las barreras existentes entre investigación y práctica (Levitt et al., 2016).

Dando cuenta de esta problemática se comenzaron a generar distintos programas de investigación orientadas a la práctica, desarrollando líneas de investigación que estuvieran vinculadas a las variables del paciente/cliente, terapeuta, procesos y resultados, entre otros (Fernández-Alvarez & Castonguay, 2018).

Dentro de estos nuevos impulsos, la creciente afinidad con los métodos cualitativos parece estar justificada por distintas razones. Primero, la psicoterapia es, en sí misma un dialogo intersubjetivo complejo en donde paciente y terapeuta pueden tener diferentes y múltiples comprensiones sobre lo que va ocurriendo en el encuentro. Por ejemplo, se ha observado que tanto los clientes como los terapeutas controlan y ajustan su auto presentación en un intento de influirse mutuamente y en el proceso de la terapia.

En segundo lugar, las investigaciones cualitativas brindan la posibilidad de tomar en cuenta el contexto psicoterapéutico, permitiendo observar las interacciones que realicen los terapeutas y los pacientes con el entorno durante la sesión. Por ejemplo, se ha observado que los clínicos suelen experimentar la manera en que sus pacientes responden a las metáforas durante las sesiones de psicoterapia y con ello amoldar su conducta (Angus & Rennie, 1989), como suelen responder los terapeutas cuando un paciente le ofrece un regalo (Knox et al., 2003) o como evalúan posibles caminos que podría ser tomados para resolver la angustia (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

En tercer lugar, los métodos cualitativos han demostrado ser particularmente ventajosos a la hora de exponer las voces minoritarias en psicología, como las experiencias de personas de población minoritarias en donde sea posible identificar y exponer las distintas necesidades psicoterapéuticas de pacientes de diferentes grupos culturales (Mulvaney-Day et al., 2011).

Cuarto, estos estudios permiten explorar las complejas redes de suposiciones y expectativas que se ponen en marcha en los procesos psicoterapéuticos, permitiendo exponer y sensibilizar tanto a terapeutas como a investigadores, por ejemplo, sobre las formas en que los pacientes pueden experimentar de distintas maneras un mismo tratamiento (Levitt, 2015).

Por lo ya enunciado resulta claro que el método de investigación cualitativa es útil para el estudio y el desarrollo de principios que guíen la psicoterapia al contar con la sensibilidad metodológica para captar, tanto la experiencia subjetiva del paciente y del terapeuta como así también la intencionalidad de las diversas intervenciones que se realicen en el contexto interpersonal del encuentro terapéutico.

Algunos de los métodos cualitativos más utilizados son por ejemplo: el fenomenológico (Churchill & Wertz, 2015), la teoría fundamentada (Rennie et al., 1988) y el método cualitativo consensual (Hill, 2012). Con ellos, en general se busca analizar las experiencias de los pacientes intentando arrojar luz sobre procesos internos a fin de poder sensibilizar a los terapeutas sobre sus experiencias. Por ejemplo, en la investigación pionera realizada por Rennie et al. (1988) se pudo observar diversas formas en que los pacientes tienden a deferir a sus terapeutas, a fin de lograr mantener la alianza de psicoterapia y evitar amenazar o desafiar al terapeuta y cumplir con las expectativas de los terapeutas. Por su parte, analizar las experiencias de los terapeutas también ha resultado ser una experiencia de aprendizaje significativa. Su estudio permite comprender los procesos internos que subyacen a la conceptualización del caso, la intervención y los enfoques del tratamiento.

El conocimiento obtenido permite estimular y allanar el camino para la autorreflexión de los terapeutas, desarrollar programas de capacitación y clarificar el proceso de toma de decisiones clínicas (Williams & Levitt, 2007) teniendo en cuenta información significativa sobre

aspectos que demostraron tener gran relevancia como por ejemplo: la importancia de evaluar, además de los cambios sintomáticos, las alteraciones en el nivel del Yo, la vida, las relaciones interpersonales y la autocompasión (Binder et al., 2010; von Below & Werbart, 2012), las dificultades para ponerse en contacto con sus emociones, falta de compromiso y motivación, falta de confianza en la relación terapéutica, la capacidad con la que cuenta el terapeuta para brindar respuestas a las inquietudes del paciente, etc. Según Stiles et al. (2008) esta última característica suele estar presente en los terapeutas efectivos. En su investigación plantearon que los terapeutas ajustan de manera natural su conexión relacional y sus intervenciones para apoyar las particulares necesidades de sus pacientes. Es decir que, más allá del enfoque o marco teórico en el cual este formado el terapeuta, existen ciertas características o habilidades que lo harán efectivo en su labor.

Por ejemplo, se ha observado al comparar prototipos de terapeutas expertos de terapias psicoanalíticas y cognitivas conductuales con la terapia que era aplicada realmente en estudios de ensayos controlados aleatorios, se observó que ambos tratamientos contenían técnicas que se originaban en otros enfoques. Es decir que, por ejemplo, terapeutas con marco psicodinámico, además de las intervenciones naturales de su enfoque, aplicaban en un grado considerable, técnicas de intervención que generalmente se asocian con enfoques cognitivo-conductuales.

Dicho en pocas palabras, se pudo observar la existencia de una superposición significativa en la forma en que los terapeutas, independientemente de su marco teórico, llevaron a cabo el tratamiento (Ablon & Jones, 2002; Ablon et al., 2006). Estos resultados confirmaron lo obtenido en estudios previos, en los que se había señalado la existencia de una gran superposición entre los tratamientos llevados a cabo por expertos de ambos marcos teóricos (Goldfried et al., 1998), permitiendo observar y tomar conciencia que, incluso en los tratamientos manualizados, no es de

extrañar que se “tomen prestado” elementos de diferentes enfoques de tratamiento. Incluso se ha constatado al evaluar los resultados de las terapias breves, que sus resultados y la efectividad tienden a ser parejos (Ablon & Jones, 1998).

En resumen, los resultados y nuevos conocimientos obtenidos al enfocarse en estudiar las variables del paciente y terapeuta estimularon el dirigir con mayor énfasis y recursos a la profundización de lo investigado buscando incrementar el conocimiento y comprender qué, cómo, cuándo, por qué y para qué hace lo que hace durante la sesión y el tratamiento. Por ejemplo, en Argentina el trabajo realizado por el Fernández Álvarez junto al equipo de investigación de Fundación Aigle desarrollaron el concepto del “estilo personal del terapeuta” el cual ha sido definido como un constructo multidimensional que permite conceptualizar las características más relevantes y estables de los terapeutas las cuales modularán el modo en que aplica las técnicas e intervenciones durante las sesiones (Fernández-Álvarez et al., 2017).

Otro ejemplo, es el estudio llevado a cabo por Wu and Levitt (2020) en el cual estudiaron cómo los terapeutas ajustan su estilo relacional y sus estrategias de respuesta en los tratamientos a partir de las características y comportamiento de sus pacientes/clientes. En el mismo, obteniendo como resultado que la experiencia acumulada de los terapeutas cumple un papel especial a la hora de realizarla. Es decir que, a través del desarrollo en la capacidad de respuesta, el terapeuta irá complejizando su capacidad para decidir sobre las estrategias generales del tratamiento, tomando en cuenta los estados emocionales, las necesidades y los objetivos de los pacientes.

A partir de los resultados obtenidos, se comenzaron a desarrollar programas de formación clínica focalizando en la enseñanza y entrenamiento de procesos más que manuales de tratamiento estructurados, en lo que se incluirán por ejemplo, el promover un enfoque basado en

las capacidades de los pacientes para auto direccionarse y tomar decisiones sobre su cura, identificar marcadores que alerten a los terapeutas sobre el proceso u obstáculos que pueden enfrentar los pacientes en distintos momentos como sus necesidades relacionales culturales y emocionales entre otros, el desarrollo y cultivo de la flexibilidad en los practicantes noveles, entre otros aspectos que entrenen a los nuevos psicoterapeutas en la capacidad para adaptar y ajustar sus propias acciones a las cambiantes circunstancias de la clínica psicoterapéutica (Anchin et al., 2016).

Gran parte de la importancia del desarrollo de dichos programas se deben a que, gracias a este tipo de investigación, se observaron elementos contraproducentes en el actuar del terapeuta que obstaculizan la terapia tales como: mostrarse inseguro, ausente, no responder, falta de dirección y asesoramiento en la terapia (De Smet et al., 2019).

Por lo tanto, el desarrollo de las competencias clínicas , las cuales pueden ser entendidas como la habilidad, capacidad y/o conocimiento que una persona posee para comprender y realizar ciertas tareas de manera apropiada y efectiva, esperables en una persona preparada y calificada en una profesión o especialidad (Crocamo & Benatuil, 2022; Kaslow, 2004). será un tema central en el entrenamiento de los psicoterapeutas (Baldwin & Imel, 2013; Crocamo & Benatuil, 2022). El desarrollo de estas competencias, que serán puestas a prueba ante distintas situaciones o problemas inesperados habituales en las entrevistas psicológicas y tratamientos, se irán desarrollando progresivamente junto a las habilidades metacognitivas que le permitirán evaluar lo que va sucediendo en la interacción con el paciente. Este progresivo crecimiento (de habilidades y autoconciencia) favorecerá el desarrollo de diferencias en cómo los psicoterapeutas analizan la información y realizan los juicios.

Al observar e interpretar los resultados obtenidos en la investigación realizada, y en sintonía con lo que se viene desarrollando se ha observado que, en términos generales, todos los participantes de la muestra destacan que la admisión es un proceso conformado por un conjunto de entrevistas (pudiendo ser, incluso un solo encuentro) en el cual se debe recabar información a fin de poder realizar una correcta formulación del caso. Para dicha exploración destacan la importancia de recurrir a distintas fuentes de información, entre los que se destaca

**Relato/narrativa (coherencia, contenido, ritmo, prosodia, como inicia el relato y lo que omite.) como el “Lenguaje no verbal” (corporal) y la “Gestualidad”. En general y sin tomar en cuenta lo sucedido en el grupo de 11 a 15 años, se pudo observar una tendencia descendente (de acuerdo con la cantidad de códigos utilizados y los años de experiencia de los terapeutas) en la variedad de información que consideran indispensable conocer a lo largo del proceso de admisión.**

El grado de experiencia también manifiesta influencia cuando se evalúa en detalle qué y cómo se realiza dicha búsqueda es que comienza a surgir las diferencias. Por ejemplo, se observó que, **a mayor grado de experiencia, más variedad y complejidad en la información a explorar y registrar (posible de ser observado en la cantidad de códigos utilizados, observándose una tendencia descendente, de acuerdo con la cantidad de códigos utilizados y los años de experiencia de los terapeutas, en la variedad de información que consideran indispensable conocer a lo largo del proceso de admisión.**

Al evaluar las respuestas brindadas por los distintos grupos y compararlas se pudo observar que los dos grupos de mayores años de experiencia clínica (**más de 15 años de experiencia y el grupo de 11-15 años de experiencia**) pusieron **mayor foco en el motivo de**

**consulta mientras que el grupo de menor grado de experiencia (1-5 años focalizo con mayor intensidad en conocer la sintomatología y en los antecedentes y enfermedades médicas.**

Esta amplitud en la mirada del padecer del paciente se observó también a la hora de valorar cómo evaluaron a la paciente al iniciar la entrevista. Se pudo constatar que, a mayores años de experiencia se va consolidando una mirada amplia y holística del padecer donde, si bien dieron muestras de haber tomado nota de la sintomatología relacionada con un cuadro depresivo, los entrevistados no focalizaron su descripción inicial en listar signos y síntomas de cuadros nosológicos, sino que remarcaron información general sobre la paciente como, por ejemplo: el contenido de su relato, su estilo de comunicación y de afrontamiento, lo que les generó la paciente (contratransferencia), etc.

Por ejemplo, en el grupo de más experiencia todos los participantes inician el análisis de la paciente de manera similar. En el grupo de 11-15 años, se observó un equilibrio del 50% para cada una de las opciones. Es decir, que la mitad del grupo y al mismo tiempo la mitad de los integrantes de cada marco teórico realizó una descripción general y la otra mitad, enfocándose en la sintomatología. En el grupo de 6-10 años, el 75% realizaron una descripción focalizando en lo sintomático y en el grupo de menor experiencia (1-5 años), todos los integrantes hicieron foco en la descripción sintomática.

Es importante mencionar que, a lo largo de la muestra, quienes se manifestaron mayor grado de estabilidad en la forma de iniciar el análisis de la paciente fueron los terapeutas cuyo marco teórico era el psicoanálisis. Incluso en el grupo de menor experiencia, el entrevistado con dicho marco teórico, si bien en términos generales se focalizó en las cuestiones sintomáticas, también dio indicios de realizar un análisis más amplio. Es decir que, quitando a los entrevistados de más experiencia que mostraron una forma de conceptualizar a la paciente, sus

características y sufrimiento de una manera similar, el resto de los integrantes de la muestra solamente los entrevistados cuyo marco teórico es el psicodinámico mostraron un estilo similar a estos. Aunque, a medida que descienden la experiencia, esta diferencia se hace menos marcada y tiende a mostrarse similar al de los terapeutas TCC, quienes manifestaron una forma de conceptualización centrada en el registro de signos, síntomas y cuadros nosológicos. También, manifestaron (a medida que desciende los años de experiencia) mayor interés y preocupación en las intervenciones a realizar de confirmarse “X” diagnóstico categorial. Estos resultados parecieran insinuar que el DSM y el CIE tienen mayor llegada e influencia en este grupo de terapeutas.

