

APLICACIÓN DE TERAPIA INDIVIDUAL ADLERIANA A UN PACIENTE CON
DEPRESIÓN MAYOR

Por:

Priscila Valencia Vallejo

DR. JORGE FLACHIER, Director Tesis

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Tesis de Grado presentada para la obtención del título
de Psicología Clínica

Noviembre, 2011

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Aplicación de Terapia Individual Adleriana a un paciente con

Depresión Mayor

Priscila Valencia Vallejo

Dr. Jorge Flachier Del Alcázar _____
Director de la Tesis:

Elena Fernández de Córdova _____
Miembro del Comité de Tesis:

Teresa Borja Alvarez, PhD _____
Decana del Colegio de
Psicología:

Carmen Fernandez Salvador, PhD _____
Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito

9 de Enero del 2012

© Priscila Valencia, 2011

Resumen

El presente caso es el estudio y terapia otorgada a un joven de 21 años de edad con trastorno depresivo mayor. La terapia ofrecida al paciente, se desarrolló desde la Teoría Psicológica Individual Adleriana.

Para el diagnóstico del paciente, se utilizó el Inventario de Síntomas SCL 90 R de Derogatis, el mismo que fue aplicado al inicio de las terapias, así como también al final de las mismas, para conocer los resultados y efectividad del proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos indican que después del tratamiento existe una disminución de los síntomas en las escalas de Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión e Ideación Paranoide.

De igual manera el Índice de Severidad Global bajó de 0.82 a 0.35, parámetros que se encuentran dentro de la media y que indican un estado de bienestar psicológico.

Al finalizar la terapia con el paciente se consiguen resultados importantes y significativos en la relación con su padre que es uno de los factores que generaban alta ansiedad y angustia. También se destaca que el paciente adquiere importantes herramientas y habilidades para relacionarse con los demás y conseguir una postura más activa, independiente, dinámica y de autosuficiencia frente a sus necesidades y requerimientos.

Abstract

This case study describes the therapies given to a 21 year old man with major depressive disorder. The therapy offered to the patient was developed under the Individual Adlerian Psychology Theory. Also, other visions and perspectives about depression are presented, as well as the convergences and divergences between them. For the patient's diagnosis, the Derogatis SCL 90 R Symptom Inventory was used at the beginning as well at the end of therapy to acknowledge the results and the effectiveness of the therapeutic process.

The results showed that after treatment, there is a decrease in symptoms on the scales of somatization, obsessions and compulsions, as well as interpersonal sensitivity, depression and paranoid ideation. Similarly, the Global Severity Index fell from 0.82 to 0.35, parameters that are now within the average, and indicates a state of psychological wellbeing.

At the end of therapy, important and significant results are obtained, regarding the relationship with his father; this is one of the factors that were causing high anxiety and distress. It is essential to emphasize that the patient acquires important tools and skills to relate to others and achieves a more active, independent and dynamic attitude to meet his needs and requirements.

Agradecimientos

A mis padres que me ofrecieron su aliento, su confianza y su apoyo permanente. A mis hijos, Carlos Andrés y Paula, por haberme acompañado con amor y paciencia todos estos años de estudios, donde los tres pusimos toda nuestra fe y dedicación para alcanzar nuestros objetivos.

Reconocimientos

A Jorgito Flachier por todo su apoyo, ánimo y confianza.

A Tere Borja, un reconocimiento muy especial.

“No hay individuo humano que encuentre reposo bajo el yugo de un sentimiento de inferioridad”.

“El hombre sabe mucho más de lo que comprende”.

“La grandeza del hombre radica en el poder de su pensamiento”.

“Somos criaturas orientadas hacia una meta, en busca de desarrollo social y en control de su propio destino”

Alfred Adler

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I. CONCEPTOS

Qué es la depresión?	1
Criterios para el episodio depresivo mayor según el DSM IV TR.....	2 - 3
Visión Psicoanalítica de la Depresión.....	6 - 7
Visión Cognitiva de la Depresión.....	7 - 8 - 9
Visión Adleriana de la Depresión.....	9 - 10 - 11- 12 - 13

CAPITULO II. RECURSOS TERAPEUTICOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN

Psicoterapia Individual Adleriana.....	15 -16 -17 -18 -19
Terapia Cognitiva	19 -20
Terapia de la Conducta.....	20 - 21 - 22- 23
Psicoterapia Interpersonal (ITP).....	23 – 24
Tratamiento Farmacológico.....	24 – 25 - 26- 27

CAPITULO III. DESARROLLO TERAPIA ADLERIANA

Diagnóstico Adleriano.....	28 – 29
Anamnesis.....	30
Evaluación del Estilo de Vida y Emociones.....	30 - 31 - 32
Fases de la Terapia Adleriana.....	32 – 33 – 34 - 35

CAPITULO IV. CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LA TEORIA ADLERIANA Y OTRAS PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

Teoría Psicoanalítica Freudiana.....	36 – 37 – 38 – 39 – 40 - 41
Enfoque Interpersonal.....	41 – 42
Teoría Cognitiva Conductual.....	42 - 43

CAPITULO V. FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA ADLERIANA

Teoría de la Finalidad.....	46 - 47
Sentimiento de Comunidad o Interés Social.....	47 – 48
Estilo de Vida.....	48 - 49
Sentimiento de inferioridad.....	49 – 50 – 51 - 52
Afán de Superación / Superioridad.....	52 - 53

CAPITULO VI. ANAMNESIS

Motivo de Consulta.....	53
Familia.....	53 – 54 – 55 - 56
Ocupación.....	56 - 57
Relaciones Sociales.....	57 - 58
Pareja.....	58 - 59
Relato de un recuerdo de su infancia.....	59

CAPITULO VII. PROCESO TERAPEUTICO

Evaluación Multiaxial DSM – IV – TR.....	60
Evaluación y modificación del Estilo de Vida.....	61 – 62 – 63 - 64
Meta ficticia del paciente.....	64
Habilidades sociales y Relaciones Interpersonales.....	65 – 66 - 67
Sentimiento de Comunidad.....	67- 68 - 69
Logros y Limitaciones de Terapia.....	69 – 70 – 71 – 72 - 73
Resultados, Conclusión final y Recomendaciones.....	73 – 74 – 75 – 76
Referencias.....	77 – 78 - 79

CAPITULO 1. CONCEPTOS

Qué es la Depresión?

La característica principal de un episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR (2002), es la duración, que debe ser de al menos 2 semanas, período en el cuál existe un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer por casi todas las actividades. En niños y adolescentes, su estado de ánimo puede manifestarse con irritabilidad en lugar de tristeza (DSM-IV-TR, 2002).

La persona tiene que experimentar al menos cuatro síntomas que se incluyen: cambios en el apetito o peso; sueño y actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de culpa e infravaloración; dificultad para pensar, concentrarse o al tomar decisiones, así como también pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos suicidas (DSM-IV-TR, 2002). Los síntomas se mantienen la mayor parte del día y debe acompañarse por un malestar clínico significativo y deterioro en áreas sociales, laborales o en otras áreas importantes dentro de las actividades que realice de la persona (DSM-IV-TR, 2002).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR (2002), el curso clínico del trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios mayores sin que exista ninguna historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. No se puede realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor cuando los episodios del estado de ánimo son inducidos por el consumo de sustancias, o que los episodios no se explican mejor por la presencia de trastornos esquizoafectivos, esquizofrenia, esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado (DSM-IV-TR, 2002).

Criterios para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (2002).

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Nota Fuente: DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (p. 398, 399).

Desde una visión biológica, la depresión es una enfermedad mental que tiene bases biológicas y que el cerebro está implicado en su desarrollo (Stahl, 2008). La depresión es una emoción que se la experimenta universalmente prácticamente por todas las personas en algún momento de sus vidas (Stahl, 2008). Es muy difícil distinguir una emoción de depresión “normal” y una de “enfermedad” que requiere de tratamiento médico, para muchos que no están formados en las ciencias de salud mental (Stalh, 2008). Además existe estigmatización de la enfermedad mental en nuestra cultura y la información distorsionada ha creado la idea falsa de que un trastorno mental como lo es la depresión, no es una enfermedad, sino un defecto de carácter que puede ser sobrellevado con esfuerzo; o que se debe a causas de una mala educación recibida de los padres; que es incurable; que es por consecuencia de una conducta pecaminosa; y tan sólo un bajo porcentaje, considera que la depresión tiene bases biológicas o que el cerebro está implicado en su desarrollo (Stalh, 2008). La depresión es una enfermedad, más no una elección y tiene resultados tan debilitantes socialmente como la enfermedad arterial coronaria y aún más debilitante que la diabetes mellitus o la artritis (Stahl, 2008).

La depresión clínica es un trastorno biopsicosocial y un estado emocional doloroso que tiene un gran impacto en el individuo afectado, así como en las personas cercanas a sí mismo. Es un trastorno que disminuye sustancialmente la calidad de vida de las personas y reduce la habilidad de funcionar efectivamente en casi todas las actividades que realizan los individuos por la falta de energía, concentración y pérdida de interés en general (Hjertaas, 2010).

El término depresión tiene usos populares así como clínicos. En el uso popular y mundano, la definición del estado personal se lo puede llamar “estar bajo”; “no ver salida”; “carecer de interés”. En otras ocasiones más que definir un estado personal puede ser el señalamiento o una reacción frente a un evento, “me deprime” (Perez & García, 2001). De igual manera se puede utilizar el término para definir situaciones, entornos, ambientes y el estado de ánimo que suscitan, “que deprimente tal sitio tal persona; tal ambiente” (Perez & García, 2001).

En el uso clínico, referido a aquellas manifestaciones y signos que se presentan durante un episodio depresivo, se puede clasificar en cuatro tipos de síntomas:

1. Afectivos: Se refieren al humor bajo, a la tristeza y al desánimo.
2. Cognitivos: Se refieren a los pensamientos negativos de si mismo, del mundo y del futuro, así como a una baja autoestima, desesperanza y remordimiento.
3. Conductuales: Se refieren a la abandono de actividades sociales, disminución de conductas habituales, lentitud al hablar, andar, agitación motora y actitud apática y desganada.
4. Físicos: Se refieren al apetito, sueño, sexo, y en general a la falta de energía (Perez & García, 2001).

Existe igualmente la clasificación en dos tipos de depresión:

1. Depresión Endógena: La que se considera de tipo biológico y cuya línea asociativa conlleva a una condición psicótica (Perez & García, 2001).
2. Depresión No Endógena: Cuya línea asociativa conlleva a una condición neurótica y se considera de tipo psicológico (Perez & García, 2001).

La depresión mayor continúa en aumento y se considera una epidemia que afecta a toda la población mundial (Waller, Carlson & Englar, 2006). En Estados Unidos se considera que del 10 al 25% de la población experimenta en alguna forma síntomas de depresión. Se ha demostrado que un 10% de la población americana ha experimentado depresión clínica en el último año (Waller, Carlson & Englar, 2006). El riesgo de padecer el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida varía entre el 10 y 25% en las mujeres y entre el 5 y 12% en los hombres (DSM-IV-TR, 2002).

El trastorno depresivo mayor es una de las causas más significativas de muerte y de discapacidad alrededor del mundo, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo (Waller, Carlson & Englar, 2006). El 15% de personas con trastorno depresivo mayor mueren por suicidio (DSM-IV-TR, 2002). Las tasas de muerte en personas mayores de 55 años aumentan hasta cuadruplicar sus cifras, además aquellos sujetos ingresados en residencias geriátricas, los riesgos de muerte pueden ser inclusive mayores durante el primer año de permanencia (DSM-IV-TR, 2002). Se estima además que para el año 2020, la depresión clínica será el segundo mayor problema de salud, después de enfermedades crónicas (Waller, Carlson & Englar, 2006).

Visión Psicoanalítica de la Depresión

Freud efectúa la primera hipótesis explicativa sobre la Melancolía, lo que hoy conocemos como depresión y manifiesta que el origen de la patología está en la sexualidad y autoerotismo (Avila, 1990). Más tarde, Sigmund Freud en 1917, presentó su trabajo “Duelo y Melancolía”, en el que escribe sobre los mecanismos patológicos de

la enfermedad y manifiesta que no interviene ningún trastorno de la sexualidad, sino más bien la importancia de las relaciones objetales (Avila, 1990).

Desde este nuevo aporte que realiza Freud, la melancolía la reconoce como la reacción que tienen los individuos frente a la pérdida de un objeto real o imaginario (Breichmar, 2003) y sugiere que existe una tendencia patológica a negar la pérdida, a través de señales de resistencia a la separación, donde el individuo se aferra fuertemente a la memoria del objeto perdido, desafiando así la lógica de bienestar. La melancolía entonces, es el resultado de aquellas pérdidas que la persona experimenta como insoportable (Breichmar, 2003).

Freud (1917) manifiesta que el sujeto melancólico se identifica con el objeto perdido en un intento de escapar o eludir la triste tarea de renunciar al mismo y trata de incorporar este objeto de amor a su propio ego para ser capaz de mantener el equilibrio internamente, aunque se vea obligado a renunciar al objeto en el mundo externo, de esta forma la existencia del objeto se prolonga psíquicamente así como su capacidad para amarlo (Ruti, 2005). La melancolía entonces, proporciona un medio indirecto para albergar aquellos objetos valiosos, que su pérdida parece inconcebible (Ruti, 2005).

Visión Cognitiva de la Depresión

La terapia Cognitiva es un enfoque psicoterapéutico que fue desarrollado por Aaron Temkin Beck en los años cincuenta, como un método distinto al enfoque psicoanalítico en el tratamiento de la depresión (Jervis, 2005). De acuerdo a este modelo, Beck propone que todas las perturbaciones psicológicas y en particular la depresión, tienen en común la distorsión del pensamiento, que influye en el estado de

ánimo y en la conducta de los individuos. La forma distorsionada de percibir e interpretar la realidad, son las que le conducirían a la persona a llegar a conclusiones negativas de sí mismo, el ambiente y de su futuro, determinando así los síntomas que caracterizan a la depresión, como son los síntomas afectivos, conductuales, somáticos y motivacionales (Jervis, 2005).