Al pensar los motivos de dicha diferencia significativa surge como posible motivo explicativo a la formación y entrenamiento recibido específico para cada marco teórico. Se podría pensar que los terapeutas con marco teórico psicodinámico reciben un mayor entrenamiento en el auto registro y manejo de sus emociones (contratransferencia) durante una entrevista.

Uno de los aspectos que se registraron dentro de la mirada amplia y holística de los terapeutas expertos fue el registro y análisis de lo sentido durante los minutos mostrado de entrevista.

De manera similar a lo observado en los ítems anteriores, a medida que iba descendiendo los años de experiencia se utilizó una menor cantidad de códigos para mencionar lo sentido durante la entrevista (los dos grupos de mayor experiencia mencionaron la misma cantidad de códigos por integrante). Es decir que, tal como se mencionó, a medida que se va adquiriendo experiencia clínica, los terapeutas comienzan a prestarle un mayor grado de atención a distintos aspectos y fuentes de información, siendo lo sentido y pensado durante una entrevista es uno de

los factores que comenzaría a tomar mayor relevancia a medida que la experiencia se incrementa transformándose en información diagnóstica.

Por ejemplo, al analizar los grupos de menor experiencia de la muestra (6-10 años y 1-5 años) la mayoría de los protocolos pertenecientes a estos grupos no hicieron mención sobre el tema o lo hicieron de manera muy limitada. Con excepción de los protocolos con marco teórico psicodinámico. Es decir que, a medida que iba descendiendo los años de experiencia se utilizó una menor cantidad de códigos para mencionar lo sentido durante la entrevista. En el grupo de más de 15 años de experiencia se utilizaron 9 códigos (promedio de 3 cód., por entrevistado), en el grupo de 11 a 15 años, 12 códigos (promedio de 3 cód., por entrevistado), en el grupo de 6 a 10 años, 4 códigos (promedio de 1 cód., por entrevistado) y en el grupo de 1 a 5 años, 2 códigos (promedio de 0,4 cód., por entrevistado). En el grupo de 10-15 años, el 50% de los entrevistados dijo no darle importancia a la contratransferencia como información diagnóstica. A su vez, los dos entrevistados que no dan relevancia a dicha información mencionan tener al DSM en la cabeza cuando realiza primeras entrevistas. Esta característica se evidencia con mayor fuerza en grupos de entrevistados con menor experiencia clínica.

**Al analizar lo registrado por los participantes**, se puede observar que “Sensación de discurso armado/estructurado (desconfianza en el relato de la paciente)” es el código más utilizado, seguido por “Desconfianza (Dificultades de la paciente para confiar)” y “Poco relajada en la entrevista”, en segundo lugar y “Está a la defensiva”, en tercero.

A partir de los datos obtenidos, se observa que a medida que los terapeutas van adquiriendo experiencia clínica, estos van dándole mayor lugar a distintos aspectos y fuentes de información. En general, los códigos utilizados por los grupos de menor experiencia se encontraron en los grupos de códigos de los grupos de mayor experiencia.

A partir de lo observado en el ítem anterior, se les consultó por lo sentido ante pacientes que atraviesan un cuadro depresivo en general (es decir, ya no haciendo referencia al video estímulo).

En general las respuestas, independientemente del grado de experiencia, tuvieron una connotación negativa. Por ejemplo, dentro de los códigos más utilizados se mencionaron: cansancio, sueño, impotencia, adormeciendo, rechazo, frustración, pesadez.

También se registraron ciertos códigos positivos, aunque como se ha mencionado han sido significativamente menor el número. Algunos ejemplos son: Ganas de escucharlo y compasión.

Hasta aquí, una de las cuestiones que han mostrado significancia es la existencia de diferencias entre como perciben e inician una primera entrevista los terapeutas expertos de aquellos con menos cantidad de años de experiencia. En este sentido, Herbert Simon, Alan Newell y sus colegas (Ericsson & Simon, 1984; Greeno & Simon, 1988; Newell & Simon, 1972) quienes han sido pioneros y esclarecedores en este sentido, destacaron que un aspecto importante en su teoría del razonamiento de expertos se basa en cuatro nociones básicas:

- 1- Los expertos desarrollan formas muy eficientes de representar en la memoria de trabajo la información dada en una situación de resolución de problemas (por ejemplo, ante los primeros minutos de una entrevista de admisión).
- 2- El conocimiento en la memoria de largo plazo se puede representar como un conjunto de reglas de producción, que especifican qué acción debe ser realizada ante una situación específica. La pericia vendrá determinada por la existencia de un gran número de reglas de este tipo y de carácter de dominio altamente específicas.

3- La tercera de las nociones hace referencia a la distinción entre métodos fuertes y débiles. Por métodos fuertes se entienden las estrategias heurísticas que utilizan la base de conocimiento para limitar la cantidad de búsqueda que se requiere. Por lo que, si un problema es familiar para el experto, podrá aplicar un conjunto de reglas que conducirán directamente a una solución a partir de los hechos dados u observados en el enunciado del problema. Por su parte, los métodos débiles son también heurísticos, pero estos no se basarán en la existencia de una base de conocimiento desarrollada.

4- La cuarta noción hace una distinción entre el razonamiento directo que procederá de los hechos a una solución y el razonamiento inverso que procederá de las hipótesis a los hechos. En general, los métodos débiles implicarán un razonamiento hacia atrás ya que el razonamiento progresivo será bastante ineficaz cuando no esté presente una base amplia de conocimiento. Vale mencionar que la utilización de métodos débiles no estará limitada a los menos expertos, también podrá ser utilizada por expertos, especialmente cuando su base de conocimiento sea inadecuada para llegar a una solución satisfactoria de inmediato (como puede ser la mayoría de las situaciones no rutinaria).

En el estudio realizado por Patel and Groen (1991) se demostró que cuando los problemas que presentan los pacientes son los habituales y el diagnóstico realizado era preciso, los participantes generaban explicaciones mediante un proceso de razonamiento progresivo, mientras que, ningún sujeto que realizara un diagnóstico incompleto o inexacto lo utilizó.

También observaron que los diagnósticos se hacían más inespecíficos e incorrectos en la medida que el problema se alejaba del conocimiento de dominio.

Por ejemplo, el diagnóstico de un trastorno depresivo se encontrará específicamente definido gracias a la codificación minuciosa y la creación de reglas realizada por un panel de expertos. Sin embargo, al comienzo de un proceso diagnóstico, esas reglas no podrían estar más alejadas de la mente de un clínico. La capacidad de los clínicos expertos para reconocer un posible diagnóstico residirá en mayor medida en su capacidad de razonamiento intuitivo y no analítico. Tanto los clínicos expertos, como los nobeles utilizan el mismo proceso de generación de hipótesis y de verificación. La gran diferencia radica en la capacidad o habilidad que tienen para acceder al conocimiento de experiencias pasadas para generar una pequeña lista de posibles diagnósticos (Brush Jr et al., 2017). Por ejemplo, en un antiguo estudio realizado por Barrows et al. (1982) demostraron que la generación temprana de hipótesis era fundamental para la precisión del diagnóstico final. Si el clínico pensó en el diagnóstico correcto dentro de los primeros 5 minutos, la precisión final asciende al 98% mientras que, si no lo hacía, la misma desciende al 25%.

Herbert Simon (1990) describió esta maravillosa capacidad humana al afirmar: **“la situación ha proporcionado una pista; esta señal le ha dado al experto acceso a la información almacenada en la memoria, y la información proporciona la respuesta. La intuición es nada más y nada menos que reconocimiento.”**

La toma de decisiones clínicas implica la capacidad de pensar y actuar sistemáticamente para resolver problemas. Este complejo proceso implica el pensamiento crítico, la práctica reflexiva, la resolución de problemas, el juicio, las válvulas éticas, la responsabilidad profesional y la práctica científica basada en la evidencia. Como se ha mencionado en el marco teórico, los clínicos debemos, en muchos casos, tomar decisiones rápidas basadas en una variedad de

aspectos, por ejemplo, la experiencia, el conocimiento, el reconocimiento de patrones, la intuición y las percepciones personales (Pearson, 2013).

El concepto de heurístico resultará sumamente enriquecedor para comprender el razonamiento diagnóstico inicial de los clínicos ya que, generalmente los pacientes presentan problema, al comienzo, poco estructurados. Por lo que el razonamiento no analítico basado en estos le permitirá al clínico seleccionar y clasificar inicialmente la información que le permita orientar y reducir su búsqueda inicial y estructurar el padecer de la persona en un problema más limitado (Brush, 2015).

En conclusión, las reglas que colaborarán con el análisis y verificación del diagnóstico se irán construyendo gracias al estudio y la experiencia. Por lo cual, en la medida en que el clínico reciba entrenamiento se esperará que mejore su performance. Aunque vale mencionar que en la misma investigación se observó que los clínicos con experiencia intermedia demostraron tener un mejor rendimiento en diversos aspectos que los noveles y los expertos. Sin embargo, estos resultados desaparecieron cuando se analizó la relevancia de las inferencias o la utilización del conocimiento relevante durante la etapa de solución de problemas (Patel & Groen, 1991).

A su vez, en la medida que se va desarrollando el juicio clínico se irán construyendo categorías diagnósticas o prototipos en las cuales se agregarán nuevos objetos. Por lo que a la generación de hipótesis diagnósticas se la podrá pensar como un proceso de categorización.

El desarrollo de estas categorías permitirá a los clínicos reconocer rápidamente posibilidades diagnósticas facilitando la posterior exploración que lo confirme. La experiencia de haber visto una gran variedad de pacientes con un determinado diagnóstico les permitió atesorar en su memoria de largo plazo una determinada categoría que se fue desarrollando con el tiempo. Lo mencionado no significa que las posibilidades diagnósticas sean siempre reconocidas de

inmediato. Para que ello suceda, se requerirá que los clínicos conecten señales clínicas que lo ayuden a resolver el rompecabeza del padecimiento del paciente. El entrenamiento sobre cómo organizar la información, crear una narrativa coherente de la historia en donde se incluya el contexto y los detalles que hacen del padecer facilitará el reconocimiento y diagnóstico. Es decir, organizar la experiencia dentro de una narrativa que de sentido a los acontecimientos y permita hacer hipótesis sobre como evolucionó y evolucionará (Salvatore et al., 2004).

En este sentido, se les pidió a los entrevistados que relaten cómo se imaginan a un paciente deprimido, teniendo en cuenta síntomas, pensamientos, imagen, etc. Dicha pregunta buscó explorar, a partir de la experiencia de cada entrevistado, la imagen prototípica construida y alojada en su memoria. En general es posible decir que fueron los terapeutas con mayores años de experiencia quienes utilizaron una mayor cantidad de códigos para describir a la imagen. La variedad mostró un descenso a medida que los años de experiencia también descendían.

Además, los grupos de mayor experiencia se mostraron más específicos a la hora de definir a la imagen prototípica manifestando la existencia de distintas presentaciones. Incluso, mencionaron que muchas veces se presentarán con características opuestas a las esperadas, como, por ejemplo, presentar con energía; **Discurso claro y racional, eventos estresantes de la vida sin respuesta emocional, Mayor vínculo con el polo ansioso y Sintomatología física.**

En general, los dos grupos de mayor experiencia registraron como síntomas o característica habitual de una persona deprimida a la pérdida. Principalmente a **la Pérdida** de ganas (anhedonia), seguido por Pérdida de energía/ Voluntad (abulia), Pérdida de interés (anhedonia) y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia). Luego registraron al Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.) y Alteraciones en la alimentación (disminución del peso, sobrepeso, obesidad).

Por su parte, en los dos grupos de menor experiencia (10-6 y 1-5 años) la primera gran diferencia que se observa es que “la pérdida” no ha sido mencionada ni como síntomas característicos. He incluso, casi que no se lo ha mencionado en ambos grupos. En su lugar se hizo foco en síntomas visibles en la prosopografía del paciente. Se destacaron síntomas como Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Alteración de actividades que realiza habitualmente (presencia de mayor dificultad para realizar las AVC), alteraciones de la alimentación y del sueño.

Algunos datos más a tener en cuenta:

- El código más utilizado por toda la muestra fue (**Pérdida de ganas (anhedonia)**) coincide con el código más utilizado por el grupo de mayor experiencia.
- El segundo de los códigos más utilizado por toda la muestra (**Descuido personal (vestimenta, vivienda, falta de higiene)**) coincide con el más elegido por el grupo de 6-10 años y el segundo elegido por el grupo de 1-5 años.
- El tercer código (Pérdida de interés) se encuentra entre los más elegidos por los dos grupos de mayor experiencia.
- En los dos grupos de mayor experiencia, el grupo de códigos más elegidos se encuentran caracterizados por **las Pérdidas** mientras que su influencia en los grupos de menor experiencia no es tan determinante.

La capacidad para el reconocimiento de un diagnóstico estará más vinculado a un conocimiento de experiencias pasadas que al de un razonamiento distintivo. Este conocimiento experiencial, a menudo referidas en la literatura psicológica como “ejemplares” constará de un

conjunto de experiencias previas de antiguas situaciones clínicas que han sido categorizadas y almacenadas en la memoria (Brooks et al., 1991).

Es decir que, cada clínico irá almacenando de manera particular en su memoria de largo plazo de manera única e idiosincrásica características claves de distintas presentaciones psicopatológicas. Esta representación puede contener tanto las características relevantes de la enfermedad como otras características exclusivas de esta persona concreta. Así, el asignar una experiencia a una categoría le da significado.

Como las presentaciones clínicas de los pacientes varían dentro de un continuo en donde se encontraran personas que presenten muchas características de una problemática determinada mientras que otros solo unas cuantas, según lo desarrollado la experiencia y la variedad de ejemplares almacenados en la memoria de largo plazo ayudaran al clínico a reconocer características típicas o prototípicas de un cuadro determinado (Brush Jr et al., 2017). Será la ampliación de las categorías lo que le dará al experto un sentido intuitivo para el diagnóstico (Weber et al., 1993). La adquisición de señales implicará recopilar la información relevante que incorpora datos subjetivos y objetivos y, en base a la historia proporcionada por el paciente y/o cuidador junto a la apariencia del paciente y las experiencias clínicas previas, emitirá un juicio inicial.

Lo desarrollado significa que, los clínicos podrán usar conocimientos y experiencias previas para establecer hipótesis en lugar de recopilar solamente información y procesarla. La utilización de estos procesos automáticos permitirá la toma de decisión de manera más rápida y eficaz (Pearson, 2013).

La suma de conocimientos y experiencias que tenga un clínico experto le servirá como base para una rica gama de hipótesis potenciales que serán utilizadas para la interpretación de la

información disponible. La pericia dependerá, no solo del conocimiento, sino también de la manera en que se aplique y adapte de una manera que sea más significativa y útil para el paciente en particular. La construcción de esquemas permitirá al psicoterapeuta usar de manera tácita su conocimiento para enfocarse de manera inmediata en la información más relevante y llegar a juicios apropiados. Por ejemplo, un esquema del trastorno límite de la personalidad podrá contar con ciertas señales o contenidos que hagan más propenso el diagnóstico como: sexo femenino, edad, alteraciones específicas del trastorno (como tendencia suicida, conductas autolesivas, miedos intensos al abandono, desregulación emocional) y posibles quejas sintomáticas (por ejemplo, depresión, ansiedad, dificultades interpersonales, etc.) (Betan & Binder, 2010). Dichos esquemas ayudarán al terapeuta a organizar la complejidad de la narrativa del paciente de manera significativa y coherente en una conceptualización de caso. Dicha conceptualización se mostrará más compleja, elaborada y sofisticada en terapeutas expertos mostrando mayores niveles de abstracción que el de los terapeutas noveles (Betan & Binder, 2010).

Lograr conceptualizar un caso, no significa simplemente insertar información sobre el paciente que se ajusta a la teoría (Cummins, 1992; Eells et al., 2005). También implica ajustar la teoría a las cualidades y circunstancias únicas de la personalidad del paciente, la historia de vida, el estilo interpersonal, el contexto cultural y las necesidades y dificultades actuales.

Continuando con el análisis de los resultados obtenidos, se exploró la sintomatología depresiva relevada por los entrevistados durante la entrevista a raíz del video observado. Dicha exploración se dividió entre aquellos síntomas generales mencionados a lo largo del tiempo que destinado a responder la pregunta y los síntomas mencionados inicialmente (muchas veces espontáneos). Dicha división se hizo a fin de poder verificar cuales síntomas eran recuperados de la memoria de manera más fácil y espontánea de aquellos que requerían una mayor utilización de

recursos cognitivos y por lo tanto de tiempo. Como se ha mencionado anteriormente, desde la teoría de Racionalidad limitada se entiende que una persona puede focalizar y asimilar una pequeña porción de la información presentada, por lo que será importante desarrollar su capacidad de discriminación para seleccionar la información pertinente para la toma de decisión. Al mismo tiempo, se asume que las personas buscan una solución buena y suficiente en lugar de buscar la optimización y con ella, encontrar la mejor solución. Para ello, tendrá un rol activo en la búsqueda de los datos o señales para poder clasificarlos, de manera tal, que pueda tener una mejor comprensión de los hechos en los que debe decidir. Esta búsqueda y el reconocimiento de las señales, en general se realiza, tanto de manera interna a través de la memoria, como externa a través de el ambiente

En general se observó que los códigos utilizados por el grupo de mayor experiencia fueron los más elegidos por toda la muestra. En dicho análisis se observó que “Pérdida de ganas (anhedonia)” es el síntoma que ha sido más elegido por toda la muestra, siendo un solo integrante de esta (6-10 años), el que no lo ha mencionado. En segunda instancia aparece “Alteraciones en el sueño (Insomnio)” el cual no fue elegido por dos integrantes de la muestra, aunque vale aclarar que dichos participantes pertenecen al mismo grupo (1-5 años) por lo que fue elegido por todos los integrantes de los otros grupos con mayor experiencia. En tercer lugar, aparece “Descuido Personal”, el cual no fue elegido por tres terapeutas (uno del grupo de más de 15 años, uno del grupo 11-15 y uno del grupo 1-5 años). En esta posición también encontramos a “Pérdida de energía/voluntad” (no siendo elegido por uno de los integrantes de 11-15 años, uno de 6-10 y uno de 1-5 años).

“Ganas de estar en la cama” aparece en cuarto lugar. Este síntoma que no fue elegido por 4 participantes de la muestra (dos del grupo 1-5 años, uno del grupo 6-10 y uno del grupo de más

de 15 años. En esta posición también encontramos a “Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia)” (no fue elegido por un integrante de 11-15 y tres de 1-5 años). En último lugar de los códigos más elegidos encontremos a “Recurrencia (episodios depresivos previos)” el cual no fue elegido por dos integrantes del grupo de más de 15 años, por uno de 11-15, uno de 6-10 y tres de 1-5 años.

Pero si se evalúan y ordenan los síntomas, independientemente de la cantidad de veces utilizados (ya que todos los grupos no tienen la misma cantidad de participantes) y sobre la base de la frecuencia en la jerarquía de cada grupo, se obtiene que los síntomas con mayor potencia para cada grupo son:

- Más de 15 años: Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnias, etc.); Pérdida de energía/voluntad; Pérdida de ganas (anhedonia); Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia); Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Ansiedad (y sus síntomas) y Pérdida de objetivos y proyectos futuros.
- 10 a 15 años: Alteraciones en el sueño (Insomnio); Ganas de estar en la cama; Pérdida de ganas (anhedonia); Alteraciones en la alimentación; Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.); Ensimismado (aumento de soledad, aislamiento); Pérdida de energía/voluntad; Pérdida de interés y Pérdida de motivación.
- 6-10 años: Alteraciones en el sueño (Insomnio), Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Discurso alterado (enlentecido, entrecortado, monótono), Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.), Pérdida de productividad, Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia), Aumento de conductas

evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional), Dificultad para realizar las actividades cotidianas y Ganas de estar en la cama.

- 1-5 años: Pérdida de ganas (anhedonia), Descuido personal (vestimenta, higiene, etc.), Pérdida energía/voluntad, Alteraciones en el sueño (Insomnio); Dificultades interpersonales (para confiar en los otros, para tomar lo que el otro le sugiere), Ganas de estar en la cama, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Aumento de conductas evitativas (Estrategias de afrontamiento disfuncional y Dificultad para realizar las actividades cotidianas).

Al comparar los resultados con los códigos obtenidos al describir la imagen prototípica se observa en general que los códigos que son utilizados para describirla se encuentran presente entre los primeros síntomas depresivos mencionados. En los grupos de mayor experiencia el peso de la imagen prototípica es más significativa (más de 15 años de experiencia 90% respectivamente; 11-15 años: 95,45%; 6-10 años: 84,61% y 1-5 años: 86,36 %).

Dados los resultados obtenidos, resulta posible hipotetizar que la imagen prototípica registrada en la memoria de los psicoterapeutas tiene mayor peso a medida que se incrementa los años de experiencia. Esta tendrá una gran influencia a la hora de registrar la sintomatología de un paciente en un primer encuentro.

Por lo que resulta posible interpretar que, a medida que desciende la experiencia de los terapeutas, la estabilidad de los síntomas utilizados para describir espontáneamente a un paciente y la imagen recordada en su memoria se reduce. Esto permitiría pensar que, en situaciones de incertidumbre y de baja disponibilidad de tiempo en aquellos terapeutas con menor experiencia,

su búsqueda de información quedaría más ligada a la experiencia del momento y las limitaciones cognitivas. Esto podría explicar por qué, a medida que los años de experiencia descenden, se utiliza una mayor cantidad de códigos/síntomas tanto para describir de manera espontánea a un paciente deprimido como para hacerlo desde la memoria.

También se analizó cuáles son los primeros síntomas que se vienen a la mente de los entrevistados a la hora de pensar en una persona que cursa un trastorno depresivo. A diferencia de lo sucedido cuando se analizó la sintomatología depresiva general, al ingresar el factor tiempo al análisis se observó en general, una baja significativa en la cantidad de códigos utilizados. Cuando el tiempo no ingresa como limitante, como es de imaginar, los entrevistados realizan una descripción más robusta y variada donde se encuentra un mayor número de coincidencias en los síntomas mencionados, obteniéndose un paisaje descriptivo más amplio y profundo. Al ingresar el factor tiempo en el análisis, el número de síntomas utilizados para realizar la descripción y de coincidencias desciende significativamente.

Al comparar los dos grupos de síntomas depresivos analizados en toda la muestra, se observa que, al igual de lo observado anteriormente, tanto en el grupo de 1-5 años y 6-10 años existe una baja coincidencia de códigos utilizados en ambos grupos sintomáticos. Por ejemplo, en ambos grupos mencionados se observaron coincidencias solamente al evaluar los “Códigos utilizados en ambos grupos por dos o un entrevistado”. Por su parte, en el grupo de 11-15 y más de 15 años se observó estabilidad en las selecciones realizadas por la mayoría de los participantes en ambos grupos de síntomas, siendo el grupo de mayor experiencia quien mostro mayor grado de estabilidad.

De la misma manera que al evaluar la influencia de la imagen prototípica en la descripción sintomática en general, al evaluar los primeros síntomas depresivos registrados, la

imagen prototípica muestra una fuerte influencia, la cual irá descendiendo a medida que el terapeuta tenga menos años de experiencia. Por ejemplo, el grupo de mayor experiencia, de los 17 códigos utilizados para mencionar los primeros síntomas depresivos, el 58,8% se encontró también en la imagen prototípica, mientras que el grupo de 11-15 años, de los 15 códigos utilizados el 40% de ellos estuvo presente en la descripción prototípica y en el grupo de 6-10 años estuvo presente en un 33,33%.

Al jerarquizar los síntomas más elegidos por cada grupo se observa:

- Más de 15 años: Alteraciones en el sueño (Insomnio, Hipersomnia, etc.); Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Ganas de estar en la cama; Pérdida de energía/voluntad; y Pérdida o disminución del disfrute (anhedonia).
- 10 a 15 años: Alteraciones en el sueño (Insomnio); Pérdida de ganas (anhedonia); Ganas de estar en la cama; Pérdida de energía/voluntad y Ansiedad (y sus síntomas).
- 6-10 años: Eventos estresantes de la vida (ej. abandono de alguien, muerte de familiar, etc.); Recurrencia; Alteraciones en el sueño (Insomnio), Falta de Higiene y Pérdida de energía/voluntad (a partir de este grupo se observan un mayor descenso de las coincidencias entre los integrantes).
- 1-5 años: Alteraciones en el sueño (Insomnio); Eventos estresantes de la vida, Ánimo deprimido (tristeza, angustia, etc.); Falta de Higiene; Ganas de estar en la cama e Irritabilidad.

También se comparó los resultados de la exploración sintomática realizada con el criterio B del DSM-5, el cual enumera una serie de síntomas necesarios para poder realizar el diagnóstico categorial. El objetivo de dicha comparación fue el de poder verificar las similitudes y discrepancias.

Al realizar la comparación entre la sintomatología prototípica registrada por los entrevistados y los síntomas registrados en el DSM-5 se pudo observar, como ya se ha mencionado anteriormente, que a medida que disminuyen los años de experiencia, la descripción sintomática realizada por el DSM demuestra tener más injerencia en el retrato prototípico de los psicoterapeutas.

Por ejemplo, el grupo de más de 15 años observó que de los 9 síntomas mencionados por el DSM-5 cuatro fueron incluidos dentro de las imágenes prototípicas, lo que representa un 44%. Si lo analizamos tomando en cuenta todo el grupo de síntomas prototípicos (en total fueron 20 códigos), los síntomas elegidos del DSM representan solamente el 25% del listado. En el caso del grupo de 10-15 años, de los 9 síntomas mencionados por el DSM-V, seis fueron incluidos dentro de las imágenes prototípicas, lo cual representa el 66,67%. Lo que significa un fuerte incremento en la influencia (representa un incremento del 22,23%).

En el grupo de 6-10 años, que de los nueve síntomas mencionados por el DSM-V, cinco fueron incluidos dentro de las imágenes prototípicas de los entrevistados, lo cual representa el 55,55%. Si bien al compararlo con los grupos anteriores, se observa una disminución en relación con el grupo de 11-15 años de experiencia (11-15: 66,67%) y un incremento en relación con el grupo de mayor experiencia (44,44%). Al evaluar desde el punto de vista de los síntomas prototípicos se observa que los síntomas del DSM-5 equivalen al 19,23% de la imagen prototípica. Al compararlo nuevamente con los grupos anteriores, se observa una disminución en

relación con el grupo de 11-15 años (27,2%) y con el grupo de mayor experiencia (25%). Por último, el grupo de 1-5 años, de los nueve síntomas mencionados por el DSM-5 siete fueron incluidos dentro de las imágenes prototípicas lo cual representa el 77,78%. Al compararlo con los grupos anteriores se pudo observar que este grupo fue el que mostro un mayor grado de influencia del DSM en la imagen prototípica. Es decir que, la influencia de la descripción sintomática que realiza el DSM presenta un mayor nivel de influencia (en general) en los terapeutas cuanto a la experiencia disminuye. Al mismo tiempo es posible decir que, a medida que los años de experiencia aumentan, las descripciones sintomáticas prototípicas resulta ser más amplia y robustas.