Existen mecanismos estereotipados que se utiliza para distorsionar la realidad y son aquellas estructuras cognitivas a las que Beck las denomina esquemas, a través de los cuáles el individuo deprimido percibe los sucesos en su vida y les otorga un significado, los que generalmente son aprendidos durante la infancia (Jervis, 2005).

La Terapia Cognitiva sostiene la idea de que para que una patología aparezca, deben converger eventos estresantes, así como también la vulnerabilidad cognitiva, es decir una forma inadecuada de procesar la información (Clark y Beck, 1989; Clark, Beck y Alford, 1999, citado en Riso, 2009). Sin embargo; en el caso de la depresión, los pensamientos automáticos y la distorsión en el procesamiento de la información, contribuyen y aumentan la probabilidad en al apareamiento de los síntomas, que no son per se necesarios ni suficientes para que el trastorno surja (Ingram, Miranda y Segal, 1988; Clark, Beck y Alford, 1999, citado en Riso, 2009).

La perspectiva Cognitiva de Aaron Beck (1973) afirma que la baja autoestima es un rasgo característico de la depresión y es parte de un patrón de verse a sí mismos como deficientes en atributos que son importantes para el individuo. El sentido de deficiencia se expresa en términos tales como: “Yo soy inferior” o “soy inadecuado” (Hjertaas, 2010).

Aaron Beck (1973), señaló que la depresión es a menudo un tanto paradójica, un individuo puede tener una dicotomía desconcertante y a menudo extrema entre su propia imagen y lo que parecen los hechos objetivos (Hjertaas, 2010). Una persona honesta, positiva, cooperadora, puede verse a sí mismo como corrupto, pecador; una persona físicamente atractiva, puede verse a sí mismo como fea, desfigurada; una persona de éxito llega a percibirse a sí mismo como fracasado. Esto no es accidental y tiene su explicación en el fruto de las malas interpretaciones de la realidad y de una lógica defectuosa que se deriva de una orientación persistente pesimista (Hjertaas, 2010). La evaluación realista e identificación de aquellas cogniciones desadaptativas que producen aquellas conductas y emociones desfavorables y consecuentemente la modificación del pensamiento, producen una mejoría en el estado de ánimo y en el comportamiento de las personas (Riso, 2009).

Visión Adleriana de la Depresión

Alfred Adler (2005) comienza su texto clásico *Problemas de la Neurosis* (Problems of Neurosis) con una declaración: El problema de toda neurosis, es la dificultad que tiene el individuo en su estilo de actuar, pensar y percibir, las mismas que son distorsionadas o negadas de sus demandas de la realidad (Hjertaas, 2010). Adler sostiene que toda patología mental no es una enfermedad en el sentido médico, sino más bien una manera errónea de vivir la vida (Waller, Carlson & Englar, 2006).

Desde la perspectiva Adleriana, los individuos no son vistos como víctimas de sus síntomas, sino más bien los síntomas son escogidos a propósito para alcanzar alguna meta inconsciente (Waller, Carlson & Englar, 2006). Existe un propósito detrás de todo lo que hacen los seres humanos, para conseguir sus fines personales, a

pesar de que las personas no lo entiendan o no estén conscientes de los mismos (Rasmussem & Dover, 2006).

En el sentido clásico Adleriano, la depresión resulta de un exagerado sentimiento de inferioridad y un desarrollo insuficiente de sentimiento comunitario (Waller, Carlson & Englar, 2006). Con respecto al sentimiento de inferioridad, Adler considera que todo ser humano en su niñez tropieza con situaciones en su medio ambiente que requieren de la atención y cuidados de los demás; de otra forma, las personas no podrían sobrevivir y salir adelante, esto hace que los individuos sientan una marca de inferioridad con relación a su medio. Adler manifiesta que “la vida del alma humana comienza siempre con un sentimiento de inferioridad más o menos profundo” (Adler, 1948, p. 65, citado en Ardouin, Bustos & Jarpa, 1999).

A partir de la visión Adleriana de sentimiento de inferioridad, los individuos pueden haber intentado interrelacionar con otros, sin embargo pueden haber sido rechazados, lo cuál confirma su sentimiento de inferioridad, de acuerdo a su esquema perceptual subjetivo (Waller, Carlson & Englar, 2006). Como resultado, los individuos deprimidos, buscan sobre compensar ese sentimiento para evitar el miedo y el rechazo a través de una actitud de aislamiento y desánimo (Waller, Carlson & Englar, 2006).

Con respecto al Sentimiento Comunitario, se considera que es el corazón de la psicología Adleriana y es aceptado para la mayoría de los individuos como la idea fundamental de la teoría Adleriana (Ansbacher & Ansbacher, 1956, citado en Ionedes, 2008). Para Adler, la huida hacia la enfermedad es una forma de resistencia frente a las exigencias que se plantean por la comunidad social y sus exigencias de la realidad,

obligando así al individuo a responder con la revuelta de la enfermedad frente a las decisiones de la sociedad (Flachier, 1998).

Algunos Adlerianos consideran como un error discutir sobre “tipos de depresión”, ya que puede causar un perjuicio en la comprensión fenomenológica de la terapia Individual, que se fundamenta en que cada individuo es un ser único. Sin embargo, Alfred Adler distinguió las tipologías para tener un dispositivo conceptual para hacer más comprensible las similitudes de los individuos (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 166., citado en Hjertaas, 2010).

Desde la perspectiva de la psicología individual se analizan dos variantes de la depresión clínica propuesta por Sidney Blatt (2004): La anaclítica y la introyectiva. Las dos variantes tienen similitud y convergen a conceptos centrales de la psicología Individual que es “la necesidad de pertenencia y la búsqueda de la perfección” (Hjertaas, 2010).

Las personas con depresión anaclítica (Anaclitic Depression) por lo general han presentado algún tipo de dificultad o pérdida en sus relaciones tempranas de apego (Bowlby, 1988, citado en Hjertaas, 2010) lo cual les llena de desánimo y contribuye a la construcción de un estilo de vida un tanto equivocado (Hjertaas, 2010). Así también son personas que logran mantener un cierto grado de ánimo y valor, tienden a ser agradables, apreciar las relaciones, tienen interacciones constructivas y de apoyo con los demás. Sin embargo, aunque sus relaciones suelen ser bastante seguras y armoniosas, al menos superficialmente, a menudo son sumisos y tienden a sacrificar sus propios intereses por el bien de los otros (Hjertaas, 2010).

Este estilo dependiente (Millon, 1999, citado en Hjertaas, 2010) se considera una estrategia que facilita el logro de la necesidad emocional y sentimiento de pertenencia, sin embargo, cualquier dificultad o riesgo en la relación apreciada, evoca intensa ansiedad y angustia; entre tanto, una pérdida real y existente, es experimentada como catastrófica. Millon and Grossman (2007) señalaron que la depresión representa una respuesta lógica pero demasiado extrema frente a eventos reales o potencialmente peligrosos (Hjertaas, 2010).

Los individuos con depresión introyectiva (Introjective Depression) sufren de lo que Adler llamó “Anhelos oscuros de la humanidad para alcanzar la perfección” (Ansbacher & Ansbacher, 1979, citado en Hjertaas, 2010). Blatt (1995, 2004) sostiene que las personas con depresión de tipo introyectivo, se orientan hacia objetivos y metas muy altas, a menudo suelen ser bastante perfeccionistas, con una tendencia centrada en sí mismos y su bienestar, aunque con frecuencia también hacia los demás (Hjertaas, 2010). Estas altas expectativas auto impuestas, pueden manifestarse con irritabilidad, resentimiento, crítica de sí mismos y de los demás, también pueden mostrarse hostiles si es que el individuo no ha adoptado la creencia de que debe ser amable y agradable (Hjertaas, 2010).

Kurt Adler (1961) manifiesta que metas y objetivos demasiado elevados son muy difíciles de lograr, por lo que el desaliento, desmoralización y depresión pueden aparecer naturalmente (Hjertaas, 2010). Así mismo, para individuos para quienes el poder, la supremacía, es la idea dominante y al no alcanzar sus metas y objetivos altos y exagerados, es muy probable que se sientan sin valor, inadecuados, inferiores y sin esperanza (Hjertaas, 2010). Su código estricto de auto realización y su postura

implacable hacia cualquier falla o error, les sitúa en una postura de vulnerabilidad, sentimientos de culpa, vergüenza, odio, que les puede conducir a comportamientos autodestructivos e incluso al suicidio (Hjertaas, 2010). Gabbard y Bennett (2006) señalaron que estas personas a menudo manifiestan una sensación de fracaso frente a la percepción de que han perdido la autonomía y control de las situaciones, ante lo cual, la depresión sobreviene pronto. Blatt y Zuroff (1997) sostienen que extensa investigación psicológica indica que altos niveles de perfeccionismo crean alta vulnerabilidad a la depresión (Hjertaas, 2010).

Las personas con depresión finalmente, tienen la convicción de que el mundo es una amenaza y que no pueden desenvolverse en él y en lugar de confrontar la adversidad o aprender como sobrellevarlo, se mantienen en la disposición de retirada frente circunstancias vistas en detrimento de su autoestima y en protección al fracaso percibido (Slavik & Croake, 2006). Mientras la persona se perciba como “fuera de control”, le impedirá descubrir como podría tratar y manejar mejor ciertos aspectos de su vida, anticipándose al cambio del pobre concepto que tiene de sí mismo, así como cambiando su percepción sobre determinados episodios que pueden ser modificados, reevaluados y prevenidos (Slavik & Croake, 2006).

CAPITULO 2. RECURSOS TERAPEUTICOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN

La depresión puede ser tratada desde varias perspectivas de acuerdo a como se las entienda (Pérez & García, 2001) sin embargo es importante reconocer que la eficacia de los tratamientos para tratar la depresión ha sido un tema debatido y examinado por más de tres décadas y aún no está del todo claro si todas las psicoterapias son igualmente eficaces (Cuijpers, Straten, Andersson & Oppen, 2008).

Existen estudios comparativos en cuanto a resultados y efectividad de psicoterapias para el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, los autores Cuijpers, Straten, Andersson & Oppen, llevaron a cabo siete meta análisis con un total de 53 estudios, en las que intervinieron los principales tratamientos psicológicos para tratar la depresión leve y moderada en personas adultas, como la terapia cognitiva-conductual, el tratamiento de apoyo no directivo, tratamiento de activación conductual, tratamiento psicodinámico, terapia enfocada en la resolución de problemas, la psicoterapia interpersonal y el entrenamiento en habilidades sociales. Cada tratamiento fue examinado en al menos cinco ensayos comparativos aleatorizados, sin encontrar indicadores de que unos tratamientos fueran más eficaces que otros, con la excepción de la psicoterapia interpersonal que fue algo más efectiva $d=0,20$ y el tratamiento de apoyo no directivo $d=0,13$ (Cuijpers, Straten, Andersson & Oppen, 2008). La tasa de abandono de terapia fue significativamente mayor en la terapia cognitivo conductual que en los demás tratamientos, mientras que fue significativamente menor en la terapia de resolución de problemas. El estudio sugiere que no existen grandes diferencias referente a la eficacia de tratamientos entre las más importantes formas de terapia para tratar la depresión leve y moderada (Cuijpers, Straten, Andersson & Oppen, 2008).

Tomando en cuenta a autores interesados en los fundamentos del saber científico, como Popper (1959), Kuhn (1962), Lakatos (1970), Maturana y Varela (1980) presentan la idea de que en toda investigación científica se plantean expectativas, supuestos, sesgos atencionales, así como también un rango interpretativo de las mismas y la objetividad real del conocimiento no existe; el saber está en constante y permanente progreso y desarrollo (Ruiz & Cano, 1992).

A continuación se presentan algunas de las opciones para el tratamiento de la depresión mayor:

Psicoterapia Individual Adleriana

La teoría Adleriana hace mucho énfasis a factores sociales y de interacción (Dowd, & Kelly, 2003). El factor clave y nuclear de la teoría, es que los seres humanos son seres sociales y toda búsqueda para entenderlos, tiene que considerar el ambiente social donde viven (Dowd & Kelly, 2003). Alfred Adler, reconoce que los seres humanos necesitan estar involucrados y en interacción con los demás seres pertenecientes a la sociedad, conceptualizando que el aislamiento, puede producir depresión o inclusive la muerte (Ansbacher, 1992, citado en Ionedes, 2008).

La evaluación psicológica dentro de la perspectiva Adleriana, no sólo se enfoca en psicodinámicas internas, sino en aquellas dinámicas de interacción social, lo que indica y se refiere a la capacidad del individuo en cooperar y contribuir con los demás (Dowd, & Kelly, 2003), así como la habilidad de relacionarse e identificarse con los mismos (Brickhard & Ford, 1976, citado en Ionedes, 2008). Mosak (1991), famoso profesor de la teoría Adleriana, cree que una persona que tiene interés por los demás, asumirá responsabilidades para sí mismo, así como para los otros (Ionedes, 2008)

Es de suma importancia para Adler, tomar en cuenta y examinar como el paciente sobrelleva su vida en tres áreas fundamentales de su realidad externa como lo son: trabajo-ocupación; relaciones sociales, y amor-intimidad, las mismas que constituyen la capacidad que tienen los individuos para adaptarse y acomodarse a la vida (Dowd, & Kelly, 2003).