Adicionalmente, a fin de completar la exploración del arco psicopatológico se exploró en los terapeutas el conocimiento de factores de riesgo. Resulta interesante marcar que, en general, independientemente del nivel de experiencia, los entrevistados manifestaron ciertas dificultades para poder definirlos. Incluso se han utilizado en diversas situaciones a factores de riesgos como síntomas habituales. Dentro de los factores de riesgos más nombrados se destacaron: Enfermedades médicas (oncológicas, endocrinológicas, inmunológicas, diabetes, crónicas etc.), Antecedentes familiares, Eventos estresantes de la vida (este código es un ejemplo de lo mencionado anteriormente ya que es ubicado como factor de riesgo, pero también se lo ha mencionado como síntoma característico. Otros factores de riesgos mencionados fueron: ausencia de objetivos y proyectos a futuro, ausencia de trabajo o poca estabilidad laboral y consumo de alcohol y/o drogas

**Ahora bien, para finalizar el análisis de los resultados y,** teniendo en cuenta la alta tasa de comorbilidad presente entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, cuando el entrevistado mencionaba sintomatología ansiosa en la paciente del video se la exploró

detalladamente a fin de evaluar coincidencias con la descripción sintomatológica depresiva. De los síntomas mencionados los que más se destacan son: Aumento de las conductas evitativas, distintos tipos de miedo como a conductas específicas, a morir, a la sintomatología física de la ansiedad, a afecciones médicas. También se registraron a la sudoración, insomnio, hipertensión y palpitaciones.

### **7.1. Limitaciones y recomendaciones futuras**

Los resultados obtenidos son de interés con respecto a la posibilidad de reflexionar sobre las señales que utilizan los terapeutas al evaluar el motivo de consulta del paciente y guiar la exploración inicial para determinar si este presenta un trastorno depresivo dentro de un contexto de limitaciones (ej., cognitivas, de tiempo, etc.) e incertidumbre. Para ello se tuvo en cuenta si el grado de experiencia y marco teórico realizan algún tipo de influencia.

No obstante, es necesario considerar los resultados con cautela ya que, el presente estudio, posee una serie de limitaciones para tener en cuenta. En primer lugar, el mismo es de carácter exploratorio siendo la muestra reducida en cantidad. Los resultados obtenidos no deberían ser generalizados. Las investigaciones en toma de decisión en el campo de la salud mental se encuentran, en general, en los primeros estadios de desarrollo y prueba. La literatura y análisis específicos en el proceso psicoterapéutico es hoy en día limitado. Lo cual restringe los resultados obtenidos en esta investigación y al mismo tiempo marca un camino a recorrer en el futuro.

En segundo lugar, la conformación de los grupos según el grado de experiencia y el marco teórico no siempre se encontró equilibrada. Hubo ciertos grupos que contaron con mayor presencia de entrevistados en un marco teórico y en años de experiencia.

En tercer lugar, teniendo en cuenta las características del método utilizado, ciertas categorías se fueron conformando a lo largo del análisis de las entrevistas de ciertos grupos (como, por ejemplo, el análisis de la contratransferencia). Esto llevo a que las mismas no fueran analizadas en toda la muestra.

Futuras investigaciones podrán explorar el peso y la influencia de las categorías registradas en esta investigación en una muestra más amplia.

## 9 Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar las señales que utilizan los terapeutas, en los primeros minutos de una entrevista diagnóstica, para comenzar a sospechar de la presencia de sintomatología depresiva en el consultante. También intentó determinar la existencia de diferencias según el marco teórico y el grado de desarrollo profesional (experiencia).

Se observó que la experiencia del terapeuta ha sido un factor influyente y significativo en la manera en que realiza la exploración y valoración de la información (voluntaria e involuntariamente) por el consultante. Se ha observado que el grado de experiencia influirá en qué y cómo se explora y analiza la información. También se observó que, a mayor grado de experiencia, el foco de búsqueda de información es más amplio y variado. Mientras que los terapeutas con menos experiencia se focalizan en registrar y recolectar la sintomatología, antecedentes y enfermedades médicas, los terapeutas con mayor experiencia mostraron tener una mirada más amplia y holística del padecer. No solo tomaron nota de los signos y síntomas presentes, sino que también registraron el estilo de comunicación y de afrontamiento de la paciente, lo sentido por ellos durante la entrevista (contratransferencia), etc. Este último punto, a medida que disminuye los años de experiencia deja de ser tenido en cuenta hasta desaparecer de las consideraciones de los terapeutas noveles. Es decir que, a mayor grado de experiencia los terapeutas ampliarán las fuentes de información y los aspectos a ser tenidos en cuenta para la exploración diagnóstica.

A partir de estos hallazgos se exploró el registro que tenían los terapeutas sobre qué les generan los pacientes con síntomas depresivos en general. El común denominador de la respuesta

fue el registro de connotaciones negativa como cansancio, sueño, impotencia, adormecimiento, rechazo, frustración y pesadez. De acuerdo con lo mencionado en el anterior punto, estas respuestas podrían ser resaltadas como señales diagnósticas contratransferenciales que los terapeutas deberían tomar en cuenta.

En sentido de los resultados obtenidos y de las características cognitivas presentes en una situación de incertidumbre como es una primera entrevista diagnóstica, se exploró la relevancia que tienen los heurísticos a la hora de analizar y verificar la información en los primeros minutos de entrevista. Como se ha mencionado anteriormente, el desarrollo del juicio clínico y la construcción de las categorías diagnósticas se ven influenciado por la experiencia del terapeuta. La capacidad de reconocimiento del diagnóstico pareciera estar más vinculado a un conocimiento de experiencias pasadas que al de un razonamiento distintivo.

Al analizar los datos se observó que, si bien se desde el comienzo de la carrera profesional lo terapeutas muestran tener una imagen prototípica de pacientes con sintomatología depresiva conformada, a medida que el terapeuta va adquiriendo experiencia se ha observado una complejización de dicha imagen, adquiriendo mayor peso en el análisis de la información como en el registro de los primeros síntomas depresivos.

Estos resultados permiten pensar que, la imagen prototípica y el desarrollo de las categorías diagnósticas a base de experiencia irán construyendo y ampliando el sentido intuitivo que tiene el experto para el diagnóstico.

A medida que desciende la experiencia terapéutica, la estabilidad de los síntomas utilizados para describir de manera espontánea a un paciente proveniente de su memoria (imagen prototípica) se reduce llevando a que los terapeutas con menor experiencia queden más ligados a la experiencia del momento y a las limitaciones cognitivas y de tiempo. Esto podría llevar a que,

en casos menos claros y de mayor complejidad puedan cometer errores en el análisis de información y enfoque de la conceptualización.

De acuerdo con lo desarrollado, y en sintonía con lo relevado en la investigación, que a menor grado de experiencia existe una mayor influencia de los manuales diagnósticos a la hora de realizar la búsqueda de información.

En relación con los síntomas más significativos registrados, se observó que los terapeutas de mayor experiencia, los primeros síntomas depresivos registrados tomaron como característica central a la pérdida (de ganas, de energía/voluntad, de interés, del disfrute, etc. a diferencia de lo observado en los grupos de menor experiencia donde los síntomas registrados estuvieron vinculados más con la prosopografía del paciente como por ejemplo, se resaltó al descuido personal (vestimenta, vivienda, higiene), el tipo de discurso alterado, alteraciones de las actividades realizadas habitualmente por el consultante, alteraciones en la alimentación y en el sueño.

Por último, resulta interesante registrar que al observar el desempeño de los entrevistados teniendo en cuenta su marco teórico se observó que aquellos terapeutas que tenían como marco de referencia a la teoría psicodinámica mostraron mayor grado de amplitud en el registro y exploración de la información teniendo menos desarrollo experiencial en comparación con los terapeutas cuyo marco teórico era la teoría cognitiva comportamental.

### **9.1 Futuras direcciones**

Los resultados obtenidos presentan información novedosa en como toman decisiones diagnosticas los terapeutas y al mismo tiempo se encuentra en sintonía con investigaciones relevantes en toma de decisión realizadas en otras áreas de conocimiento. Resulta necesario

profundizar en los hallazgos obtenidos a fin de poder ampliar los conocimientos registrados. Esto permitirá que se pueda pensar nuevas formas y maneras de entrenar a futuros profesionales.

## Referencias

Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., & Cohen, G. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 341-382.

Andrews, G., Brugha, T., Thase, M. E., Duffy, F. F., Rucci, P., & Slade, T. (2007). Dimensionality and the category of major depressive episode. *Int J Methods Psychiatr Res, 16 Suppl 1*(S1), S41-51. <https://doi.org/10.1002/mpr.216>

Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001, Feb). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry, 178*(2), 145-153.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157427>

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.

- Bech, P. (1990). Measurement of psychological distress and well-being. *Psychother Psychosom*, 54(2-3), 77-89. <https://doi.org/10.1159/000288382>
- Berton, O., Covington III, H. E., Ebner, K., Tsankova, N. M., Carle, T. L., Ulery, P., Bhonsle, A., Barrot, M., Krishnan, V., & Singewald, G. M. (2007). Induction of  $\Delta$ FosB in the periaqueductal gray by stress promotes active coping responses. *Neuron*, 55(2), 289-300.
- Beutler, L. (1991). Selective treatment matching: Systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 28, 457-462.
- Beutler, L., & Martin, B. (2000). Prescribing Therapeutic Interventions Through Strategic treatment selection. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 1-17.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Williams, R. E. (1995). *Integrative and eclectic therapies in practice*. Oxford University Press.
- Bröder, A. (2003). Decision making with the "adaptive toolbox": influence of environmental structure, intelligence, and working memory load. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 29(4), 611.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of abnormal psychology, 110*(4), 585-599.

Carey, T., Mansell, W., & Tai, S. (2015). *Principles- based counselling and psychotherapy: a method of levels approach*. Taylor & Francis Group.

Caspar. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research, 7*(2), 105-125. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331913>

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003, Jul 18). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 301*(5631), 386-389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>

Corcoran, K., & Fischer, J. (2006). *Measures for clinical practice: A sourcebook*. Simon and Schuster.

Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes: la razón de las emociones*. Andrés Bello.

Dhami, M. K. (2003). Psychological models of professional decision making. *American Psychological Society (Division 9)*, 14(2), 175-180.

Dougherty, M., Gettys, C., & Ogden, E. (1999). MINERVA-DM: A memory processes model for judgments of likelihood. *Psychological Review*, 106(1), 180.

Dougherty, M. R., Franco-Watkins, A. M., & Thomas, R. (2008). Psychological plausibility of the theory of probabilistic mental models and the fast and frugal heuristics. *Psychological Review*, 115(1), 199-213. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.1.199>

Dougherty, M. R., & Hunter, J. E. (2003, Jul). Hypothesis generation, probability judgment, and individual differences in working memory capacity. *Acta Psychol (Amst)*, 113(3), 263-282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834999>

Dummel, S., Rummel, J., & Voss, A. (2016). Additional information is not ignored: New evidence for information integration and inhibition in take-the-best decisions. *Acta psychologica*, 163, 167-184.

Etzioni, A. (1967). Mixed-scanning: A "third" approach to decision-making. *Public administration review*, 385-392.

Evans, J. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annu. Rev. Psychol.*, *59*, 255-278.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319-324.

Fava, G. A., & Mangelli, L. (2001). Assessment of subclinical symptoms and psychological well-being in depression. *European archives of psychiatry clinical neuroscience*, *251*(2), 47-52.

Fava, M., Bouffides, E., Pava, J. A., McCarthy, M. K., Steingard, R. J., Rosenbaum, J. F. J. P., & Psychosomatics. (1994). Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. *62*(3-4), 160-167.

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013, Nov). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, *10*(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>

Frances, A. (2013, Jun). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, *12*(2), 111-112. <https://doi.org/10.1002/wps.20027>

Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 67-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>

Genero, N., & Cantor, N. (1987). Exemplar prototypes and clinical diagnosis: Toward a cognitive economy. *Journal of Social Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(1), 59-78.

Gigerenzer, G. (2000). *Adaptive thinking: Rationality in the real world*. Oxford University Press, USA.

Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 451-482. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145346>

Gigerenzer, G., & Regier, T. (1996). How do we tell an association from a rule? Comment on Sloman (1996).

Gigerenzer, G., & Selten, R. (2002). *Bounded rationality: The adaptive toolbox*. MIT press.

Gigerenzer, & Todd. (1999). *Fast and Frugal Heuristics: The Adaptive Toolbox*.

Gigerenzer, G., & Brighton, H. (2009). Homo Heuristicus: Why Biased Minds Make Better Inferences. *Topics in Cognitive Science*, 1, 107-143.

<https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2008.01006.x>

Homo

Gigerenzer, G., & Goldstein, D. (1996). Reasoning the Fast and Frugal Way: Models of Bounded Rationality [Journal Article]. *Psychological Review*, 103(4), 650-669.

<https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.650>

Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54-65.

Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000, Mar). Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychol Assess*, 12(1), 19-30.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10752360>

Hanoch, Y. (2002). "Neither an angel nor an ant": Emotion as an aid to bounded rationality. *Journal of Economic Psychology*, 23, 1-25.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. American Psychological Association.

Hudson, C. (2009). Decision Making in Evidence-Based Practice: Science and Art. *Smith College Studies in Social Work, 79*(2), 155-174.

Jette, D. U., Grover, L., & Keck, C. P. (2003). A qualitative study of clinical decision making in recommending discharge placement from the acute care setting. *Phys Ther, 83*(3), 224-236.

Kahneman, D., & Frederick, S. (2002). Representativeness revisited: Attribute substitution in intuitive judgment. *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment, 49*.

Keren, G., & Schul, Y. (2009). Two is not always better than one a critical evaluation of two-system theories. *Perspectives on psychological science, 4*(6), 533-550.

Kim, N. S., & Ahn, W.-k. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General, 131*(4), 451.

Klein, D. N., Glenn, C. R., Kosty, D. B., Seeley, J. R., Rohde, P., & Lewinsohn, P. M. (2013, Feb). Predictors of first lifetime onset of major depressive disorder in young adulthood. *J Abnorm Psychol*, *122*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1037/a0029567>

Klein, G. (2014). An overview of naturalistic decision making applications. In *Naturalistic decision making* (pp. 69-80). Psychology Press.

Kruglanski, A., & Gigerenzer, G. (2011, Jan). Intuitive and deliberate judgments are based on common principles. *Psychological Review*, *118*(1), 97-109. <https://doi.org/10.1037/a0020762>

Kruglanski, A. W., Raviv, A., Bar-Tal, D., Raviv, A., Sharvit, K., Ellis, S., Bar, R., Pierro, A., & Mannetti, L. (2005). Says who?: Epistemic authority effects in social judgment. *Advances in experimental social psychology*, *37*, 345-392.

Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012, Mar 17). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*, *379*(9820), 1045-1055. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60602-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60602-8)

Leibovich de Duarte, A., Duhalde, C., Huerin, V., Rutzstein, G., & Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. *Revista Argentina de Psiquiatría*, *12*, 194-203.

Leibovich De Duarte, A., Zanotto, M. E., Roussos, A., Huerin, V., & Torricelli, F. (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en salud mental en el sector público de la ciudad de Buenos Aires. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.*

Lipshitz, R., Klein, G., Orasanu, J., & Salas, E. (2001). Taking stock of naturalistic decision making. *Journal of behavioral decision making*, *14*(5), 331-352.

Maier, S. F., & Watkins, L. R. (2005). Stressor controllability and learned helplessness: the roles of the dorsal raphe nucleus, serotonin, and corticotropin-releasing factor. *Neurosci Biobehav Rev*, *29*(4-5), 829-841.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.03.021>

Maj, M. (2013). "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry*, *12*(2), 89-91.

Mann, J. J., Brent, D. A., & Arango, V. (2001, May). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system.

*Neuropsychopharmacology*, 24(5), 467-477. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00228-1](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00228-1)

Murphy, G. L., & Medin, D. L. J. P. r. (1985). The role of theories in conceptual coherence. *92*(3), 289.

Newell, B. R., & Shanks, D. R. (2003). Take the Best or Look at the Rest ? Factors Influencing “ One-Reason ” Decision Making. *Experimental Psychology: Learning, memory and cognition*, 29(1), 53-65. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.29.1.53>

Newton, K., & Van Deth, J. (2016). *Foundations of comparative politics: democracies of the modern world*. Cambridge University Press.

O'Hare, T. (2015). *Evidence-based practice for social workers: An interdisciplinary approach*. Lyceum Books.

Orasanu, J., & Connolly, T. (1993). *The reinvention of decision making*. Norwood,.

Organization, W. H. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.

Park, J., Goode, J., Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2016). Clinical errors that can occur in the treatment decision-making process in psychotherapy. *Psychotherapy, 53*(3), 257.

Perlman, H. (1957). *Social casework: A problem-solving process*. University of Chicago Press.

Pfeiffer, A. M., Whelan, J. P., & Martin, J. M. (2000). Decision-making bias in psychotherapy: Effects of hypothesis source and accountability. *Journal of Counseling Psychology, 47*(4), 429.

Redelmeier, D., & Shafir, E. (1995). Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. *JAMA : the journal of the American Medical Association, 273*(4), 302-305. <https://doi.org/10.1001/jama.273.4.302>

Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. J. W. P. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *12*(2), 92-98.

Richardson, K., & Barkham, M. (2017). Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors. *Journal of Mental Health, 1-13*.  
<https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370629>

Rosen, A. (2003). Evidence-based social work practice: Challenges and promise. *Social Work Research, 27*(4), 197-208.

Ruscio, A., & Holohan, D. (2006). Applying empirically supported treatments to complex cases: Ethical, empirical, and practical considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(2), 146-162.

Rutzstein, G., & Leibovich de Duarte, A. (2005). Psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos: un estudio comparativo sobre inferencias diagnosticas ante un mismo material clinico centrado en trastornos de la alimentacion. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.*

Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(140-152).

Schottenbauer, M., Glass, C., & Arnkoff, D. (2007). Decision Making and Psychotherapy Integration: Theoretical Considerations, Preliminary Data, and Implications for Future Research. *Journal of Psychotherapy Integration, 17*(3), 225-250.

<https://doi.org/10.1037/1053-0479.17.3.225>

[Record #613 is using a reference type undefined in this output style.]

Simon, H. (1990). Invariants of human behavior. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 1-20.

Simon, H., Dantzig, G., Hogarth, R., Plott, C., Raiffa, H., Schelling, T., Shepsle, K., Thaler, R., Tversky, A., & Winter, S. (1987). Decision making and problem solving. *Interfaces*, 17(5), 11-31.

Slovic, P., & Lichtenstein, S. (1971). Comparison of Bayesian and regression approaches to the study of information processing in judgment. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 6, 649-744.

Smith, L., & Gilhooly, K. (2006). Regression versus fast and frugal models of decision-making: The case of prescribing for depression. *Applied Cognitive Psychology*, 20(2), 265-274. <https://doi.org/10.1002/acp.1189>

Smith, M., Glass, G. V., & Miller, T. (1980). *The Benefits of psychotherapy*. John Hopkins University Press.

Spitzer, R. L. (1983, Sep-Oct). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry*, 24(5), 399-411. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6354575>

Stanovich, K. E., & West, R. F. (2000). Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate? *Behavioral brain sciences*, 23(5), 645-665.

Swaab, D. F., Bao, A. M., & Lucassen, P. J. (2005, May). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Res Rev*, 4(2), 141-194.

<https://doi.org/10.1016/j.arr.2005.03.003>

Thomas, R., Dougherty, M. R., & Buttaccio, D. R. (2014). Memory constraints on hypothesis generation and decision making. *Current Directions in Psychological Science*, 23(4), 264-270.

Thomas, R. P., Dougherty, M. R., Sprenger, A. M., & Harbison, J. (2008). Diagnostic hypothesis generation and human judgment. *Psychological Review*, 115(1), 155.

Thomas, R. P., Dougherty, M. R., Sprenger, A. M., & Harbison, J. I. (2008, Jan). Diagnostic hypothesis generation and human judgment. *Psychol Rev*, 115(1), 155-185.

<https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.1.155>

Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207-232.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974, Sep 27). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, *185*(4157), 1124-1131.

<https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>

Tversky, A., & Koehler, D. (1994). Support theory: A nonextensional representation of subjective probability. *Psychological Review*, *101*(4), 547.

Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, *184*(5), 386-392.

Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, *40*(4), 601-623.

Weber, E., & Johnson, E. (2009). Mindful Judgment and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, *60*, 53-85.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163633>

Westen, D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*, *11*(1), 16-21. (World Psychiatry)

Westen, D., Malone, J. C., & DeFife, J. A. (2012, Oct). An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry, 11*(3), 172-180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23024677>

Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (2006, May). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry, 163*(5), 846-856. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.846>

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., & Johns, N. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 382*(9904), 1575-1586.

WHO. (2008). *The Global Burden of disease: 2004 update*. WHO Press. [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html).

Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecificos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapeutico: una sistematizacion. *Terapia psicologica, 8*(11), 35-40.

- Woolfolk, R. L. (1974). The multimodal model as a framework for decision-making in psychotherapy. *Psychological reports, 34*(3), 831-834.
- Ablon, J., & Jones, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*(1), 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry, 159*(5), 775-783. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy (Chic), 43*(2), 216-231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.216>
- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., & Cohen, G. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 341-382.
- Al-Mosaiwi, M., & Johnstone, T. (2018). In an absolute state: Elevated use of absolutist words is a marker specific to anxiety, depression, and suicidal ideation. *Clinical Psychological Science, 6*(4), 529-542.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2004). Cómo hacer investigación cualitativa.

- Anchin, J. C., Fernández-Alvarez, H., Botella, L., & Iwakabe, S. (2016). Training new therapists around the world: Making the implicit explicit. *The Integrative Therapist*, 2(2), 19-22.
- Andrews, G., Brugha, T., Thase, M. E., Duffy, F. F., Rucci, P., & Slade, T. (2007). Dimensionality and the category of major depressive episode. *Int J Methods Psychiatr Res*, 16 Suppl 1(S1), S41-51. <https://doi.org/10.1002/mpr.216>
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*, 178(2), 145-153. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157427>
- Andrews, G. J. B. B. M. J. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? , 322(7283), 419.
- Angus, L. E., & Rennie, D. L. (1989). Envisioning the representational world: The client's experience of metaphoric expression in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(3), 372.
- Appelhans, B. M., French, S. A., Pagoto, S. L., & Sherwood, N. E. (2016). Managing temptation in obesity treatment: A neurobehavioral model of intervention strategies. *Appetite*, 96(April 2016), 268-279. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.035>
- Arnau-Soler, A., Adams, M. J., Clarke, T. K., MacIntyre, D. J., Milburn, K., Navrady, L., Generation, S., Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics, C., Hayward, C., McIntosh, A., & Thomson, P. A. (2019). A validation of the diathesis-stress model for depression in Generation Scotland. *Transl Psychiatry*, 9(1), 25. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0356-7>

- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence: Isolation and communion in Western man*. Beacon Press (MA).
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 258-297.
- Barlow, D. (1991). Disorders of emotion. *Psychological inquiry*, 2(1), 58-71.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *Am Psychol*, 65(1), 13-20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365.
- Barrows, H. S., Norman, G. R., Neufeld, V. R., & Feightner, J. W. (1982). The clinical reasoning of randomly selected physicians in general medical practice. *Clin Invest Med*, 5(1), 49-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7116714>
- Bech, P. (1990). Measurement of psychological distress and well-being. *Psychother Psychosom*, 54(2-3), 77-89. <https://doi.org/10.1159/000288382>

- Beck, A. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*, *165*(8), 969-977.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A. T., Sethi, B. B., & Tuthill, R. W. (1963). Childhood bereavement and adult depression. *Arch Gen Psychiatry*, *9*(3), 295-302. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13970047>
- Berton, O., Covington III, H. E., Ebner, K., Tsankova, N. M., Carle, T. L., Ulery, P., Bhonsle, A., Barrot, M., Krishnan, V., & Singewald, G. M. (2007). Induction of  $\Delta$ FosB in the periaqueductal gray by stress promotes active coping responses. *Neuron*, *55*(2), 289-300.
- Betan, E. J., & Binder, J. L. (2010). Clinical expertise in psychotherapy: How expert therapists use theory in generating case conceptualizations and interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*(3), 141-152.
- Beutler, L. (1991). Selective treatment matching: Systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *28*, 457-462.
- Beutler, L., & Martin, B. (2000). Prescribing Therapeutic Interventions Through Strategic treatment selection. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 1-17.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Williams, R. E. (1995). *Integrative and eclectic therapies in practice*. Oxford University Press.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. s. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, *20*(3), 285-294.

- Blöte, A., & Westenberg, P. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *of adolescence, 71*, 110-118.
- Bowlby, J. (1976). *El apego y la pérdida: La separación afectiva*. Paidós.
- Bowlby, J., & Báez, A. (1993). *La pérdida: tristeza y depresión*. Paidós.
- Breslau, N., Lipton, R., Stewart, W., Schultz, L., & Welch, K. (2003). Comorbidity of migraine and depression investigating potential etiology and prognosis. *Neurology, 60*(8), 1308-1312.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45*(7), 849-858.  
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000220849.48650.59>
- Bröder, A. (2003). Decision making with the "adaptive toolbox": influence of environmental structure, intelligence, and working memory load. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 29*(4), 611.
- Brooks, L. R., Norman, G. R., & Allen, S. W. (1991). Role of specific similarity in a medical diagnostic task. *J Exp Psychol Gen, 120*(3), 278-287. <https://doi.org/10.1037//0096-3445.120.3.278>
- Brown, B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In *Handbook of adolescent psychology* (Vol. 2).
- Brown, L. C., Majumdar, S. R., Newman, S. C., & Johnson, J. A. (2005). History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes care, 28*(5), 1063-1067.
- Brown, T., & Barlow, D. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2*, 292-327.

- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess*, *21*(3), 256-271.  
<https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of abnormal psychology*, *110*(4), 585-599.
- Brush, J. (2015). The science of the art of medicine: a guide to medical reasoning. *Manakin-Sabot, VA: Dementi Publishing*.
- Brush Jr, J. E., Sherbino, J., & Norman, G. R. (2017). How expert clinicians intuitively recognize a medical diagnosis. *The American journal of medicine*, *130*(6), 629-634.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *26*(2), e12278.
- Carey, T., Mansell, W., & Tai, S. (2015). *Principles-based counselling and psychotherapy: a method of levels approach*. Taylor & Francis Group.
- Carney, R. M., Howells, W. B., Freedland, K. E., Duntley, S. P., Stein, P. K., Rich, M. W., & Miller, G. E. (2006). Depression and obstructive sleep apnea in patients with coronary heart disease. *Psychosom Med*, *68*(3), 443-448.  
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204632.91178.26>

- Caspar. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7(2), 105-125. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331913>
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
- Cerdá, J. M., Rodríguez, M. P., García, M. H., & Gaspar, O. S. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13(4), 312-319.
- Churchill, S. D., & Wertz, F. J. (2015). An introduction to phenomenological research in psychology: Historical, conceptual, and methodological foundations.
- Clak, D., & Beck, A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*, 100(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Cohen, S., Murphy, M., & Prather, A. (2019). Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annual Review of Psychology*, 70, 577-597.
- Cole, D. A., Cai, L., Martin, N. C., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., Garber, J., Curry, J. F., Hyde, J. S., Essex, M. J., Compas, B. E., Goodyer, I. M., Rohde, P., Stark, K. D., Slattery, M. J., & Forehand, R. (2011). Structure and measurement of depression in youths: applying item

response theory to clinical data. *Psychol Assess*, 23(4), 819-833.

<https://doi.org/10.1037/a0023518>

Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., Gordon, S., Wright, M. J., Montgomery, G. W., Madden, P. A. F., Ripke, S., Eaves, L. J., Heath, A. C., Wray, N. R., Medland, S. E., Martin, N. G., & Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics, C. (2018). A direct test of the diathesis–stress model for depression. *Molecular Psychiatry*, 23(7), 1590-1596.

<https://doi.org/10.1038/mp.2017.130>

Corcoran, K., & Fischer, J. (2006). *Measures for clinical practice: A sourcebook*. Simon and Schuster.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8), 837-844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>

Crocamo, L. N., & Benatuil, D. (2022). Escala de competencias clínicas básicas para psicoterapeutas (ECCBP). Construcción y fiabilidad para Argentina. *Interdisciplinaria*, 39(1), 57-76.

Cummins, D. D. (1992). Role of analogical reasoning in the induction of problem categories. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 18(5), 1103.

d’Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *adolescence*, 30(2), 271-282.

Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes: la razón de las emociones*. Andrés Bello.

- Danneel, S., Bijttebier, P., Bastin, M., Colpin, H., Van den Noortgate, W., Van Leeuwen, K., Verschueren, K., & Goossens, L. (2019). Loneliness, Social Anxiety, and Depressive Symptoms in Adolescence: Examining Their Distinctiveness Through Factor Analysis. *Journal of Child Family Studies*, 1-11.
- Das, J., Rajanikant, G. J. N., & Reviews, B. (2018). Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke.
- Davila, J., Stroud, C., Starr, L., Miller, M., Yoneda, A., & Hershenberg, R. (2009). Romantic and sexual activities, parent–adolescent stress, and depressive symptoms among early adolescent girls. *Journal of adolescence*, 32(4), 909-924.
- Davis, B., Sheeber, L., Hops, H., & Tildesley, E. (2000). Adolescent responses to depressive parental behaviors in problem-solving interactions: Implications for depressive symptoms. *Abnormal Child Psychology*, 28, 451-465.
- De Smet, M. M., Meganck, R., Van Nieuwenhove, K., Truijens, F. L., & Desmet, M. (2019). No change? A grounded theory analysis of depressed patients' perspectives on non-improvement in psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 10, 588.
- Dhami, M. K. (2003). Psychological models of professional decision making. *American Psychological Society (Division 9)*, 14(2), 175-180.
- Dodge, K. A., Lansford, J. E., Burks, V. S., Bates, J. E., Pettit, G. S., Fontaine, R., & Price, J. M. (2003). Peer rejection and social information-processing factors in the development of aggressive behavior problems in children. *Child Dev*, 74(2), 374-393.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12705561>

- Dodgson, J. E. (2019). Reflexivity in qualitative research. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 220-222.
- Dombrowski, A., Cyranowski, J., Mulsant, B., Houck, P., Buysse, D., Andreescu, C., Thase, M., Mallinger, A., & Frank, E. (2008). Which symptoms predict recurrence of depression in women treated with maintenance interpersonal psychotherapy? *Depression and anxiety*, 25(12), 1060-1066.
- Dougherty, M., Gettys, C., & Ogden, E. (1999). MINERVA-DM: A memory processes model for judgments of likelihood. *Psychological Review*, 106(1), 180.
- Dougherty, M. R., Franco-Watkins, A. M., & Thomas, R. (2008). Psychological plausibility of the theory of probabilistic mental models and the fast and frugal heuristics. *Psychological Review*, 115(1), 199-213. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.1.199>
- Dougherty, M. R., & Hunter, J. E. (2003). Hypothesis generation, probability judgment, and individual differences in working memory capacity. *Acta Psychol (Amst)*, 113(3), 263-282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834999>
- Dummel, S., Rummel, J., & Voss, A. (2016). Additional information is not ignored: New evidence for information integration and inhibition in take-the-best decisions. *Acta psychologica*, 163, 167-184.
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J., & Zandi, P. J. A. o. g. p. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. 65(5), 513-520.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice

- cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *J Consult Clin Psychol*, 73(4), 579-589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T., Fabes, R., Shepard, S., Reiser, M., Murphy, B., Losoya, S., & Guthrie, I. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, 72(4), 1112-1134.
- Eisenberg, N., Hernández, M., & Spinrad, T. (2017). *The relation of self-regulation to children's externalizing and internalizing problems*. Oxford University Press.
- Elfaoumy, R. (2018). COPING STYLES AND PERSONALITY TRAITS AMONG DEPRESSED PATIENTS. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 5(2), 124-141.
- Ericsson, K. A., & Simon, H. A. (1984). *Protocol analysis: Verbal reports as data*. the MIT Press.
- Etzioni, A. (1967). Mixed-scanning: A "third" approach to decision-making. *Public administration review*, 385-392.
- Evans, J. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 255-278.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fava, & Mangelli. (2001). Assessment of subclinical symptoms and psychological well-being in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 Suppl 2(2), 1147-52.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824836>
- Fava, G. A., & Mangelli, L. (2001). Assessment of subclinical symptoms and psychological well-being in depression. *European archives of psychiatry clinical neuroscience*, 251(2), 47-52.

- Fava, M., Bouffides, E., Pava, J. A., McCarthy, M. K., Steingard, R. J., Rosenbaum, J. F. J. P., & Psychosomatics. (1994). Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. *62*(3-4), 160-167.
- Fernández-Alvarez, H., & Castonguay, L. G. (2018). Investigación orientada por la práctica: Avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. Introducción. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *27*(2), 107-114.
- Fernández-Álvarez, J., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B., & Fernández-Álvarez, H. (2017). Investigando el estilo personal del terapeuta: Correspondencia entre las autodescripciones y la observación de jueces externos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *22*(3), 207-217.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, *10*(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Fossati, P. (2018). Is major depression a cognitive disorder? *Revue Neurologique*, *174*(4), 212-215.
- Fountoulakis, K. N., Kantartzis, S., Siamouli, M., Panagiotidis, P., Kaprinis, S., Iacovides, A., & Kaprinis, G. (2006). Peripheral thyroid dysfunction in depression. *World J Biol Psychiatry*, *7*(3), 131-137. <https://doi.org/10.1080/15622970500474739>
- Frances, A. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, *12*(2), 111-112. <https://doi.org/10.1002/wps.20027>

- Francis, J. L., Moitra, E., Dyck, I., & Keller, M. B. (2012). The impact of stressful life events on relapse of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety, 29*(5), 386-391.  
<https://doi.org/10.1002/da.20919>
- Freedland, K. E., & Carney, R. M. J. B. m. (2013). Depression as a risk factor for adverse outcomes in coronary heart disease. *11*(1), 131.
- Freedland, K. E., & Carney, R. M. J. H. o. d. (2009). Depression and medical illness. *2*, 113-141.
- Freud, S. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria: tres ensayos de teoría sexual y otras obras. In *Fragmento de análisis de un caso de histeria: tres ensayos de teoría sexual y otras obras* (pp. xiv, 312-xiv, 312).
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annu Rev Clin Psychol, 1*, 67-89.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>
- García-Escalera, Chorot, P., Valiente, R., Reales, J., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*(3), 147.
- Genero, N., & Cantor, N. (1987). Exemplar prototypes and clinical diagnosis: Toward a cognitive economy. *Journal of Social Clinical Psychology & Psychotherapy, 5*(1), 59-78.
- Genise, N. (2019). Introducción a la psicopatología dimensional: Inter/externalizadores In G. Genise, N. Genise, & L. Crocamo (Eds.), *Manual de psicoterapia y psicopatología de niños y adolescentes* (pp. 79-102). Akadia.
- Gigerenzer, G. (2000). *Adaptive thinking: Rationality in the real world*. Oxford University Press, USA.

- Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 451-482. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145346>
- Gigerenzer, G., & Regier, T. (1996). How do we tell an association from a rule? Comment on Sloman (1996).
- Gigerenzer, G., & Selten, R. (2002). *Bounded rationality: The adaptive toolbox*. MIT press.
- Gigerenzer, G., & Todd, P. (1999). *Fast and Frugal Heuristics: The Adaptive Toolbox*.
- Gigerenzer, G., & Brighton, H. (2009). Homo Heuristicus: Why Biased Minds Make Better Inferences. *Topics in Cognitive Science*, 1, 107-143. <https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2008.01006.x>
- Homo
- Gigerenzer, G., & Goldstein, D. (1996). Reasoning the Fast and Frugal Way: Models of Bounded Rationality [Journal Article]. *Psychological Review*, 103(4), 650-669. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.650>
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Strutzel, E. (1968). The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. *Nursing research*, 17(4), 364.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J., & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: a comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *J Consult Clin Psychol*, 66(5), 803-810. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.5.803>
- Goncalves, S. F., Chaplin, T. M., Turpyn, C. C., Niehaus, C. E., Curby, T. W., Sinha, R., & Ansell, E. B. (2019). Difficulties in Emotion Regulation Predict Depressive Symptom Trajectory

from Early to Middle Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*, 1-13.

<https://doi.org/10.1007/s10578-019-00867-8>

Goodman, J. (2019). Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*.

Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54-65.

Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2008). *Handbook of depression*. Guilford Press.

Gotlib, I. H., Joormann, J., Minor, K. L., & Hallmayer, J. (2008). HPA axis reactivity: a mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress, and depression. *Biological psychiatry*, 63(9), 847-851.

Grafanaki, S. (1996). How research can change the researcher: The need for sensitivity, flexibility and ethical boundaries in conducting qualitative research in counselling/psychotherapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 24(3), 329-338.

Grandi, S., Fabbri, S., Tossani, E., Mangelli, L., Branzi, A., & Magelli, C. (2001). Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychother Psychosom*, 70(4), 176-183. <https://doi.org/10.1159/000056250>

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

Greeno, J. G., & Simon, H. A. (1988). Problem solving and reasoning.

- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M., & Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological medicine, 40*(7), 1125-1136.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychol Assess, 12*(1), 19-30.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10752360>
- Gruenewald, T. L., Kemeny, M. E., Aziz, N., & Fahey, J. L. (2004). Acute threat to the social self: shame, social self-esteem, and cortisol activity. *Psychosom Med, 66*(6), 915-924.  
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000143639.61693.ef>
- Hage, M. P., & Azar, S. T. (2012). The link between thyroid function and depression. *Journal of thyroid research, 2013*.
- Hanoch, Y. (2002). "Neither an angel nor an ant": Emotion as an aid to bounded rationality. *Journal of Economic Psychology, 23*, 1-25.
- Harald, B., & Gordon, P. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of affective disorders, 139*(2), 126-140.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*(3), 184-191.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).  
<https://doi.org/10.1017/S0033291712002395>

Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'Hara, R., & Parry, G. D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy.

*Psychother Res*, 29(3), 403-414. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393575>

Harkness, K., & Lumley, M. (2008). *Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents*. Guilford Press.

Hayden, E. P., Dougherty, L. R., Maloney, B., Olino, T. M., Sheikh, H., Durbin, C. E., Nurnberger, J. I., Jr., Lahiri, D. K., & Klein, D. N. (2008). Early-emerging cognitive vulnerability to depression and the serotonin transporter promoter region polymorphism. *J Affect Disord*, 107(1-3), 227-230.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.028>

Hendryx, M., Haviland, M., & Shaw, D. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of personality assessment*, 56(2), 227-237.

[Record #826 is using a reference type undefined in this output style.]

Herba, C., Glover, V., Ramchandani, P., & Rondon, M. (2016). Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 983-992.

Herman, K., Hodgson, C., Eddy, C., Cohen, D., Reinke, W. M., Burrell, L., & Duggan, A. K. (2019). Does child likeability mediate the link between academic competence and depressive symptoms in early elementary school?. *Child development.*, 0(0), 1-14.

Herman, K., Reinke, W., Parkin, J., Traylor, K., & Agarwal, G. (2009). Childhood depression: Rethinking the role of the school. *Psychology in the Schools*, 45(5), 433-446.

Hill, C., Thompson, B., & Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572.