La terapia Adleriana explora, identifica y cuestiona las creencias actuales del paciente, sobre sus objetivos vitales y modificándolos o estableciendo nuevos objetivos socialmente satisfactorios, principalmente a través del cambio de percepciones mal adaptativas, creencias, reglas y las conductas que surgen de estas cogniciones (Dowd, & Kelly, 2003).

La Psicología Adleriana entiende la naturaleza humana desde una perspectiva que se aceptan las diferencias individuales y están en sintonía con el paciente en cuanto a su única e individual forma de percibir, pensar, sentir y comportarse (Dowd, & Kelly, 2003). La perspectiva Adleriana afirma, asevera y hace énfasis, sobre la importancia de los seres humanos en ser agentes activos y creativos en la construcción de su propia psicología (Watts, 2003). Además está de acuerdo con la posición de que a pesar de que los seres humanos forman parte de un mundo sociocultural de personas, existe una característica personal que le distingue del otro y es el poseer un agente consciente individual (Watts, 2003).

Mosak y Moniaci (1999), consideran la terapia Adleriana una terapia integrativa amplia que se aproxima a elementos analíticos, conductuales y cognitivos (Dowd, & Kelly, 2003). Por ejemplo, el término “re estructuración cognitiva” apareció con la terapia cognitiva, mucho después de que Adler había anunciado esta descripción al

describir las metas terapéuticas como “reemplazar grandes errores en la cognición con otros más pequeños” (Mosak & Moniaci, p. 153, citado en Sperry, 2009).

La relación terapéutica es muy importante y central en el proceso terapéutico, donde la empatía, autenticidad, congruencia forman parte primordial de las terapias, aspectos fundamentales para fomentar el sentido de cooperación en el paciente (Oberst & Ruiz, 2006). Es importante que el paciente no sólo vea al terapeuta como un profesional de alta competencia, sino también que tenga confianza y hasta desarrolle un cierto sentido de complicidad terapéutica contra los autoengaños y arreglos creativos del paciente (Oberst & Ruiz, 2006). Esta afinidad que se establece con el paciente, hace que a través de la confianza logre sus objetivos, se sienta menos aislado y forme parte de la sociedad (Oberst & Ruiz, 2006).

Es importante mencionar que los pacientes que vienen a terapia tienen un auténtico deseo de librarse de sus síntomas y problemas, sin embargo y a pesar de esta necesidad, existe resistencia contra la intervención, ya que los síntomas son un arreglo para mantener el Estilo de Vida disfuncional (Oberst & Ruiz, 2006).

Además, cuando el paciente ve que para su mejoramiento se requiere de un cambio en sus actitudes y creencias arraigadas y profundas, puede crear resistencias y cuando el progreso de la terapia se paraliza o se invierte, se puede atribuir al terapeuta del fracaso, viéndolo como un profesional no tan bueno como parecía (Oberst & Ruiz, 2006). Hay que tomar en cuenta que esta forma de reaccionar es una expresión de su patología o problemática y es importante tratar como cualquier otro arreglo neurótico (Oberst & Ruiz, 2006).

El objetivo primordial de la terapia Adleriana, consiste entonces en reorganizar el Estilo de Vida del paciente, a través de la activación de sus recursos creativos y reorganización de sus cogniciones, con lo cuál se logrará disminuir el sentimiento de inseguridad (Flachier 2001). Dicho de otra forma, el interés de la terapia Adleriana es apoyar a los individuos a ver dónde y cuándo la persona ha tomado posturas sesgadas y de igual forma, ayudarle a buscar otras interpretaciones de sus experiencias (Oberst, Ibarz & León, 2004)

Otro aspecto fundamental dentro de la terapia Adleriana consiste en aumentar el Sentimiento de Comunidad que puede ser carente en el paciente (Oberst & Ruiz, 2007) ya que en sociedades actuales individualistas, se obstaculiza el desarrollo del sentimiento social; sin embargo, la persona con su posibilidad de elegir y construir su vida, tiene múltiples alternativas de desarrollar el interés por los demás, por lo externo a sí y de esa forma enriquecerse a sí mismo, así como a la sociedad, dejando una huella consolidada para sus generaciones y las venideras (Ruiz, et. al. 2005).

La actitud del terapeuta Adleriano debe ser la de un colaborador desinteresado, aunque la relación se sugiere ser emocionalmente estrecha, no debe dejarse impresionar por críticas o elogios, sino más bien una actitud amable, que inspire confianza y sea siempre estable (Oberst & Ruiz, 2006). La función del terapeuta según Adler es solo una invitación o animar al paciente a tener versiones alternativas de sus experiencias, sin embargo es él y su libre decisión la que acepta tales visiones (Oberst, Ibarz & León, 2004).

En cuanto a la efectividad de tratamiento, sugiere que con la terapia Individual Adleriana, es posible reducir entre un 20 a un 80% la incidencia de depresión post tratamiento (Segal et al. 2002 en Waller; Carlson & Englar, 2006).

Terapia Cognitiva

Albert Ellis es el líder de la Terapia Cognitiva, así como el autor de la Terapia Racional Emotiva. Aaron Beck es el principal portavoz de la terapia cognitiva (Ionedes, 2008). La filosofía básica de ésta teoría y orientación psicológica, es que los individuos llegan al mundo con la aptitud de procesar pensamientos razonables, sin embargo, pueden llegar a ser víctimas y aprobar ideas ilógicas que se mantienen en sí mismos a través del auto convencimiento de éstas (Ionedes, 2008). La creencia básica es que el pensar, juzgar, examinar, buscar información, actuar, son los principales fundamentos de la modificación de la conducta (Ionedes, 2008).

La terapia cognitiva es un proceso que enfatiza la modificación cognitiva de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (Riso, 2009). El tratamiento se centra básicamente en la identificación y corrección de las estructuras informacionales cognitivo afectivas, los esquemas motivacionales del paciente, así como el sistema de creencias del individuo (Hollon y Kriss, 1986; Beck, 1996; Riso, 2000, citado en Riso, 2009). El modelo cognitivo acepta y reconoce la relación y dependencia entre emoción, comportamiento y cognición, sin embargo, utiliza la cognición como método principal en el cambio y transformación terapéutica (Clark, 1995, citado en Riso, 2009). Esta orientación enseña a los individuos que pueden cambiar la manera de sentir a través de su forma de pensar (Dryden & Ellis, 1988, citado en Ionedes, 2008).

En cuanto a su efectividad, la terapia cognitiva ha mostrado ser más efectiva que el placebo en el tratamiento agudo de la distimia (Markowitz, 1994, citado en Perez & García, 2001) en el tratamiento de la depresión endógena (Thase, Simons, Cahalane & McGeary, 1991; Thase, Bowler & Harden 1991, citado en Perez & García, 2001) en el tratamiento de la depresión atípica y en tratamiento del trastorno depresivo mayor (Jarret, Schaffer, McIntire; Witt-Browder, Kraft & Risser, 1999, citado en Perez & García, 2001).

La terapia cognitiva muestra un índice más bajo de recaídas post tratamiento comparándolo con la terapia farmacológica, sin embargo existe la posibilidad de que se presenten reincidencias (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998; Rohan, 2003, citado en Perez & García, 2001).

Terapia de la Conducta

Según Wolpe (1969), la conducta es producto del aprendizaje. Las teorías conductuales tienen su origen en el condicionamiento clásico de Pavlov y Watson (Liberty, 1990, citado en Ionedes, 2008). La teoría de Skinner del modelo operante, describe la filosofía de los conductistas contemporáneos, quienes creen que el entorno es el que modela las respuestas individuales de las personas, las que llevan al aumento, disminución o a ningún cambio en la conducta. B. F. Skinner se lo considera el padre de la orientación conductual y su modelo de aprendizaje se refiere al condicionamiento operante o aprendizaje instrumental (Liberty, 1990, citado en Ionedes, 2008).

La terapia conductual para la depresión, fue descrita originalmente por Lewinsohn (1974) quién enfatiza el aprendizaje social y la tarea de superar el origen y

la continuación de la depresión. La terapia conductual puede ser utilizada para mejorar los patrones conductuales, para establecer nuevos intereses, actividades y principalmente experimentar la ocurrencia de acontecimientos positivos en la vida de las personas y reducir acontecimientos desagradables (Ionedes, 2008).

Existen seis procedimientos terapéuticos reconocidos que se encuentran dentro de la misma prosodia conductual sin embargo tienen un distinto acento. Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985, desarrollaron tres formas de tratamiento:

1. Programa de actividades Agradables: Consiste en un programa estructurado de 12 sesiones que se dirigen al cambio de la cantidad y calidad de interacciones del paciente depresivo, a través de entrenamiento asertivo, relajación, toma de decisiones, manejo del tiempo, comunicación (Perez & García, 2001). Este programa ha mostrado su efectividad en cuanto a la reducción de niveles de depresión, en el estudio de 1980 de Lewinsohn & Gotlib 1995 (Perez & García, 2001) y en otro estudio de 1982, citado por Antonuccio, Danton & DeNelsky, 1995 (Perez & García, 2001).
2. Entrenamiento de habilidades sociales: Es un programa estructurado de 12 sesiones dirigido a mejorar tres tipos de conductas.
 1. Aserción negativa: conductas que permiten a los individuos defender sus derechos e intereses.
 2. Aserción Positiva: Expresión de sentimientos positivos hacia los demás.
 3. Habilidades conversacionales en distintos ámbitos de las relaciones sociales (Perez & García, 2001).

Su efectividad se ha mostrado en al menos dos estudios El estudio de Hersen, Bellack, Himmelhoch y Thase (1984) y el estudio de McLean y Hakstian (1979) en (Perez & García, 2001).

3. Curso para el afrontamiento de la depresión: Es un programa altamente estructurado de 12 sesiones e incluyen dos sesiones adicionales de apoyo al mes y a los seis meses después de recibido el tratamiento (Perez & García, 2001).

El programa se lo considera como un tratamiento psico educativo por lo que las personas son más bien participantes de un curso de aprendizaje más que pacientes que reciben un tratamiento en (Perez & García, 2001). En el núcleo del programa se encuentran la programación de actividades agradables, entrenamiento de habilidades sociales, modificación de cogniciones, planes de vida (Perez & García, 2001).

La eficacia del CAD en la reducción de la depresión, se ha mostrado en tres estudios de Antonuccio, Akins; Chatham, Monagin, Tearnan & Ziegler (1979) (Perez & García, 2001).

Los tres siguientes procedimientos son:

1. Terapia de Autocontrol de Rehn: Programa estructurado de 6 a 12 sesiones dirigidos hacia el déficit en el manejo de la conducta de uno mismo. A pesar de no ser un tratamiento psicológico de referencia, se ha mostrado su efectividad al menos en dos estudios (no citados) (Perez & García, 2001).
2. Terapia de Solución de problemas: Según esta teoría la depresión puede ocurrir frente a situaciones problemáticas de tal forma que si no son resueltas, tendría

como consecuencia una “baja tasa de reforzamiento positivo”, de lo que parte de la depresión (Perez & García, 2001). Son algunos estudios los que ratifican la eficacia de esta terapia, como: Areán; Perri; Nezu; Schein; Christopher & Joseph, 1993; Nezu, 1986; Nezu & Perri, (1989) (Perez & García, 2001).

3. Terapia conductual de pareja: Trata la depresión como un problema interpersonal, la misma que incorpora a la relación con las personas que forman el ámbito familiar. Dos estudios avalan la efectividad de la terapia: Beach & O’Leary, (1992); O’Leary & Beach, (1990) y Jacobson; Dobson; Fruzzetti et al., (1991) en (Perez & García, 2001).

Psicoterapia Interpersonal (ITP)

La Psicoterapia Interpersonal fue desarrollada por Gerald Klerman, en los años 1970 como una opción de terapia breve para el tratamiento de la depresión mayor, la misma que es vista y considerada como una enfermedad desde la perspectiva en mención (Heerlein, 2002). Hoy en día, su utilidad se ha expandido a diversas patologías psiquiátricas como el trastorno bipolar, distimia, pacientes con VIH deprimidos, bulimia nerviosa, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad y duelo complicado (Heerlein, 2002), de igual forma los tratamientos se han adaptado a terapias ultra breves, de largo plazo, grupales y de pareja (Heerlein, 2002).

Terapias de períodos cortos, muestran ser eficaces y muy apropiados para tratamientos con adolescentes (Mufson, 2010), ya que estar en terapia por períodos prolongados, no es una normativa aceptada para muchos jóvenes. Estudios han mostrado que los adolescentes en tratamiento, aunque los síntomas de la depresión

disminuyan, las deficiencias interpersonales persisten, lo que puede conducir potencialmente a una recaída (Puig-Antich et al., 1985, citado en Mufson, 2010)

El modelo adulto como el del adolescente, de la terapia interpersonal se enfoca en cuatro áreas fundamentales de la depresión:

- 1: Duelo
2. Déficit en habilidades sociales
3. Dificultades interpersonales
4. Transición del rol (Perez & García, 2001).

La ITP emplea tres estrategias primordiales en el tratamiento de la depresión:

1. Identificar una área específica del problema
2. Identificar la comunicación efectiva y las técnicas de resolución de problemas en el área específica de la dificultad.
3. La práctica de éstas habilidades en sesiones de terapia (Mufson, 2010).

En el tratamiento de la depresión, la ITP se centra en los síntomas depresivos del paciente y el contexto interpersonal en los que aparecen, independientemente de la etiología de la enfermedad. La ITP tiene como objetivo tratar la depresión abordando las interacciones interpersonales del paciente y cómo éstos afectan a los síntomas depresivos (Mufson, 2010).

La eficacia de esta terapia lo avalan estudios realizados por Weissman, Prusoff, DiMascio, Neu, Goklaney & Klerman 1979, citado en Perez & García, 2001).