- Hill, C. E. (2012). *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena*. American Psychological Association.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., Wisniewski, S., Warden, D., Biggs, M. M., Friedman, E. S., Husain, M., Kupfer, D. J., Nierenberg, A. A., Petersen, T. J., Shores-Wilson, K., & Rush, A. J. (2006). Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: preliminary findings from the STAR\*D clinical trial. *J Psychiatr Res*, *40*(1), 59-69.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.07.008>
- Holmes, J. (2002). Interpersonal expectations as the building blocks of social cognition: An interdependence theory perspective. *Personal Relationships*, *9*(1), 1-26.
- Horowitz, L., Wilson, K., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(1), 67-86.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. American Psychological Association.
- Hudson, C. (2009). Decision Making in Evidence-Based Practice: Science and Art. *Smith College Studies in Social Work*, *79*(2), 155-174.
- Jääskeläinen, E., Juola, T., Korpela, H., Lehtiniemi, H., Nietola, M., Korkeila, J., & Miettunen, J. (2018). Epidemiology of psychotic depression—systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(6), 905-918.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton, R., & Martin, J. (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Arch Gen Psychiatry*, *59*(3), 215-222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11879158>

- Janiaud, P., Cornu, C., Lajoinie, A., Djemli, A., Cucherat, M., & Kassai, B. (2017). Is the perceived placebo effect comparable between adults and children? A meta-regression analysis. *Pediatric research, 81*(1-1), 11.
- Jette, D. U., Grover, L., & Keck, C. P. (2003). A qualitative study of clinical decision making in recommending discharge placement from the acute care setting. *Phys Ther, 83*(3), 224-236.
- Joiner, T. E. J. (2000). Depression's vicious scree: Self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clinical Psychology: Science Practice, 7*(2), 203-218.
- Kahneman, D., & Frederick, S. (2002). Representativeness revisited: Attribute substitution in intuitive judgment. *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment, 49*.
- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist, 59*(8), 774.
- Kaufman, J., Yang, B., Douglas-Palumberi, H., Grasso, D., Lipschitz, D., Houshyar, S., Krystal, J., & Gelernter, J. (2006). Brain-derived neurotrophic factor–5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biological psychiatry, 59*(8), 673-680.
- Kendler, K., Karkowski, L., & Prescott, C. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American journal of psychiatry, 156*(6), 837-841.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2011). A longitudinal etiologic model for symptoms of anxiety and depression in women. *Psychol Med, 41*(10), 2035-2045.
- <https://doi.org/10.1017/S0033291711000225>

- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry*, *159*(7), 1133-1145.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1133>
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry*, *163*(1), 115-124.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.115>
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *Am J Psychiatry*, *158*(4), 582-586. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.582>
- Keren, G., & Schul, Y. (2009). Two is not always better than one a critical evaluation of two-system theories. *Perspectives on psychological science*, *4*(6), 533-550.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., . A, R. M., Jin, R., Merikangas, K. R., Simon, G. E., & Wang, P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *American journal of psychiatry*, *163*(9), 1561-1568.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., R, D. E. G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., G, D. E. G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji, S., & Ustun, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental

Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188442>

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. *J Psychosom Res*, 53(4), 873-876.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377296>

Kilpatrick, D. G., Koenen, K. C., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Galea, S., Resnick, H. S., Roitzsch, J., Boyle, J., & Gelernter, J. (2007). The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. *Am J Psychiatry*, 164(11), 1693-1699.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122007>

Kim, N. S., & Ahn, W.-k. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(4), 451.

Klein, D., & Allmann, A. (2014). Course of depression: Persistence and recurrence. In.

Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., Manber, R., Rothbaum, B. O., Trivedi, M. H., & Wisniewski, S. R. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depress Anxiety*, 26(8), 701-710. <https://doi.org/10.1002/da.20577>

- Klein, D. N., Glenn, C. R., Kosty, D. B., Seeley, J. R., Rohde, P., & Lewinsohn, P. M. (2013). Predictors of first lifetime onset of major depressive disorder in young adulthood. *J Abnorm Psychol*, *122*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1037/a0029567>
- Klein, G. (2014). An overview of naturalistic decision making applications. In *Naturalistic decision making* (pp. 69-80). Psychology Press.
- Knox, S., Hess, S. A., Williams, E. N., & Hill, C. E. (2003). " Here's a little something for you": How therapists respond to client gifts. *Journal of Counseling Psychology*, *50*(2), 199.
- Kruglanski, A., & Gigerenzer, G. (2011). Intuitive and deliberate judgments are based on common principles. *Psychological Review*, *118*(1), 97-109. <https://doi.org/10.1037/a0020762>
- Kruglanski, A. W., Raviv, A., Bar-Tal, D., Raviv, A., Sharvit, K., Ellis, S., Bar, R., Pierro, A., & Mannetti, L. (2005). Says who?: Epistemic authority effects in social judgment. *Advances in experimental social psychology*, *37*, 345-392.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*, *379*(9820), 1045-1055. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60602-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60602-8)
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 1-14.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th Edn, *5*, 139-193.

- Lee, Y., Stockings, E., Harris, M., Doi, S., Page, I., Davidson, S., & Barendregt, J. (2019). The risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Psychological medicine*, 49(1), 92-102. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/risk-of-developing-major-depression-among-individuals-with-subthreshold-depression-a-systematic-review-and-metaanalysis-of-longitudinal-cohort-studies/81883160AE1672276792AC54D7661990>
- Leibovich de Duarte, A., Duhalde, C., Huerin, V., Rutzstein, G., & Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 12, 194-203.
- Leibovich De Duarte, A., Zanotto, M. E., Roussos, A., Huerin, V., & Torricelli, F. (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en salud mental en el sector público de la ciudad de Buenos Aires. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*.
- Lengua, L., & Long, A. (2002). The role of emotionality and self-regulation in the appraisal-coping process: Tests of direct and moderating effects. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(4), 471-493.
- Levitt, H. M. (2015). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy*, 52(1), 31.

- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychol Bull*, *142*(8), 801-830.  
<https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Lieberman, M. D., & Eisenberger, N. I. (2009). Neuroscience. Pains and pleasures of social life. *Science*, *323*(5916), 890-891. <https://doi.org/10.1126/science.1170008>
- Lijffijt, M., Hu, K., & Swann, A. (2014). Stress modulates illness-course of substance use disorders: a translational review. *Frontiers in psychiatry*, *5*, 83.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, *2*(1), 53-70.
- Lipshitz, R., Klein, G., Orasanu, J., & Salas, E. (2001). Taking stock of naturalistic decision making. *Journal of behavioral decision making*, *14*(5), 331-352.
- Locher, C., Koechlin, H., Zion, S., Werner, C., Pine, D., Kirsch, I., Kessler, R., & Kossowsky, J. J. J. p. (2017). Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *74*(10), 1011-1020.
- Lonigan, C. J., Vasey, M. W., Phillips, B. M., & Hazen, R. A. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *J Clin Child Adolesc Psychol*, *33*(1), 8-20.  
[https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_2](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_2)
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, *67*(3), 220-229.

- Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., & Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the world association for infant mental health. *Infant mental health journal*, 38(6), 695-705.
- Maier, S. F., & Watkins, L. R. (2005). Stressor controllability and learned helplessness: the roles of the dorsal raphe nucleus, serotonin, and corticotropin-releasing factor. *Neurosci Biobehav Rev*, 29(4-5), 829-841. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.03.021>
- Maj, M. (2013). "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry*, 12(2), 89-91.
- Mann, J. J., Brent, D. A., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24(5), 467-477. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00228-1](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00228-1)
- Manterola, C., & Otzen, T. J. I. J. o. M. (2015). Los sesgos en investigación clínica. 33(3), 1156-1164.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(3), 339-348. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
- McEvoy, P. M., Salmon, K., Hyett, M. P., Jose, P. E., Gutenbrunner, C., Bryson, K., & Dewhirst, M. (2019). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic predictor of depression and anxiety symptoms in adolescents. *Assessment*, 26(2), 324-335.

- McLaughlin, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, *49*, 186-193.
- Merrell, K. (2013a). *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide*. Guilford Publications.
- Merrell, K. (2013b). Understanding Internalizing Problems. Depression and Anxiety in Children and Adolescents. In *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide*. Guilford Publications.
- Mikolajewski, A. J., Allan, N. P., Hart, S. A., Lonigan, C. J., & Taylor, J. (2013). Negative affect shares genetic and environmental influences with symptoms of childhood internalizing and externalizing disorders. *J Abnorm Child Psychol*, *41*(3), 411-423.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-012-9681-0>
- Mineka, S., & Vrshek-Schallhorn, S. (2014). Comorbidity of unipolar depressive and anxiety disorders. In *Handbook of depression*. Guilford Press.
- Monroe, S., & Harkness, K. (2012). Is depression a chronic mental illness? *Psychological medicine*, *42*(5), 899-902.
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., Torres, L. D., & Gotlib, I. H. (2007). Severe life events predict specific patterns of change in cognitive biases in major depression. *Psychol Med*, *37*(6), 863-871. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000281>
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *J Clin Psychol*, *59*(12), 1387-1403.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.10229>

- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M., & Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*, 156(7), 1000-1006. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.7.1000>
- Mulvaney-Day, N. E., Earl, T. R., Diaz-Linhart, Y., & Alegria, M. (2011). Preferences for relational style with mental health clinicians: a qualitative comparison of African American, Latino and Non-Latino White patients. *J Clin Psychol*, 67(1), 31-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.20739>
- Muris, P., Jacques, P., & Mayer, B. (2004). The stability of threat perception abnormalities and anxiety disorder symptoms in non-clinical children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 34(3), 251-265. <https://doi.org/10.1023/B:CHUD.0000015000.13845.9d>
- Muris, P., Meesters, C., & Rompelberg, L. (2007). Attention control in middle childhood: relations to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behav Res Ther*, 45(5), 997-1010. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.010>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 8(4), 271-289. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-8809-y>
- Murphy, G. L., & Medin, D. L. J. P. r. (1985). The role of theories in conceptual coherence. 92(3), 289.

- Murphy, J. A., & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *J Affect Disord*, *139*(2), 172-180.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.033>
- Nardi, B., Francesconi, G., Catena-Dell'osso, M., & Bellantuono, C. (2013). Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, *17*(11), 1546-1551. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23771545>
- Netsi, E., Evans, J., Wulff, K., O'Mahen, H., & Ramchandani, P. (2015). Infant outcomes following treatment of antenatal depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *of Affective Disorders*, *188*, 252-256.
- Neumann, A., van Lier, P., Gratz, K., & Koot, H. (2009). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, *17*(1), 138-149.
- Newell, A., & Simon, H. A. (1972). *Human problem solving* (Vol. 104). Prentice-hall Englewood Cliffs, NJ.
- Newell, B. R., & Shanks, D. R. (2003). Take the Best or Look at the Rest ? Factors Influencing "One-Reason " Decision Making. *Experimental Psychology: Learning, memory and cognition*, *29*(1), 53-65. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.29.1.53>
- Newton, K., & Van Deth, J. (2016). *Foundations of comparative politics: democracies of the modern world*. Cambridge University Press.
- Nivard, M., Lubke, G., Dolan, C., Evans, D., Pourcain, B., Munafò, M., & Middeldorp, C. (2017). Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing disorders between childhood and adolescence. *Development psychopathology*, *29*(3), 919-928.

[Record #320 is using a reference type undefined in this output style.]

O'Hare, T. (2015). *Evidence-based practice for social workers: An interdisciplinary approach*.

Lyceum Books.

Oakley Browne, M. A., Wells, J. E., Scott, K. M., & Mcgee, M. A. (2006). Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand mental health survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10), 865-874.

Ollendick, T. H., & King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of internalizing problems in children: the role of longitudinal data. *J Consult Clin Psychol*, 62(5), 918-927.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7806721>

Orasanu, J., & Connolly, T. (1993). *The reinvention of decision making*. Norwood,.

Organization, W. H. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.

Park, J., Goode, J., Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2016). Clinical errors that can occur in the treatment decision-making process in psychotherapy. *Psychotherapy*, 53(3), 257.

Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International review of psychiatry*, 22(5), 429-436.

[Record #262 is using a reference type undefined in this output style.]

Parker, G. B., & Crawford, J. (2007). A spectrum model for depressive conditions: extrapolation of the atypical depression prototype. *J Affect Disord*, 103(1-3), 155-163.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.022>

- Parry, G. D., Crawford, M. J., & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies—time to move on. *The British journal of psychiatry*, *208*(3), 210-212.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why" the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 875.
- Patel, V. L., & Groen, G. J. (1991). Developmental accounts of the transition from medical student to doctor: some problems and suggestions. *Medical education*, *25*(6), 527-535.
- Patten, S. B., Beck, C. A., Kassam, A., Williams, J. V., Barbui, C., & Metz, L. M. J. T. C. J. o. P. (2005). Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *50*(4), 195-202.
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Modgill, G., Jetté, N., & Eliasziw, M. (2008). Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *General hospital psychiatry*, *30*(5), 407-413.
- Pearson, H. (2013). Science and intuition: do both have a place in clinical decision making? *British Journal of Nursing*, *22*(4), 212-215.
- Perlman, H. (1957). *Social casework: A problem-solving process*. University of Chicago Press.
- Pfeiffer, A. M., Whelan, J. P., & Martin, J. M. (2000). Decision-making bias in psychotherapy: Effects of hypothesis source and accountability. *Journal of Counseling Psychology*, *47*(4), 429.
- Polsky, D., Doshi, J. A., Marcus, S., Oslin, D., Rothbard, A., Thomas, N., & Thompson, C. L. J. A. o. i. m. (2005). Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *165*(11), 1260-1266.

- Power, R., Tansey, K., Buttenschøn, H., Cohen-Woods, S., Bigdeli, T., Hall, L., Kutalik, Z., Lee, S. H., Ripke, S., & Steinberg, S. (2017). Genome-wide association for major depression through age at onset stratification: major depressive disorder working group of the psychiatric genomics consortium. *Biological psychiatry*, *81*(4), 325-335.
- Rappaport, L. M., Carney, D. M., Brotman, M. A., Leibenluft, E., Pine, D. S., Roberson-Nay, R., & Hettema, J. M. (2018). A Population-Based Twin Study of Childhood Irritability and Internalizing Syndromes. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 1-11.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1514612>
- Redelmeier, D., & Shafir, E. (1995). Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, *273*(4), 302-305.  
<https://doi.org/10.1001/jama.273.4.302>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. J. W. P. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *12*(2), 92-98.
- Renner, F., Jarrett, R., Vittengl, J., Barrett, M., Clark, L., & Thase, M. (2012). Interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance and symptom improvement in cognitive therapy for depression. *Journal of affective disorders*, *138*(3), 458-467.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *29*(2), 139.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., Thapar, A. K., & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord*, *243*, 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.015>

- Rice, F., Sellers, R., Hammerton, G., Eyre, Bevan-Jones, R., Thapar, A., Collishaw, S., Harold, G., & Thapar, A. (2017). Antecedents of new-onset major depressive disorder in children and adolescents at high familial risk. *JAMA psychiatry*, *74*(2), 153-160.
- Rice, F., & Warne, N. (2019). Pediatric Depression. In *Neurobiology of Depression* (pp. 415-424). Elsevier.
- Richardson, K., & Barkham, M. (2017). Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors. *Journal of Mental Health*, 1-13.  
<https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370629>
- Rieffe, C., & Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *21*, 349–356.
- Riso, L. P., Du Toit, P., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., Pacoe, E. M., Grant, M. M., & Ulmer, C. S. J. J. o. a. p. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *112*(1), 72.
- Robinson, R. G. (2003). Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry*, *54*(3), 376-387.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893112>
- Rosen, A. (2003). Evidence-based social work practice: Challenges and promise. *Social Work Research*, *27*(4), 197-208.
- Rubin, K., & Mills, R. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *23*(3), 300.

- Ruscio, A., & Holohan, D. (2006). Applying empirically supported treatments to complex cases: Ethical, empirical, and practical considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 146-162.
- Rutzstein, G., & Leibovich de Duarte, A. (2005). Psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos: un estudio comparativo sobre inferencias diagnosticas ante un mismo material clinico centrado en trastornos de la alimentacion. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*.
- Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(140-152).
- Salvatore, G., Dimaggio, G., & Semerari, A. (2004). A model of narrative development: implications for understanding psychopathology and guiding therapy. *Psychol Psychother*, 77(Pt 2), 231-254. <https://doi.org/10.1348/147608304323112519>
- Sampieri, R., & Baptista, C. (1980). P.(2006): Metodología de la Investigación. *Cuarta Edicion. The Mc Graw-Hill. Iztapalapa, Mexico*.
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. J. C. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *115(22)*, 5349-5361.
- Scher, C., Ingram, R., & Segal, Z. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 487-510.
- Schottenbauer, M., Glass, C., & Arnkoff, D. (2007). Decision Making and Psychotherapy Integration: Theoretical Considerations, Preliminary Data, and Implications for Future

Research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(3), 225-250.

<https://doi.org/10.1037/1053-0479.17.3.225>

Scott, K., Lewis, C., & Marti, C. (2019). Trajectories of Symptom Change in the Treatment for Adolescents With Depression Study. *of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.908>

Shannon, C., Schwandt, M. L., Champoux, M., Shoaf, S. E., Suomi, S. J., Linnoila, M., & Higley, J. D. (2005). Maternal absence and stability of individual differences in CSF 5-HIAA concentrations in rhesus monkey infants. *Am J Psychiatry*, 162(9), 1658-1664.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1658>

Sharafkhaneh, A., Giray, N., Richardson, P., Young, T., & Hirshkowitz, M. J. S. (2005). Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. 28(11), 1405-1411.

Siegle, G. J., Thompson, W., Carter, C. S., Steinhauer, S. R., & Thase, M. E. (2007). Increased amygdala and decreased dorsolateral prefrontal BOLD responses in unipolar depression: related and independent features. *Biol Psychiatry*, 61(2), 198-209.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.05.048>

Silk, J., Davis, S., McMakin, D., Dahl, R., & Forbes, E. (2012). Why do anxious children become depressed teenagers? The role of social evaluative threat and reward processing. *Psychological medicine*, 42(10), 2095-2107.

Silk, J., Price, R., Rosen, D., Ryan, N., Forbes, E., Siegle, G., Dahl, R., McMakin, D., Kendall, P., & Ladouceur, C. (2019). A Longitudinal Follow-Up Study Examining Adolescent Depressive Symptoms as a Function of Prior Anxiety Treatment. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*.

[Record #613 is using a reference type undefined in this output style.]

Simon, H. (1990). Invariants of human behavior. *Annual Review of Psychology*, *41*(1), 1-20.

Simon, H., Dantzig, G., Hogarth, R., Plott, C., Raiffa, H., Schelling, T., Shepsle, K., Thaler, R.,  
Tversky, A., & Winter, S. (1987). Decision making and problem solving. *Interfaces*, *17*(5),  
11-31.

Slavich, G. M., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. J. J. o. P. R. (2011). Early parental loss and  
depression history: associations with recent life stress in major depressive disorder.  
*45*(9), 1146-1152.

Slavich, G. M., O'Donovan, A., Epel, E. S., & Kemeny, M. E. (2010). Black sheep get the blues: a  
psychobiological model of social rejection and depression. *Neurosci Biobehav Rev*, *35*(1),  
39-45. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.01.003>

Slavich, G. M., Thornton, T., Torres, L. D., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. (2009). Targeted  
Rejection Predicts Hastened Onset of Major Depression. *J Soc Clin Psychol*, *28*(2), 223-  
243. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.2.223>

Slovic, P., & Lichtenstein, S. (1971). Comparison of Bayesian and regression approaches to the  
study of information processing in judgment. *Organizational Behavior and Human  
Decision Processes*, *6*, 649-744.

Smith, G., Guller, L., & Zapolski, T. (2013). A comparison of two models of urgency: Urgency  
predicts both rash action and depression in youth. *Clinical Psychological Science*, *1*(3),  
266-275.

- Smith, L., & Gilhooly, K. (2006). Regression versus fast and frugal models of decision-making: The case of prescribing for depression. *Applied Cognitive Psychology, 20*(2), 265-274. <https://doi.org/10.1002/acp.1189>
- Smith, M., Glass, G. V., & Miller, T. (1980). *The Benefits of psychotherapy*. John Hopkins University Press.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., & Maser, J. D. J. A. J. o. P. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *157*(2), 229-233.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry, 24*(5), 399-411. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6354575>
- Stange, J., Alloy, L., Flynn, M., & Abramson, L. (2013). Negative inferential style, emotional clarity, and life stress: Integrating vulnerabilities to depression in adolescence. *Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*, 508-518.
- Stange, J., Alloy, L., & Fresco, D. (2017). Inflexibility as a vulnerability to depression: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 24*(3), 245-276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5640320/pdf/nihms841112.pdf>
- Stanovich, K. E., & West, R. F. (2000). Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate? *Behavioral brain sciences, 23*(5), 645-665.
- Steiger, A., Dresler, M., Kluge, M., & Schussler, P. (2013). Pathology of sleep, hormones and depression. *Pharmacopsychiatry, 46 Suppl 1*(S 01), S30-35. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1337921>

Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychol Med*, *38*(5), 677-688.

<https://doi.org/10.1017/S0033291707001511>

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Citeseer.

Swaab, D. F., Bao, A. M., & Lucassen, P. J. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Res Rev*, *4*(2), 141-194.

<https://doi.org/10.1016/j.arr.2005.03.003>

Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. *Child Adolescent Psychiatric Clinics*, *18*(3), 593-610.

Thase, M. E., Hahn, C. G., & Berton, O. (2009). Neurobiological aspects of depression. In *Handbook of depression* (Vol. 2, pp. 187-217).

Thase, M. E., Hahn, C. G., & Berton, O. (2013). Neurobiological aspects of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (Vol. 3, pp. 182-219). The Guilford Publications.

Thomas, R., Dougherty, M., & Buttaccio, D. (2014). Memory constraints on hypothesis generation and decision making. *Current Directions in Psychological Science*, *23*(4), 264-270.

Thomas, R. P., Dougherty, M. R., Sprenger, A. M., & Harbison, J. (2008). Diagnostic hypothesis generation and human judgment. *Psychological Review*, *115*(1), 155.

- Thomas, R. P., Dougherty, M. R., Sprenger, A. M., & Harbison, J. I. (2008). Diagnostic hypothesis generation and human judgment. *Psychol Rev*, *115*(1), 155-185.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.1.155>
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, *5*, 207-232.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, *185*(4157), 1124-1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- Tversky, A., & Koehler, D. (1994). Support theory: A nonextensional representation of subjective probability. *Psychological Review*, *101*(4), 547.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, *184*(5), 386-392.
- Varguillas, C. (2006). El uso de ATLAS. ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido UPEL. Instituto Pedagógico Rural El Mácaro. *Laurus*, *12*(Ext), 73-87.
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *55*(7), 556-570. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.014>
- von Below, C., & Werbart, A. (2012). Dissatisfied psychotherapy patients: A tentative conceptual model grounded in the participants' view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *26*(3), 211-229.

- Walsh, L. M., Roddy, M. K., Scott, K., Lewis, C. C., & Jensen-Doss, A. (2018). A meta-analysis of the effect of therapist experience on outcomes for clients with internalizing disorders. *Psychother Res*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1469802>
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 552.
- Watson, D., & Clark, L. A. J. E. J. o. P. (1995). Depression and the melancholic temperament. 9(5), 351-366.
- Weber, E., & Johnson, E. (2009). Mindful Judgment and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 60, 53-85. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163633>
- Weber, E. U., Bockenholt, U., Hilton, D. J., & Wallace, B. (1993). Determinants of diagnostic hypothesis generation: effects of information, base rates, and experience. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*, 19(5), 1151-1164. <https://doi.org/10.1037//0278-7393.19.5.1151>
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C.-K., & Lellouch, J. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276(4), 293-299.
- Weisz, J., Kuppens, S., Ng, M., Eckshtain, D., Ugueto, A., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K., Krumholz Marchette, L., & Chu, B. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79.

- Westen, D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry, 11*(1), 16-21. (World Psychiatry)
- Westen, D., Malone, J. C., & DeFife, J. A. (2012). An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry, 11*(3), 172-180.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23024677>
- Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry, 163*(5), 846-856. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.846>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., & Johns, N. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 382*(9904), 1575-1586.
- WHO. (2008). *The Global Burden of disease: 2004 update*. WHO Press.  
[www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html).
- Wiersma, J. E., van Oppen, P., Van Schaik, D., Van der Does, A., Beekman, A., & Penninx, B. J. J. C. P. (2011). Psychological characteristics of chronic depression: a longitudinal cohort study. *72*(3), 288-294.
- Wilhelm, K., Siegel, J. E., Finch, A. W., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P. B., Parker, G., & Schofield, P. R. (2007). The long and the short of it: associations between 5-HTT genotypes and coping with stress. *Psychosomatic Medicine, 69*(7), 614-620.
- Williams, D. C., & Levitt, H. M. (2007). A qualitative investigation of eminent therapists' values within psychotherapy: Developing integrative principles for moment-to-moment psychotherapy practice. *Journal of Psychotherapy Integration, 17*(2), 159.

- Willig, C. (2019). What can qualitative psychology contribute to psychological knowledge? *Psychological Methods, 24*(6), 796.
- Willner, P., Scheel-Kruger, J., & Belzung, C. (2013). The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neurosci Biobehav Rev, 37*(10 Pt 1), 2331-2371.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.12.007>
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecificos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapeutico: una sistematizacion. *Terapia psicologica, 8*(11), 35-40.
- Winokur, G., Coryell, W., Keller, M., Endicott, J., & Akiskal, H. (1993). A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Archives of general psychiatry, 50*(6), 457-465.
- Woolfolk, R. L. (1974). The multimodal model as a framework for decision-making in psychotherapy. *Psychological reports, 34*(3), 831-834.
- Wu, M. B., & Levitt, H. M. (2020). A qualitative meta-analytic review of the therapist responsiveness literature: Guidelines for practice and training. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 50*(3), 161-175.
- Wu, X. Y., Kirk, S. F. L., Ohinmaa, A., & Veugelers, P. J. (2017). The importance of health behaviours in childhood for the development of internalizing disorders during adolescence. *BMC Psychol, 5*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0208-x>
- Wulsin, L. R., Evans, J. C., Vasan, R. S., Murabito, J. M., Kelly-Hayes, M., & Benjamin, E. J. J. P. m. (2005). Depressive symptoms, coronary heart disease, and overall mortality in the Framingham Heart Study. *67*(5), 697-702.

Yach, D. (1992). The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Social Science & Medicine*, 35(4), 603-612.

Yatham, S., Sivathasan, S., Yoon, R., da Silva, T., & Ravindran, A. (2018). Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder among youth in low and middle income countries: a review of prevalence and treatment interventions. *Asian journal of psychiatry*, 38, 78-91.