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos antidepresivos aunque son efectivos para tratar la depresión en general, no ayudan a todas las personas que la padecen (Stahl, 2006). Se estima

que sólo alrededor de dos de cada tres pacientes diagnosticados con depresión responden a cualquier antidepresivo recetado, mientras que alrededor de uno de cada tres responden a un placebo (Stahl, 2006). Varios estudios han realizado seguimientos después de un año de tratamiento clínico a pacientes depresivos, y se muestra que aproximadamente el 40% continúan con el mismo diagnóstico, otro 40% no tienen diagnóstico alguno y el restante, o se recuperan parcialmente, o desarrollan un diagnóstico de distimia (Stahl, 2006).

Durante las décadas de 1970 y 1980, se desarrolló la idea de tratar de identificar a pacientes depresivos que fueran mejores candidatos para diversos tratamientos depresivos, y se llegó a la idea de que podría existir un subgrupo de depresivos unipolares que respondieran efectivamente a los antidepresivos y otros, a los que no lo hiciera (Stalh, 2008). Se planteó una hipótesis de que los pacientes que padecían una forma de depresión grave o melancolía clínica, que tenía bases biológicas y un grado alto de incidencia familiar, de naturaleza episódica, probablemente respondería a los antidepresivos tricíclicos y a los inhibidores de monoamino oxidasa (MAO). Se postula una segunda forma de depresión, de origen neurótico y caracterológico, que se opone a la anterior, siendo menos grave y más crónica, la misma que no respondía efectivamente a los antidepresivos y que posiblemente se podía tratar mejor a través de psicoterapia. Esta forma de depresión se denominó “neurosis depresiva” o “distimia” (Stalh, 2008). La búsqueda de aquellos marcadores que pudieran predecir la posible respuesta al tratamiento farmacológico, como los biológicos versus no biológicos, endógenos versus reactivos, familiares versus no familiares, melancólicos versus neuróticos, agudos versus crónicos, ha resultado decepcionante (Stalh, 2008). De

todas formas, ha quedado claro y establecido el hecho de que, independientemente de cualquier subtipo de depresión los pacientes responderán de forma distinta frente a los antidepresivos (Stahl, 2008).

Se conoce la existencia de diferentes tipos de medicación antidepresiva que no están uniformemente establecidos, sin embargo es particularmente aceptado reconocer las siguientes categorías de fármacos: antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos, inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO) o inhibidores de la MAO y antidepresivos atípicos (Pérez & García, 2001).

Es importante reconocer y distinguir los antidepresivos clásicos o de primera generación, en los que se incluyen los antidepresivos tricíclicos y los IMAO (Barlow & Durand, 2001). Los nuevos fármacos antidepresivos o de segunda generación, conforman los inhibidores reversibles de la MAO, cuya eficacia es comparable con los fármacos clásicos, con la ventaja en la reversibilidad de acción (Pérez & García 2001).

Dentro de los fármacos de nueva generación también se encuentran los ISRS, los mismos que llegaron a tener mucha popularidad en su uso como fue la fluoxetina, a través del Prozac. Los resultados en cuanto a su efectividad, son los mismos de los fármacos clásicos, sin embargo la incidencia es más baja en cuanto a efectos secundarios (Sáiz & Montes, 2000, citado en Pérez & García, 2001).

En cuanto a los resultados del tratamiento, se conoce que el 50% de pacientes deprimidos se recuperan en un período de 6 meses después de un episodio de depresión dado, inclusive pueden experimentar remisión completa de su depresión. La recuperación de las otras tres cuartas partes puede presentarse en un plazo de dos años (Stahl, 2008). Hasta un 90% de pacientes deprimidos logran responder a una

intervención terapéutica o a una combinación de varias intervenciones terapéuticas. Así mismo, los antidepresivos reducen significativamente los índices de recaída entre los primeros 6 a 12 meses después de la respuesta inicial del tratamiento farmacológico (Stahl, 2008). Un 50% de pacientes puede recaer en un lapso de 6 meses a la respuesta si se les cambia a un placebo, y sólo alrededor de un 10 al 25%, recaen si continúan con el fármaco que indujo una respuesta (Stalh, 2008). Estos descubrimientos, han desarrollado pautas de que el tratamiento de la depresión no se debe tratar únicamente hasta que se obtiene una respuesta, sino que se tendría que prolongar aun después de haber obtenido dicha respuesta para evitar una recaída posterior (Stahl, 2008).

De igual manera, existe la posibilidad de que el tratamiento farmacológico y la respuesta al mismo, se *agote*, es decir que deje de mantener una respuesta efectiva durante los primeros 18 meses posteriores al tratamiento, hasta en un 20 o 30% de paciente (Stahl, 2008). Este agotamiento puede más común en pacientes que presentaron respuesta y nunca han llegado a estar bien, es decir, a experimentar remisión. Otro aspecto negativo, es que muchos de los pacientes que tuvieron una respuesta al tratamiento, nunca presentan remisión. Algunos estudios proponen que la mitad de pacientes que responden al tratamiento, no logran la remisión (Stalh, 2008) y finalmente, se considera negativo que alrededor de un 15 a 20% de pacientes tratados con antidepresivos, se muestran refractarios al tratamiento y no responden a los mismos (Stahl, 2008).

CAPITULO 3. DESARROLLO TERAPIA ADLERIANA

Diagnóstico Adleriano

En cuanto al diagnóstico, los profesionales Adlerianos no ponen mucho énfasis a las taxonomías existentes como son el DSM-IV y CIE 100, ya que su principal interés es conocer al paciente más que su enfermedad (Oberst & Ruiz, 2006). La fase diagnóstica en la terapia Adleriana, se centra en que el terapeuta conozca a su paciente y que su paciente se conozca a sí mismo, en el sentido de reconocer aspectos que le son inconscientes (Oberst & Ruiz, 2006). Es importante tanto para el terapeuta como para el paciente, dentro de la terapia Adleriana, conocer datos personales y biográficos ya que son los que han contribuido a la formación del Estilo de Vida; la forma como el individuo afronta las tareas de vida; donde ha tenido éxito y donde ha fracasado y de que manera en la actualidad se presentan las relaciones con los demás (Oberst & Ruiz, 2006).

El diagnóstico Adleriano está orientado a un proceso, no es algo fijo y mientras se va conociendo al paciente se va completando y cambiando la información que a todo momento es válida para conocer el Estilo de Vida (Oberst & Ruiz, 2006). Para Adler lo más importante es la individualidad del paciente, más que los síntomas que presente y la especificidad del trastorno, a pesar que estos son indicadores de sus dificultades y problemáticas (Oberst & Ruiz, 2006).

La psicología Adleriana se resiste a utilizar una categoría diagnóstica generalizada, estando más a favor de informes descriptivos sobre la dinámica del problema (Dowd, & Kelly, 2003). Axiomáticamente hay una apreciación del proceso interno psicodinámico que está relacionado directamente con la conducta externa

(Dowd, & Kelly, 2003). Sin embargo, en la actualidad la nosología Adleriana acepta los sistemas clasificatorios más modernos, aunque sigue siendo prioritario la evaluación del Estilo de Vida del paciente (Oberst & Ruiz, 2006).

Frente a la posibilidad de utilizar la teoría Adleriana y el sistema DSM-IV, en su modo multidimensional se equipararía de la siguiente manera:

Eje I: Trastorno clínico (DSM IV).

Síntomas y Síndrome actual. Motivo de consulta actual (Teoría Adleriana).

Eje II: Rasgos o trastornos de personalidad (DSM IV).

Estilo de Vida del paciente (Teoría Adleriana)

Eje III: Trastornos médicos-orgánicos (DSM IV).

Factores neuropsicológicos. Las deficiencias y trastornos médico físicos. La inferioridad orgánica (Teoría Adleriana).

Eje IV: Estresores actuales (DSM IV).

Factores exógenos o condiciones de vida actuales del paciente relacionados con su malestar sintomático (Teoría Adleriana)

(Oberst & Ruiz, 2006).

El esquema presentado puede ser útil para diseñar el plan de intervención terapéutica en casos crónicos y severos, en intervenciones a corto plazo a nivel sintomático, médico o ambiental, en intervenciones a mediano o largo plazo a nivel de funcionamiento en las tareas de la vida trabajo, relaciones, afecto, así como también en intervenciones a largo plazo a nivel de Estilo de Vida o personalidad (Oberst & Ruiz, 2006).

Anamnesis

Para Adler la anamnesis del paciente es de suma importancia ya que por medio de la misma se puede tener una primera visión sobre la estructura del Estilo de Vida y así descubrir la ley de movimiento del paciente (Flachier, 1998). Adler dice que una anamnesis bien realizada, representa la mitad de la curación del paciente (Flachier, 1998) La anamnesis está orientado a:

- Conocer los problemas y síntomas actuales
- Enfermedades del paciente y de sus allegados
- Existencia de alguna inferioridad orgánica
- Capacidad de relacionarse con los demás
- Atmósfera familiar
- Nivel de vida
- Matrimonio y pareja
- Profesión y sus idea sobre al elección profesional
- Número de hermanos y constelación familiar
- Recuerdos más antiguos
- Sueños diurnos y repetidos (Flachier, 1998).

Evaluación del Estilo de Vida

El análisis del Estilo de Vida forma parte de la técnica Adleriana, que fue utilizada por el mismo Adler (Oberst & Ruiz, 2006), se suele realizar en las primeras sesiones de la terapia, a través de algunos recuerdos que ha tenido el paciente de cuando era pequeño, aún sabiendo que aquellos recuerdos no representan necesariamente hechos biográficos reales y verdaderos, sino más bien cumplen la

función de estímulos proyectivos, donde se proyectan sus preocupaciones, metas y maneras de funcionar en la actualidad (Oberst & Ruiz, 2006).

Para evaluar el Estilo de Vida se puede utilizar la entrevista abierta o semi estructurada, donde se preguntan datos personales del paciente, datos de su familia de origen y de su familia actual y se hacen preguntas con respecto al motivo de consulta, sobre su situación actual respecto a las tareas de la vida y sobre la visión que tiene la persona sobre el porqué le ocurren ciertas situaciones (Oberst & Ruiz, 2006). Es importante recordar que la visión Adleriana toma en cuenta los síntomas de las personas, que pueden ser inclusive físicos, y que pueden ser leídos o aparecer como una excusa para no enfrentarse con valentía y decisión a las tareas de la vida, sin embargo, antes de comenzar con el tratamiento psicológico es importante averiguar la existencia de alguna causa médica (Oberst & Ruiz, 2006).

Emociones

En cuanto a las emociones, cumplen un rol, y así como otros métodos experienciales ha sido recientemente acogida por la psicoterapia Adleriana como una forma adicional de trabajar con el Estilo de Vida (Oberst & Ruiz, 2006). Las emociones son consideradas como medios inconscientes del individuo para reforzar el Estilo de Vida disfuncional adquirido (Oberst & Ruiz, 2006). Para los Adlerianos, las emociones se observan en relación al contexto social y relacional en donde se manifiestan y los objetivos que persigue el individuo con las mismas, no como procesos ajenos e independientes de otros aspectos de la persona, sino más bien como el reflejo del fin ficticio del Estilo de Vida, de esta manera, al explorar las emociones, se exploraría

también el Estilo de Vida, preguntando la función y la finalidad que tiene una emoción en concreto y hacia donde se dirige (Oberst & Ruiz, 2007).

Es importante distinguir entre las emociones conjuntivas, que son aquellas que predomina el Sentimiento de Comunidad y por ende conducen a la colaboración; o las emociones disyuntivas, donde predomina los sentimientos egocéntricos (ira, venganzas, afán de superioridad, etc.) y que alejan al individuo de los demás (Oberst & Ruiz, 2006).

Fases de la Psicoterapia Adleriana

La Psicología Adleriana sugiere seguir 4 pasos para el desarrollo de la psicoterapia (Waller, Carlson & Englar, 2006).

- Fase 1. Relación terapéutica

La calidad de la relación paciente / terapeuta, consiste en el desarrollo de un rapport positivo, referido a la confianza y respeto mutuo y siendo posible llegar a la representación que tiene el paciente sobre la vida (Milliren & Barret Kruse, 2002 en Ionedes, 2008). El reciente descubrimiento sobre la cooperación y respeto entre el terapeuta y paciente es relativamente nuevo en la mayoría de orientaciones terapéuticas. En el pasado, el terapeuta tenía un rol superior, mostrándose como el experto y sanador, mientras que el paciente tenía un rol inferior, siendo el que necesita aprender y el que necesita de curación. Hoy en día, el terapeuta y el paciente trabajan juntos como iguales. Adler pensaba que la psicoterapia era esencialmente una tarea de colaboración (Sperry, 1992, citado en Ionedes, 2008).

Mosak (1989) afirma que para los Adlerianos una buena relación terapéutica es muy enriquecedora cuando se desarrolla entre iguales. Ser colaboradores de los pacientes, les ofrece un sentido de responsabilidad de sus vidas y aporta a reconocer sus cualidades positivas y puntos de vista dinámicos y fuertes, en lugar de acoplarse continuamente desde sus debilidades y negativismo (Ionedes, 2008). El terapeuta muestra entusiasmo, transmite coraje, soporte y respeto hacia su capacidad de cambio. Cuando el individuo se siente profundamente comprendido y aceptado, se enfocará y orientará en los logros que quieren de la terapia a través de sus metas establecidas. Una vez que se establece una relación positiva y de confianza, la persona sentirá mayor comodidad y confianza, para también relacionarse con los demás (Corey, 1991, citado en Ionedes, 2008).

- Fase 2. Análisis y Evaluación

Se obtienen datos para establecer el estilo de vida a través del análisis de sueños, primeros recuerdos, cuestionarios, etc., la misma que se va construyendo con el apoyo del paciente y que contienen los esquemas aperceptivos de cómo se ve a si mismo, cómo ve a los otros, como ve su situación personal, cuál es su meta final y cuáles son los medios que utiliza para conseguirlas (Waller, Carlson & Englar, 2006).

Existen dos objetivos principales dentro del proceso de Terapia Adleriana. El primero es conocer la forma de vida del paciente y como funciona. El segundo, es comprender como las elecciones de los pacientes se toman de acuerdo a su estilo de vida y la afectación que tienen en su conducta actual

(Ionedes, 2008). Este proceso terapéutico debe llevarse a cabo, dentro de un clima positivo donde los problemas puedan ser manejados efectivamente (Milliren & Barret Kruse, 2002, citado en Ionedes, 2008).

- Fase 3. Insight

En esta fase de la terapia, el énfasis es asistir al paciente en descubrir y entender la razón por la que hacen las cosas que hacen. Este debe ser un proceso educativo ya que ayuda al paciente examinar las intenciones y creencias, para que de esa forma puedan seleccionar aquellas acciones que son efectivas y aquellas que no lo son (Milliren & Barret Kruse, 2002, citado en Ionedes, 2008).

El insight se lo observa como un paso hacia el cambio de las personas, sin embargo el énfasis es traducir el entendimiento en una acción constructiva. La interpretación es una técnica que ayuda ganar conocimiento de las problemáticas y desde la teoría Adleriana se aplica al estilo de vida del paciente (Powers & Griffith, 1987, citado en Ionedes, 2008). Cuando el terapeuta hace interpretaciones, ayudan al paciente a crear consciencia de la dirección de su propia vida, sus metas, sus propósitos, su vida y lógica privada, su funcionamiento y las influencias en su comportamiento actual. A través de la interpretación, los pacientes entienden y conocen mejor la parte personal en la creación del problema, las afectaciones y contribuciones hacia los mismos, así como también lo que pueden hacer para corregir y mejorar la situación (Powers & Griffith, 1987, citado en Ionedes, 2008).

- Fase 4. Reorientación

La reorientación es la fase final del proceso terapéutico Adleriano. Es la fase que se orienta a la acción y a poner en práctica el insight adquirido, donde las personas encuentran y aplican opciones más eficaces y exitosas en el manejo de las dificultades que se presentan en la vida (Dinkmeyer & Sperry, 2000, citado en Ionedes, 2008).

Es aquí donde el paciente comienza a ser la persona que quiere ser, recordando que es importante tomar en cuenta y detenerse cuando están repitiendo viejos patrones que puedan llevar a comportamientos ineficaces (Ionedes, 2008). El compromiso es una parte vital de esta fase, ya que los pacientes deben estar dispuestos a establecer metas para sí mismos y hacer un esfuerzo para resolver sus problemas. De esta manera, convierten los conocimientos adquiridos durante la terapia, en una conducta mejorada. Esta fase orientada a la acción, es el momento de resolver problemas y tomar decisiones. Al final de la sesión, el terapeuta resume y pone de relieve, todos los aspectos importantes que se abordaron durante las sesiones (Dinkmeyer, Dinkmeyer, & Sperry, 1987, citados en Ionedes, 2008).

CAPITULO CUATRO. CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LA TEORIA ADLERIANA Y OTRAS PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

Las similitudes y diferencias entre distintas perspectivas psicológicas se observan en cuanto a las técnicas aplicadas en terapia, en los objetivos y propósitos del tratamiento, que tan directivo se es en terapia, así como también en la filosofía y visiones de la naturaleza humana. A continuación se presentan comparaciones entre la Teoría Psicoanalítica Freudiana, Terapia Cognitiva Conductual y Terapia Interpersonal.

Teoría Psicoanalítica Freudiana

Adler y Freud son contemporáneos que compartieron ocho años en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, antes de que Adler en 1911 creara su propia escuela psicológica (Oberst & Stewart, 2005). La teoría Freudiana original y modificada, promete menos convergencias con la teoría y práctica Adleriana (Oberst & Stewart, 2005) las mismas que se presentan a continuación:

Adler y Freud tomaron visiones distintas de la naturaleza humana. Freud por ejemplo, mantuvo que por causa de los impulsos instintivos desenfrenados de los seres humanos y por el principio del placer, las personas actúan y van en dirección de maximizar la gratificación instintiva y minimizar el dolor y el castigo. Este enfoque hacia el deseo de realización y de gratificación instintiva, sugiere que la naturaleza humana en esencia es hedonista y más bien puede chocar con la cultura y la sociedad, viéndola como impedimento para conseguir satisfacción (Oberst & Stewart, 2005).

Adler por lo contrario ve a las personas menos susceptibles a las influencias instintivas u otras fuerzas inconscientes, sino más bien da mayor importancia a la educación y a las influencias familiares en la formación del carácter, aunque admitió las capacidades agresivas y destructivas que poseen los seres humanos (Oberst & Stewart, 2005). En cuanto al inconsciente, para Freud son aquellos contenidos reprimidos que saldrán a la luz para facilitar la catarsis en el paciente, sin embargo para Adler, los contenidos son inconscientes porque se formaron en la niñez, donde el niño no tiene lenguaje ni conceptos suficientes y que por tal razón escapa del entendimiento de los individuos sobre aquellas visiones equivocadas, erróneas, o sesgadas de ciertas circunstancias de sus vidas (Oberst & Stewart, 2005). Tomando en cuenta la idea holística Adleriana, la cuál rechaza el dualismo consciente / inconsciente, Adler entiende al inconsciente como algo que está allí y que todavía no se lo puede entender ni formular en conceptos claros, sin embargo, se lo puede llegar a comprender a través de la interpretación y diálogo entre terapeuta y cliente (Oberst & Stewart, 2005).

Adler manifiesta que los individuos parten de una falta o limitación que se intenta compensar. Si los intentos de compensación son ajenos a la cooperación y sentimiento comunitario, se genera un trastorno mental, y si estos intentos, que son la mayor parte de veces inconscientes, son a través de la lucha del poder, conducirá al sufrimiento emocional (Oberst & Stewart, 2005). Además enfatizó, contrario a Freud, que las personas tienen necesidades desinteresadas y generosas para ofrecer y contribuir con los demás, lo que promueve al mejoramiento del género humano (Oberst & Stewart, 2005).

En cuanto a la psique humana, Freud dividió en id, ego y superego, desde lo estructural; y desde lo dinámico, en inconsciente, pre consciente y consciente, y dio primacía y prioridad causal al rol del inconsciente (Oberst & Stewart, 2005).

Adler enfatiza una visión holística de la persona, versus la división intra psíquica para entender al self. Lo consciente e inconsciente según Adler, no obedece a diferentes estructuras mentales, sino más bien a las formas que tienen los individuos para conseguir y lograr su meta final que es su principal objetivo y que se derivan de un objetivo final inconsciente (Oberst & Stewart, 2005).

En lo que Freud y Adler concordaban es que para ser autosuficiente y productivo, el establecimiento de una relación emocional íntima con la pareja del sexo opuesto, constituyen puntos que marcan un funcionamiento saludable de la personalidad (Oberst & Stewart, 2005). Adicionalmente al amor y trabajo, Adler creyó que el contribuir a una red social amplia en la comunidad con benevolencia y soporte, jugaba un rol primordial en la vida emocional de las personas (Oberst & Stewart, 2005). Esto indica que la conducta más que estar determinada por instintos y pulsiones, y que puede ser rastreada en el pasado, a causas objetivas, son procesos psicológicos arrastrados por metas subjetivas y funcionales que emergen de esfuerzos para lograr las tres tareas de la vida (Oberst & Stewart, 2005).

En cuanto a la práctica, existen similitudes entre las dos teorías, como por ejemplo, dentro de la clínica las terapias se orientan hacia el insight, y buscan la concientización de las fuerzas inconscientes que han formado la personalidad y ocasionado desequilibrios (Oberst & Stewart, 2005).

La meta a través de la terapia Freudiana, es elucidar a través de la interpretación, análisis de sueños, y análisis de la transferencia, la naturaleza verdadera de los mecanismos de defensa del paciente, las memorias reprimidas, los aspectos inconscientes y disminuir la fuerza de estos fenómenos que determinan el comportamiento (Oberst & Stewart, 2005).

Adler no miraba el inconsciente como una bodega de experiencias e instintos inaceptados, sino mas bien como un término descriptivo que expresa y transmite la falta de consciencia que experimentan los individuos con respecto a su vida ficcional y lógica privada (Oberst & Stewart, 2005). Para Adler, el insight del estilo de vida, se conseguía a través de la exanimación de recolecciones tempranas, a través de información del ambiente familiar, y a través del rol que desempeña el problema que mantiene el estilo de vida (Oberst & Stewart, 2005).

Sin embargo, conseguir el insight no es el objetivo final de la terapia Adleriana, una vez que el individuo ha desarrollado una concientización cognitiva y emocional de su lógica privada, la terapia puede avanzar a examinar si los intentos que realizan los individuos para conseguir las tareas de la vida, están errados, disfuncionales, o auto derrotados (Oberst & Stewart, 2005).

En cuanto a la relación con el paciente, en las formas tradicionales del Psicoanálisis, el terapeuta y el paciente ocupan posiciones diferentes en las jerarquías de poder e insight. El terapeuta psicoanalítico posee más poder porque su insight sobre los conflictos internos conduce a la concientización naciente del paciente. Más allá las interpretaciones a tiempo, proveen al paciente de una explicación externa

objetiva para comprender las conductas, sentimientos o actitudes (Oberst & Stewart, 2005).

La terapia Adleriana por lo contrario, se relaciona con sus pacientes en un trabajo colaborativo y a un mismo nivel, el mismo que se enfoca en entender la lógica privada y la re orientación de la forma y del método en que el paciente busca conseguir sus tareas de vida (Oberst & Stewart, 2005). Esta orientación igualitaria utiliza el método escolástico de sutilmente indagar y sugerir posibles explicaciones de la conducta en contraste de una interpretación rotunda y categórica. Adicionalmente, las reacciones del paciente son útiles para explorar el problema y su elaboración, mientras que dicha conducta, desde la perspectiva psicoanalítica puede ser vista como una resistencia o que deriva desde conflictos inconscientes (Oberst & Stewart, 2005).

La terapia Adleriana además no fomenta la formación de relaciones de transferencia, la misma que es el principal vehículo para producir movimiento terapéutico dentro de las terapias psicodinámicas (Oberst & Stewart, 2005) y que desde la visión de Adler, la transferencia puede interferir en la tarea de detectar los errores básicos del paciente, así como sus metas disfuncionales (Oberst & Stewart, 2005).

Finalmente, la terapia psicoanalítica es de duración larga comparada con la versatilidad permitida por el enfoque Adleriano. Adler enfatizó en ayudar a las personas en una variedad de problemas que varían desde la depresión y psicosis hasta la educación y crianza de los hijos (Oberst & Stewart, 2005). Esto implica que los practicantes de la Psicología Individual pueden efectuar intervenciones de reconstrucción de personalidad de la misma forma que el proveer de una guía práctica

e intervenciones psico educativas en circunstancias problemáticas que se derivan de causas existenciales y del desarrollo, como por ejemplo el escogimiento de una carrera y parentalidad positiva (Oberst & Stewart, 2005).

Enfoque Interpersonal

El enfoque interpersonal describe la forma en que la personalidad emerge de la naturaleza de las relaciones diádicas que experimentan las personas. Estos enfoques ponen menor énfasis en los fenómenos intra psíquicos como la represión por ejemplo (Oberst & Stewart, 2005).

Sullivan es generalmente conocido como el fundador de éste enfoque y mantiene la visión de que los seres humanos dependen de las relaciones y transacciones que mantienen con los demás para conseguir sus metas y objetivos de vida (Oberst & Stewart, 2005). La naturaleza de la relación con los demás y las formas en las que el sistema coordina el logro de las necesidades, contribuye al funcionamiento y estructura de la personalidad. Sullivan enfatizó particularmente la naturaleza social y el involucramiento de las personas, el rol del contexto familiar, y la importancia de la cooperación, en la búsqueda de satisfacción de las necesidades de los individuos (Oberst & Stewart, 2005). Ambas teorías, Interpersonal y Adleriana, mantienen que la personalidad es moldeada por los roles y las relaciones que las personas experimentan y establecen en sus vidas (Oberst & Stewart, 2005).

En cuanto a la práctica, las dos teorías distinguen entre los roles saludables y solidarios por una parte, y los disfuncionales y auto derrotados por otra. El rol primario de cada terapia, es ayudar a la concientización en el Estilo de Vida y las metas incipientes y primarias que motivan el interés por los demás (Oberst & Stewart, 2005).

La forma y el método en que cada teoría utiliza, son de alguna forma divergentes en cuanto y referente a la concientización del Estilo de Vida y metas de los individuos. La terapia Adleriana provee directamente retroalimentación sobre la naturaleza equivocada y errada en el alcance y logro las metas y objetivos de la vida de las personas, así como también resaltarán las discrepancias entre el contenido de los mensajes y la conducta que exteriorizan (Oberst & Stewart, 2005).

Teoría Cognitiva Conductual

La Terapia Cognitiva Conductual como la Beck (1976) y Ellis (1987) no tienen una herencia directa de la Psicología Individual Adleriana, sin embargo se puede seguir sus orígenes de la misma semántica, lingüística y filosofía que inspiró a Adler (Oberst & Stewart, 2005). La terapia Adleriana y la CBT comparten y se aproximan desde varios puntos de vista:

Primero: Los problemas de la vida provienen de cogniciones y creencias falsas e incorrectas que las personas desarrollan sobre situaciones, y de las formas incorrectas en que responden a los mismos (Freeman & Urschel 1997, Shulman 1985, citado en Oberst & Stewart, 2005).

Dos: Las dos teorías afirman que el reconocimiento y conexión de creencias disfuncionales, personas y situaciones que las disparan, llevará al paciente a desarrollar procesos cognitivos más saludables (Oberst & Stewart, 2005).

Adler mantiene que el nuevo estímulo se percibe en términos de las implicaciones hacia las metas ficticias de las personas (Oberst & Stewart, 2005).

Tres: Para ambas perspectivas, el aprendizaje y el desarrollo de estrategias de afrontamiento son muy importantes, así como también lo son los factores ambientales de tipo social, cultural y contextual (Oberst & Stewart, 2005).

Cuatro: Las dos teorías presentan la importancia y el papel de la cognición y los significados personales, en la funcionalidad o disfuncionalidad de los individuos (Oberst & Stewart, 2005).

La psicología Adleriana tiene mucho en común con la perspectiva cognitiva tradicional, sin embargo su mayor diferencia es el énfasis que hace hacia la meta del individuo, así como también su compromiso social y desarrollo del sentimiento comunitario (Dowd, & Kelly, 2003).

Por qué utilizar la terapia Adleriana?

Existen varios enfoques que se aplican a terapias, algunos profesionales se centran en las emociones, otros en comportamientos, otros en los pensamientos e ideas, otros en lo intra psíquico de los seres humanos (Dowd & Kelly, 2003). La terapia Adleriana contempla todos estos aspectos, con excepción de los fenómenos intra psíquicos de los seres humanos, llamados también procesos mentales de la experiencia humana, sin embargo, están conectados a los factores sociales y culturales (Oberst, 1998) e integra conceptos de intencionalidad y de que la conducta humana está regida por metas (Oberst & Ruiz, 2007).

Todo enfoque terapéutico, tiene su propia propuesta y abordaje particular, pero no existe ningún tratamiento que capitalice en la interacción social y el interés hacia los demás, como la psicología Individual Adleriana, siendo ésta la idea principal y el método terapéutico del tratamiento (Ionedes, 2008). Contemplar aspectos sociales y

culturales en momentos donde las sociedades modernas, tienden al individualismo, donde los contactos cada vez son más impersonales, superficiales y meramente formales y donde cada individuo vela por su propio interés, es de suma importancia y trascendental, fortalecer y conquistar intereses más amplios, que fomenten, la solidaridad, unión y empatía (Ruiz, Úrsula & Quesada,2005).

El ser humano tiene la posibilidad de elegir y construir su vida desde el interés por los demás de tal forma que pueda enriquecerse a sí mismo como a la sociedad y en general a todos los seres humanos en una dirección evolutiva de la especie humana (Oberst & Ruiz, 2007). Todo intento de cooperación, superación, se aproxima al bienestar psíquico individual, así como también la responsabilidad social basada en valores y en equidad, lo que conlleva a mejorar la sociedad entera (lonedes, 2006).

Es importante señalar que la intervención Adleriana es un proceso que puede ser más profundo y que se orienta hacia la modificación de la personalidad del individuo, así como el tratamiento de temas más inconscientes (Watts, 2003). De igual forma, no deja de lado aspectos que derivan de la vida diaria y de la convivencia, como la orientación e intervención de carácter educativo, vocacional, y la visión de que muchos problemas dependen de creencias erróneas y actitudes poco adaptativas que pueden cambiarse de una manera eficaz (Ruiz, Oberst, Quesada, 2004).

La intervención Adleriana es una terapia positiva y alentadora, que se enfoca en dar valor, significancia, sentido, esperanza, a los individuos, frente a sentimientos de incapacidad, desánimo, fracaso, inseguridad (Watts, 2003). Se destaca principalmente que el enfoque de tratamiento es distinto de otros enfoques de tratamiento ya que

promueve el interés social y a la participación activa en la comunidad e interacción social con los otros (Ionedes, 2008).

CAPITULO CINCO. FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA ADLERIANA

Alfred Adler es el fundador de la Psicología Individual, que forma parte de una de las tres psicologías profundas, en las que se incluyen a Freud y Jung (Oberst, 1998). Adler concibe al ser humano como una unidad psicológica, en donde está presente la cognición, la emoción, lo somático y la conducta, guiadas hacia una misma finalidad (Oberst, 1998). Para Adler, la persona es un individuo que tiene una personalidad única e integradora, la misma que está guiada por los objetivos y metas que pretende alcanzar, aunque no sea tan consciente de ellas, por lo que para entenderlo hace falta conocer sus objetivos de vida, más que su conducta (Oberst, 1998).

La salud mental de toda persona y de toda sociedad, está relacionada íntimamente con el Sentimiento de Comunidad, la misma que supone del desarrollo de la capacidad de colaboración (Oberst, 1998). Según Adler, todos los problemas de la vida están relacionados con la falta de colaboración e identifica tres problemas primordiales y comunes en todo ser humano como lo es: la ocupación, el amor y las relaciones sociales (Oberst, Ibarz & León, 2004).

La teoría Adleriana tiene su modelo de conflicto psicológico, que no es intra psíquico, sino más bien centrado en la dificultad y oposición entre el estilo personal de vida y el interés social; entre la persona y sus relaciones con los demás, es decir, el conflicto es más interpersonal y surge de la construcción negativa que tiene el sujeto sobre determinada situación y las compensaciones que el sujeto tiene hacia tal

situación (Oberst, 1998). Cuando estas compensaciones se rigen por metas personales y son ajenas a las reglas de cooperación, convivencia e interés común, es donde aparecen los trastornos emocionales (Oberst & Ruiz, 2007).

Otro de los aspectos importantes a los que hace referencia la psicología Adleriana es sobre la responsabilidad y libre albedrío de todo ser humano, es decir es un ser proactivo y constituyente de su propio destino, a pesar de las influencias de la educación, de experiencias negativas o de un entorno que no pudo haber sido favorable (Oberst & Ruiz, 2007). Lo más importante frente a cualquier experiencia humana, es la elección de la interpretación que el individuo da a la misma, siendo esta una reacción correctiva o así también una evaluación negativa de su entorno y de los sucesos. Desde esta visión, cada persona es responsable y dueño de sus actos, de su vida, de las decisiones, y la dirección que elija hacia el logro de sus metas y objetivos (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Teoría de la Finalidad

Con éste concepto, Adler abandona la visión determinista Freudiana completamente e integra el concepto de intencionalidad a su teoría. Finalidad se refiere a la existencia de objetivos en el desarrollo y vida psíquica de todo ser humano (Oberst, Ibarz & León, 2004). Para Adler, toda persona posee una personalidad única, la misma que está guiada por sus objetivos y metas que se propone alcanzar (Oberst, Ibarz & León, 2004). Según su teoría, no hace falta entender las causas de la conducta de una persona, sino más bien los objetivos que los individuos persiguen con los mismos, por lo tanto la pregunta no es “por qué” sino “para qué”, de la misma (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Los objetivos y finalidades del ser humano por lo tanto, son muy útiles y le permiten desenvolverse mejor en su entorno y son la línea directriz para la forma de actuar en la vida (Oberst, Ibarz & León, 2004). Adler distingue entre fines útiles, y son aquellos que contribuyen al desarrollo y bienestar de la comunidad y los fines que no útiles, y son aquellos de utilidad exclusiva para el individuo y su bienestar personal (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Sentimiento de Comunidad o Interés Social

El interés social o *Gemeinschaftsgefühl*, es quizás el principio Adleriano más importante. Su traducción literal se define como: “llevarse bien con los individuos pertenecientes a una sociedad, o tener sentimientos positivos hacia los mismos y vivir en paz y en gozo con la comunidad” (Osborn, 2001, citado en Ionedes, 2008). Dinkmeyer, Dinkmeyer, and Sperry (1987) más tarde lo definió como: “la voluntad de los individuos de cooperar con los demás hacia el bien común”. Sweeney (1998) lo describe como: “el esfuerzo de cada individuo de hacer un lugar para sí mismo y tener un sentido de pertenencia”. Adler (1979) identifica y equipara el interés social con la necesidad de los individuos de relacionarse con otras personas, así como la comprensión del individuo de ser miembro y formar parte de la sociedad, además del deseo de llevarse bien con éstos. (Ionedes, 2008). El desarrollo de interés social en los individuos, es el principal objetivo de la terapia Adleriana (Ionedes, 2008).

Adler contempla al ser humano siempre tomando en cuenta el entorno, por lo que sus emociones, pensamientos y actitudes no se evalúan desde sí mismo, sino desde su contexto social; de la misma manera, la salud mental o el trastorno

psicológico se evalúan desde el punto de vista de la comunidad y el grado de sentimiento comunitario que un individuo desarrolle o posea (Oberst, 1998).

De acuerdo al pensamiento Adleriano la expresión “sentimiento de comunidad” se refiere a un aspecto psicológico, algo que el individuo tiene que sentir, es decir, para realizar un acto bueno, debe existir una actitud buena y correspondiente, que contribuya al bien común, esto no significa un sacrificio por los demás sino más bien buscar el bien personal dentro del bien común (Oberst, 1998). De igual forma Adler (1979) manifiesta que fomentar sentimientos positivos hacia los demás y contribuir con la comunidad mejorará la calidad de vida de los individuos, aspecto fundamental de la terapia Adleriana (Ionedes, 2008).

Estilo de Vida

Adler se refiere al Estilo de Vida como la acumulación de experiencias personales, la forma de ser y actuar exclusiva de cada persona y sus formas particulares de resolver sus problemas (Ionedes, 2008). Desde la corta edad, los niños pertenecen a una comunidad, donde generalmente sus padres representan el rol de modelos y símbolos de seguridad, así mismo tempranamente salen en búsqueda de nuevas experiencias, desconocidas y poco familiares y regresan hacia lo conocido, familiar y seguro para ellos. Este viaje hacia el mundo y su retorno a casa, son experimentos que brindan experiencia y seguridad y que construyen en el tiempo, la forma de vida de las personas (Ionedes, 2008). Esta forma de manejar situaciones y la manera particular de estar en el mundo con los demás, es lo que se convierte en el estilo de vida (Eckstein & Kern, 2002). Al igual que Adler, Dreikurs (1967) afirmó que el niño nace en una familia, que es el lugar donde su vida social comienza. La familia es

el centro, de donde el niño, como entidad única y particular aprende sobre aspectos de la vida y establece su propio Estilo de Vida (Ionedes, 2008).

Los Adlerianos se centran en la evaluación del Estilo de Vida, donde sistemáticamente adquieren una descripción completa de los miembros de la familia de origen del paciente, sus relaciones y sus circunstancias de vida (Eckstein & Kern, 2002, citado en Ionedes, 2008). Esta evaluación tiene como objetivo comprender y descubrir las interpretaciones y lógica privada de cada individuo, haciendo conexiones entre el pasado, presente y futuro y las formas en que la persona se encarga de las demandas básicas en la vida (Mozdzierz, Lisiecki, Bitter, & Williams, 1984, citado en Ionedes, 2008).

Sentimiento de inferioridad

Adler pensaba que todo ser humano tiene una lucha permanente desde su nacimiento en busca de la superación de problemas y dificultades, ya que desde su niñez se encuentran en situaciones de inferioridad frente al medio y que sin el apoyo y cuidado de los demás, sería incapaz de sobrevivir, marcando así, un sentimiento de inferioridad con respecto al medio que le rodea (Ardouin, et. al., 1999).

De igual forma, quienes sufren de alguna debilidad orgánica o de algún problema en su funcionamiento psíquico, puede que desarrollen un sentimiento de inferioridad con respecto a quienes no aquejan de sus problemas (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Los sentimientos de inferioridad pueden estar relacionados con una minusvalía de órganos, sin embargo no es una condición suficiente para el desarrollo de la neurosis. Adler pone énfasis a un sentimiento de inferioridad subjetivo, en donde la

educación puede inducir a que el niño piense equivocadamente que vale menos que los demás (Oberst, Ibarz & León, 2004).

La sensación de sentirse poco apreciado, aceptado y querido, puede llevar al individuo a tener la convicción de que vale menos que los demás, los factores pueden ser de índole orgánica, por alguna discapacidad física, algún problema de salud, o puede ser también de índole psicológico, generalmente por una educación inadecuada (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Adler destaca tres tipos de educación inadecuada:

1. Educación demasiado autoritaria
2. Educación demasiado consentidora
3. Educación sobre protectora

Dentro de la educación autoritaria, el niño se siente humillado, maltratado e impotente. En cuanto a la educación consentidora, el niño carece de respeto hacia los demás. La educación sobre protectora, el niño crece entre algodones. En todos los tipos de educación mencionados, el niño no aprende como superar los obstáculos en la vida, ni a valerse por sí mismo, así como tampoco a luchar para obtener lo que desea (Oberst, Ibarz & León, 2004).

La mayor parte de los niños reprimidos y consentidos, se sienten inferiores, sentimiento muy difícil de tolerar, por lo que intentan compensar o sobre compensar su sentimiento. Por ejemplo, quién se siente excluido, busca ser incluido a toda costa, inclusive excluyendo a los demás; el que se siente humillado, busca vengarse, y quién en su infancia consiguió todos sus caprichos, de adulto necesita esclavos para conservar el poder y sentido de importancia. De allí nace el afán de poder o afán de

superioridad, siendo una expresión psico patológica de la persona que se siente inferior, excluida o minusválida (Oberst, Ibarz & León, 2004).

El sentimiento de inferioridad puede provocar una distorsión en la vida emocional de los individuos, por lo que no es capaz de relacionarse con los demás de forma natural y espontánea, sino más bien trata de compensar alcanzando logros fatuos (Oberst, Ibarz & León, 2004). Adler afirma que una debilidad física puede desarrollar en el individuo un sentimiento de inferioridad, aunque no necesariamente. La neurosis se genera para Adler a través de una inferioridad percibida por la persona, más no real (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Según una visión humanista de Adler, las personas, aunque no son iguales, son equivalentes y de igual valor humano; es su mirada subjetiva, la que conduce al sentimiento de inferioridad (Oberst, Ibarz & León, 2004). Además, la naturaleza humana, anhela superar obstáculos, conseguir objetivos, sentirse fuerte y validado, a través del afán de superación y expresión del sentimiento de comunidad, los mismos que tienen que fomentarse en la infancia, a través de la educación (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Para Adler, el sentimiento de inferioridad no causa una neurosis, el individuo neurótico se siente inferior, consecuentemente se vuelve ansioso, depresivo, compulsivo, etc., más bien los síntomas neuróticos son un intento inconsciente, de escapar del sentimiento de inferioridad y de obtener poder o sentirse superior, a través de la búsqueda de prestigio o aparentar un estatus de importancia (Oberst, Ibarz & León, 2004). Según Adler, los síntomas ansiosos, depresivos, fóbicos, etc., son las

manifestaciones que desarrolla el individuo para no enfrentar su problema real (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Es importante reconocer que en los trastornos neuróticos y psicóticos puede existir un componente biológico, no siempre se puede definir un problema como un arreglo o maniobra para no querer ver la realidad o como una compensación de sentimientos de inferioridad (Oberst, Ibarz & León, 2004), así como tampoco se puede negar el acceso a un tratamiento farmacológico. Según la teoría Adleriana, todos los trastornos clínicos necesitan una intervención bio psico social, en el cuál el trabajo con los sentimientos de inferioridad sólo un aspecto adicional entre otros (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Afán de Superación / Superioridad

Adler (1979) subraya que la búsqueda de excelencia (afán de superación) así como enfrentar sentimientos de insuficiencia (sentimientos de inferioridad) a través de la búsqueda de la perfección, son ambiciones innatas de los seres humanos (Ionedes, 2008).

Adler cree que al momento en que los individuos experimentan sentimientos de poca valía, su motivación irá en dirección de la búsqueda de control y dominio. Esta búsqueda de perfección, contribuye al crecimiento del individuo, así como el de la sociedad (Ionedes, 2008). Cabe mencionar que para Adler la superioridad no significa ser mejor que los demás, sino más bien hacer frente a los sentimientos de inadecuación mediante la búsqueda de habilidades, destrezas, excelencia y perfección y así modificar una limitación en una capacidad valiosa y favorable, de una deficiencia a una fortaleza, es el esfuerzo y la búsqueda de obtener un plus, es decir de una condición inferior, a una superior; de menos a más, de menor a superior, de negativo a

positivo, (Ionedes, 2008) La superación según Adler es el logro de las metas de los individuos, haciendo énfasis en las capacidades personales y enfocados hacia la contribución de la sociedad (Ionedes, 2008).

CAPITULO SEIS. ANAMNESIS

Es indispensable dentro de la psicoterapia Adleriana, mirar el problema del paciente en el contexto familiar, interpersonal y laboral u ocupacional, ya que proporciona una apreciación del funcionamiento general de los individuos (Oberst & Ruiz, 2007). La anamnesis según Adler, cuando está bien hecha, representa la mitad de la curación de la persona (Flachier, 1998).

Motivo de Consulta

El paciente llega a consulta manifestando preocupación en su desempeño académico, indica que está bajo en calificaciones, lo cuál puede tener implicaciones en la beca estudiantil que se le otorgó para realizar su carrera universitaria. El decanato de estudiantes sugirió al paciente realizar una terapia psicológica.

Su actitud durante la primera entrevista, es de cierta timidez y desconfianza. El contacto que hace con el terapeuta es mínimo, no mira a los ojos y habla con un tono de voz bastante bajo. Su postura corporal al momento de sentarse es encorvada y su mirada se dirige hacia el piso.

Familia

Felipe (nombre ficticio para mantener su anonimato) es el cuarto hijo de siete hermanos, sus padres están casados hace 25 años, viven en una comunidad indígena al norte del país. Comenta que proviene de una familia patriarcal, bastante conservadora y estricta. Su madre una mujer que se dedica a las labores de casa,

además de ayudar al padre en trabajos de campo. Una mujer positiva y afectiva, aunque poco comunicativa y poco presente, ya que pasaba mucho en sus labores cotidianas y no disponía de tiempo para compartir con él y el resto de la familia. El paciente se expresa de la madre con mucho amor y respeto. Dice que Ella era quien les animaba en los estudios y considera que fue por Ella y sus intervenciones que terminó de estudiar y ahora ser un universitario.

En cuanto a su padre, un hombre dedicado al trabajo de campo, que salía todos los días de casa desde muy temprano y regresaba ya en las noche. Lo describe como una persona distante, fría, y de nula comunicación. Su padre fue un hombre alcohólico y con una vida y un pasado de abandono y grandes carencias. Cuenta que su padre vivió desde los ocho años en la calle con un hermano mayor, quien en ese entonces tenía 11 años, y fue El que lo cuidaba y de cierta manera le protegía. Relata que su padre trabajó desde muy niño en la calle, y tuvo que aprender a sobrevivir de una manera muy dura, según su visión. Desde los 8 años hasta los 13 años vivió en la calle, hasta que una persona le llevó a trabajar con él en una finca y fue ahí donde por primera vez tuvo casa y comida constantemente.

El paciente recuerda sus primeros años de vida cargados de tensión, maltrato y violencia. Relata que cuando su padre bebía, que era con frecuencia, gritaba y pegaba fuertemente a quién estuviera cerca, principalmente a su madre. Cuando bebía, cuenta el paciente, su padre era una persona distinta que se transformaba en un hombre violento e incontrolable. Todos le tenían mucho miedo y no hacían nada por evitar ese maltrato, porque las consecuencias eran aún mayores. Recuerda que cuando le escuchaba llegar a su padre borracho, corría a un escondite que tenía y le llevaba a su

hermano menor, sin embargo, sufría demasiado pensando en su madre y la incapacidad que sentía de no hacer nada para defenderle.

Además del maltrato físico que recibió de su padre, también cuenta que hubo mucho maltrato verbal, donde con frecuencia les humillaba, desvaloraba diciéndole que era un tonto, incapaz, que no hacía nada bien, a pesar de que a su forma de ver, hacía las cosas lo mejor posible para evitar ser castigado.

Es importante recalcar que el paciente desde los primeros años de su vida, comenzó a sentir y experimentar sentimientos de incapacidad, inseguridad y humillación. Recuerda que desde muy chico su propósito principal era realizar las cosas correctamente para agradar a su padre y evitar el castigo. Sin embargo y a pesar de sus incansables esfuerzos por hacer las cosas bien, el rechazo y sentimiento de “tonto”, se mantenían, por lo que cada vez el dolor y odio hacia su padre también crecía. Cuenta que su padre dejó el licor hace cinco años aproximadamente, y que las cosas han cambiado drásticamente desde este acontecimiento, los maltratos, gritos e insultos son ocasionales, y considera que todos están viviendo en otro ambiente de mayor armonía.

Con respecto a sus hermanos, tiene una relación distante, no recuerda conversaciones, ni juegos, ni travesuras, ya que el miedo de ser reprimidos por el padre, hizo que se criaran distantes y apartados los unos de los otros. Cada miembro de la familia además, tenía que cumplir con varias obligaciones, distintas al juego y la diversión.

Cuenta que desde que nació su hermano menor, siente que se han despertado sentimientos de amor, de protección y apoyo. Menciona el paciente que se propuso

ayudar a su hermano para que El no crezca con sentimientos de inseguridad, desconfianza y miedo. Hoy en día, el paciente se hace cargo de las necesidades del menor, le llama constantemente y cuando viaja a su ciudad es con la persona que más comparte y con el que habla de muchos temas amplios y abiertamente. Considera que éste niño ha tenido felizmente la opción de vivir en un ambiente totalmente distinto al suyo cuando era pequeño, y que él se va a encargar de que desarrolle lo más saludable posible en aspectos físicos, intelectuales y espirituales.

Ocupación

El paciente es estudiante de tercer semestre de arquitectura, estudia a tiempo completo, y la carrera elegida le gusta mucho. Manifiesta que en un principio tuvo dudas en la elección de la misma, pensó estudiar también leyes, pensando principalmente en su comunidad y el apoyo que les podría ofrecer, ya que siente que están desamparados y han existido abusos por su condición de indígenas, sin embargo por el momento su enfoque es en terminar y concluir con arquitectura y no descarta la posibilidad de que en algún momento decida estudiar leyes como una segunda carrera.

En sus horas libres trabaja en la biblioteca de la universidad para apoyarse económicamente con sus gastos y sus necesidades que son muchas y sus ingresos extremadamente limitados. Comenta que el trabajo le resta tiempo y le limita para cumplir con las actividades académicas y debe reconocer que no es algo que le guste ni le motive hacer, su única motivación es la económica, sin embargo, no piensa dejar de hacerlo, como lo ha venido haciendo el último año, reconoce que es temporal y transitorio y que un día estará haciendo lo que le gusta y para lo que se está preparando.

En este año y medio de estudios, manifiesta que ha se ha enfrentado con muchas situaciones y con incontables retos. En los inicios de la carrera, su motivación era sumamente grande, sus esfuerzos inagotables y su ánimo bastante estable y positivo. Manifiesta que el rendimiento obtenido, ha sido bueno y el esperado para seguir en la universidad y cumplir con los requerimientos y condiciones de un estudiante becado. Sin embargo reconoce que últimamente, refiriéndose al mes anterior, la motivación, ánimos, calificaciones, han bajado. Manifiesta que desde los inicios de su carrera, ha estado presente la inseguridad y el miedo a cometer errores y de no hacer las cosas correctamente, sin embargo esta sensación se acentúa un poco más, por lo que le cuesta gran esfuerzo y dedicación prepararse y tener un buen desempeño. Manifiesta estar en terapia, ya que su objetivo principal en su vida, es terminar su carrera y ser un buen profesional.

Relaciones sociales

Referente a las relaciones sociales manifiesta haber sido una persona de pocos amigos desde que era pequeño, y cuenta que se le dificulta tomar la iniciativa de acercarse a las personas, dialogar, reírse, etc., como lo hacen la mayor parte de chicos de su edad. Dice sin embargo, que le gusta y le interesa, salir, conversar, contar con el apoyo y el afecto de los demás. Considera que es una persona que espera ser invitado, incluido, que le busquen, le pidan y el acepta sin ninguna dificultad, pero es algo que no sucede con mayor frecuencia tampoco.

En la actualidad, la situación es parecida a la de su niñez, manifiesta tener pocos amigos y tomando en cuenta la universidad, que es el ambiente donde ahora se desenvuelve la mayor parte de su tiempo, ha sido acogido por sus compañeros, le

incluyen y le invitan hacer trabajos y proyectos con ellos, sin embargo no es partícipe de actividades e invitaciones sociales. Esta situación le hace sentir un incómodo, y triste en muchas ocasiones. El paciente se muestra bastante tímido y retraído cuando hablamos del tema, baja la mirada y su tono de voz, muestra mucha incomodidad continuar, aunque deja claro y explicita que es un tema que le gustaría fuera distinto.

Pareja

En cuanto a las relaciones de pareja, manifiesta haber tenido pocas relaciones y de corta duración. Considera que tiene mucha dificultad en relacionarse con una mujer, le cuesta acercarse para dialogar, más aún para establecer una relación más cercana. Un aspecto repetitivo que identifica en las pocas relaciones que ha mantenido el paciente, es que las chicas son las que le han buscado, han hecho los primeros acercamientos y contactos, y que cuando la relación continúa, se da cuenta que su acercamiento es con autoritarismo, imposición en cuanto a sus criterios, sus gustos, sus ideas, sus planes, lo que ocasiona discordia, malestar, tensión y posteriormente, alejamiento y abandono, piensa que su mayor dificultad es no saber actuar afectivamente y respetuosamente con una mujer, y lo que él quiere una persona a su lado, donde los dos se sientan a gusto, exista amor, afecto y respaldo hacia el otro.

Cuenta que en su comunidad, la unión de una pareja, es a través de la elección que hace el hombre y la aprobación y decisión que tomen las familias tanto del hombre como los de la mujer. Relata que es el caso de sus padres, su padre conoció a su madre, le gustó y pidió con el apoyo de su hermano a la familia de su madre matrimonio, ellos consintieron sin la opinión ni deseo de la madre y se casaron. Su madre, dentro de las pocas conversaciones profundas que mantuvieron, relata que

para Ella fue difícil aceptar a su padre como pareja y rechaza la idea de que sea una decisión de los demás y no de la pareja como corresponde.

Hoy en día, cuenta el paciente que hay más libertad de decisión y que no es la única opción para contraer matrimonio. Sin embargo, muchos optan por esta alternativa que ha dado resultados positivos a muchos de su comunidad. El paciente está claro que cualquiera de las alternativas por las que él opte para establecer una pareja y casarse, tiene que ser con deseo y con mucho amor por parte de ambos.

Relato de un recuerdo de su infancia

El paciente cuenta que cuando tenía aproximadamente 5 años, su padre llegó una noche bastante bebido, y desde que entró a su casa se escucharon gritos y llamadas a su madre, Ella no podía dejar de ir ya que conocía que el padre se ponía más alterado y descontrolado, y si no la encontraba a la madre, buscaba a los niños para pegarles y maltratarles. Dice que él corrió a su escondite, pero esta vez el niño decidió salir y fue donde estaban sus padres, para tratar de intervenir y evitar que le pegue a su madre. Su padre al verlo le cogió y le dio una buena paliza como narra el paciente, relata que sentía mucho dolor, frustración, incapacidad e impotencia frente a las agresiones del padre, además un miedo gigantesco, imaginándose que algún momento el daño podría ser más grave y con consecuencias trágicas, su principal preocupación era la seguridad de su madre. Desde aquella vez, decidió no salir de su escondite, en los múltiples eventos similares al relatado, y sin embargo, hubo muchas otras ocasiones en las que de igual forma fue castigado por su padre.

CAPITULO SIETE. PROCESO TERAPEUTICO

Como se había expuesto anteriormente, los profesionales Adlerianos no ponen mucho énfasis a las taxonomías existentes como son el DSM-IV y CIE 100, ya que su principal interés es conocer al paciente más que su enfermedad (Oberst & Ruiz, 2006). Sin embargo, como parte del conocimiento al paciente y su estado actual, se realizó la Evaluación Multiaxial del DSM – IV, la misma que determina que el paciente cumple con los requisitos para ser diagnosticado con el Trastorno Depresivo Mayor de episodio único. Los síntomas que presenta el paciente para cumplir con el Trastorno son los siguientes:

1. Un mes que su estado de ánimo es depresivo, se siente triste y un poco irritable
2. Hay una disminución de interés en las actividades universitarias importante
3. Tiene insomnio casi todos los días las últimas dos semanas
4. Le cuesta concentrarse
5. Tiene sentimientos de inutilidad

Evaluación multiaxial DSM IV

Eje I F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, leve, sin síntomas psicóticos

Eje II Ninguno

Eje III Tumor cerebral

Eje IV Amenaza de pérdida de semestre universitario
Víctima de maltrato infantil

Eje V EEAG= 65 Presenta algunos síntomas leves depresivos, insomnio ligero, dificultades escolares, sin embargo funciona bien. Escasas relaciones interpersonales significativas.

Evaluación del Estilo de Vida

La Terapia Adleriana utiliza la evaluación del Estilo de Vida de una manera sistemática para entender la personalidad de los individuos, a través del conocimiento de su vida familiar temprana, primeros recuerdos, ya que influye de forma importante y significativa en las creencias actuales sobre sí mismos, lo que hacen y cómo se relacionan con los demás (Ionedes, 2008) y principalmente el plan de vida de las personas (Oberst, 1998).

Comenzando por las relaciones familiares del paciente, se puede observar las repercusiones que ha tenido en la formación de su Estilo de Vida. El paciente desarrolló desde niño un miedo intenso a cometer errores y a no actuar correctamente, transmitidos principalmente por su padre, y su lenguaje de constante desvalorización, reproches, y humillaciones. Además su historia de maltrato y violencia física, hizo que el paciente tomara posturas de evasión y escape, frente a situaciones que las percibe como inmanejables y fuera de su control, con la dificultad añadida de manifestar a otros lo que piensa y siente, justamente por evitar ser castigado, reprochado y no valorado.

Es importante así mismo notar que a través del relato del recuerdo de cuando era niño, se puede observar que aparecen sentimientos de dolor, impotencia, culpabilidad. El paciente se percibe a sí mismo como un niño inútil que no puede evitar, reaccionar, ni apoyar a su madre para que no la maltraten, tomando el camino nuevamente de evasión y escape.

Esto hace que además la autovaloración y estima personal sea bastante decadente ya que se relaciona consigo mismo como una persona de poca valentía y poco coraje frente a situaciones donde no pudo afrontarlo favorablemente, en este

caso defender a su madre, a sus hermanos y a sí mismo. Es bastante claro que el Estilo de Vida que desarrolló el paciente desde niño, es el que funciona en la actualidad, por lo que cuando se encuentra en situaciones difíciles frente a cualquier aspecto de su vida que percibe amenaza, riesgo o inclusive peligro, se retrae, se aísla del medio, lo que le lleva a sentirse derrotado y deprimido.

Para ilustrar el Estilo de vida del paciente, se podría presentar el siguiente esquema:

(Titze,s/f)

Autoimagen: Yo estoy, solo, angustiado, tensionado

Heteroimagen: Los otros son malos

Cosmoimagen: El mundo es horrible, injusto

Sentimientos: Inquietante, amenazante

Objetivos: Quisiera escapar, ocultarme

Métodos: Por eso tengo que retraerme

Modificación del Estilo de Vida

Una vez concluida la evaluación del estilo de vida, los pacientes pueden ser alentados a mirar aquellas ideas equivocadas, prestar atención a sus cualidades positivas, sus fortalezas, sus habilidades (Ionedes, 2008) el terapeuta se enfoca en cambiar aquellos sentimientos negativos sobre sí mismos, así como los de su pasado, siendo el objetivo principal mejorar el estilo de vida del paciente de tal forma que puedan vivir una vida más armoniosa (Mozdzierz, Lisiecki, Bitter, & Williams, 1984, citado en Ionedes, 2008).

Siendo el Estilo de Vida del paciente de evasión, percepción de incapacidad, impotencia, inutilidad, fue necesario trabajar en aquellos acontecimientos e

interpretaciones que hizo de los mismos, así como mirar aquellas posturas sesgadas acerca de sí mismo y el impacto que sus experiencias pasadas han tenido en su vida actual. Reconocer que de niño no tenía mayores alternativas ni estaba en sus manos la posibilidad de cambiar los sucesos que acontecían y que eso no significaba que no le importaba el bienestar y seguridad de la familia, fue extremadamente positivo, ya que hubo una reconciliación con el niño pequeño que hay en él.

Fue importante que el paciente tome en cuenta que estaba utilizando estrategias equivocadas e ineficaces, para compensar la incapacidad percibida, como lo es la evasión y retraimiento, se da cuenta que esa estrategia es una forma de protegerse de la sensación de malestar y disgusto, con lo cual, no está consiguiendo el dominio, seguridad, superación y progreso, que es su objetivo primordial. Además comprende que la estrategia utilizada, pudo haber sido necesaria y eficaz en su niñez, pero que como persona adulta que es en este momento, ya no es necesario ya que sus necesidades y motivaciones son distintas.

Se hizo un ejercicio de reconocimiento de costos y ganancias, sobre el acercamiento ineficaz a su meta y a su propósito de vida, llegando a la conclusión que el costo es mucho mayor a las ganancias y que no tiene sentido evadir y retraerse, reconoce que estos son patrones disfuncionales y que es necesario encontrar un acercamiento más eficaz, armónico y fluido para satisfacer sus necesidades.

Se recalca la importancia y el impacto que tiene el tomar decisiones apropiadas en la vida, para lo cual es menester que sea un ser activo frente a sus necesidades y requerimientos, desde sus cualidades positivas y efectivas.

Re interpretación de sus experiencias y modificación de sus cogniciones

La interpretación que inicialmente hizo el paciente de su vida, fue que estuvo marcada de muchos problemas, necesidades, carencias, maltrato, humillaciones, lo que justificaba cualquier error y problema actual, responsabilizando principalmente a su padre por su sensación de tanta inseguridad poca valía.

El paciente busca otras y nuevas formas de ver e interpretar su historia familiar y experiencias vividas en su infancia, buscando aspectos positivos de las mismas. Esto le ayudó a identificar que existe motivación y deseos de salir adelante, destacarse y tener una profesión, para no vivir los dramas y necesidades económicas que vivió en su infancia. Además reconoce que su experiencia, le conducirá a ser un buen esposo, así como un buen padre, para que otros no vivan el miedo, la desvalorización y el desprecio que sintió de pequeño. El paciente reconoce que es necesario integrar otros aspectos a su vida y a las decisiones que tome, comenzando por hacerse cargo de sí mismo, tomando responsabilidad de sus necesidades, de su estado emocional, aprendiendo a resolver y cambiar los inconvenientes que se presenten en el camino, tomando en cuenta y siendo consciente de sus objetivos y la finalidad que tienen sus respuestas y sus emociones.

Meta ficticia del paciente.

No se constata una meta ficticia en el paciente, probablemente encubierta por la depresión. Su meta y propósito, es lograr culminar con su carrera universitaria y está más bien conectado con un hecho probable y no así ficticio.

Sin embargo, como se ve en el paciente, el acercamiento hacia la meta, constituye la dificultad principal, por la forma ineficaz de querer llegar al mismo, razón

por la cuál, el desarrollar un acercamiento consistente al logro de su objetivo y de su meta, tiene un efecto positivo que promueve la satisfacción de sus necesidades.

Por ejemplo, frente a una dificultad académica percibida, su estrategia es darse por vencido e inmediatamente catalogarse como inútil, como era catalogado en su infancia, esto está sucediendo en el ámbito universitario y las consecuencias son el bajo rendimiento académico. Cuando se da cuenta de lo que está sucediendo, replantea esta condición y empieza a buscar otras estrategias para resolver sus dificultades, comienza a pedir ayuda a sus compañeros, y a sus profesores, los que también le recomiendan varias alternativas y le ofrecen apoyo para mejorar y recuperar sus calificaciones. Estas nuevas formas de afrontar sus dificultades, empiezan a ofrecerle la sensación de bienestar y seguridad que estaba buscando, además se ve a sí mismo como una persona que ha empezado actuar en dirección de sus objetivos.

Habilidades sociales y Relaciones Interpersonales

Tomando en cuenta que las relaciones positivas, afectivas, de cooperación, de empatía, son una fuente importante de bienestar y salud psíquica (Ruiz, Oberst & Quesada, 2005) fue necesario profundizar en lo que el paciente explicita desde la elaboración de la anamnesis y expresa inconformidad, soledad y miedo en cuanto a las deficientes relaciones familiares, interpersonales y de pareja.

Al preguntarle que cosas cree El que están fallando en sus relaciones con los demás, expresa en primer lugar que le cuesta buscar a los otros por miedo al rechazo. Además identifica que no demuestra afecto y emociones a los demás, por lo que otros pueden dar la lectura de que no son importantes. Estas preguntas realizadas son técnicas Adlerianas que se conocen como la *teoría personal del problema* y se enfocan en

dirección del análisis y manejo que tienen los individuos sobre sus interacciones sociales. Es importante mencionar lo positivo del reconocimiento que hace el paciente sobre su dificultad para relacionarse con los demás, como un primer paso hacia una postura distinta y posterior cambio consistente a sus necesidades.

Los primeros pasos en la dirección de fortalecer sus relaciones interpersonales, comenzaron por su vínculo más cercano; su familia y principalmente, su madre. Esos contactos, a través de sus llamadas telefónicas, y conversaciones cortas, hicieron que bajara mucho sus niveles de ansiedad y su percepción de ser poco querido y de no importar a los demás. Empezó a sentir mucha alegría de sentir a su familia más cerca, a través de la madre, y a darse cuenta que si era importante para los demás, ya que le llegaban saludos de muchos miembros de su familia, deseos positivos para el desempeño de su carrera, mensajes de admiración por los esfuerzos que hacía por aprender y superarse.

De igual forma, con sus compañeros de clases, comenzó a tomar iniciativas en reunirse para trabajar en proyectos y tareas universitarias, siempre teniendo en cuenta que es capaz de cooperar y que tiene mucho por ofrecer a los demás. El paciente menciona que ya no tiene mucho miedo de fallar y no aportar como los otros esperan de él, sin embargo, piensa que tiene un largo camino por recorrer en esa dirección, para que la confianza y seguridad formen parte de su desenvolvimiento.

Con respecto a su padre, relata el paciente en la última sesión de terapia, que durante las vacaciones navideñas, viajó a su comunidad y tuvo la oportunidad de acompañarle 10 días para realizar un trabajo fuera de su comunidad, donde pasaban muchas horas juntos y solos. Expresa que los dos primeros días tuvo un miedo

inmenso y temor por estar tan cerca de su padre, sentía amenaza constante, a pesar de que estaban unidos a través del trabajo, y que su padre ya no bebía como lo hacía cuando él era pequeño, esos dos primeros días fueron de poco diálogo y comunicación, sin embargo tenía en su mente que iba a tener un acercamiento y traspasar aquellas barreras que había puesto con su padre. Cuenta que al tercer día de estar juntos, decidió iniciar un diálogo con su padre, el mismo que fue en un inicio sumamente superficial y cortante, sin embargo, tuvo la fortaleza para insistir, continuar y no permitir como en la mayoría de ocasiones retirarse y aislarse. Manifiesta que a lo largo de esos días de trabajo, tuvieron algunos acercamientos y hablaron de temas profundos de la vida del padre y considera que a pesar de que siente que aún no es un diálogo cómodo y fluido, considera que lo ocurrido es un el inicio de una época diferente para relacionarse con su padre. Considera lo sucedido como la mejor oportunidad que ha tenido para hablar de temas que desconocía de su vida, de su pasado, de sus recuerdos, de sus sentimientos, ofreciéndole esta oportunidad, una nueva forma de verle a su padre, ya desde una postura de dos hombres con sentimientos y pensamientos adultos.

Sentimiento de Comunidad

Como se ha expuesto anteriormente, el Sentimiento de comunidad, es el aspecto central y primordial de la terapia Adleriana ya que su deficiencia se relaciona con los trastornos mentales (Waller, Carlson & Englar, 2006). Es importante recalcar que aunque el paciente es una persona sumamente solidaria, colaboradora, y ha mostrado alto interés social, ha sido primordialmente con las personas de su comunidad indígena y grupo sociocultural al que pertenece, sin embargo el sentido

social tiene que potencializarse a todos los ámbitos en los que el paciente se desenvuelve, para que a través de su contribución con la comunidad, mejore también su calidad de, aspecto fundamental de la terapia Adleriana (Ionedes, 2008).

Con el fin de incrementar el Sentimiento de Comunidad se utilizó la *empatía*, el *sentimiento de pertenencia*, *la cooperación* y *la solidaridad*, cuatro aspectos básicos en el desarrollo del interés social (Ruiz, Oberst & Quesada, 2005). Esto a su vez ayudará a comprender el funcionamiento de sus relaciones interpersonales y a mejorarlas (Ruiz, Oberst & Quesada, 2005).

En cuanto a la *empatía* se trabajó en que el paciente se interese, observe a las personas con las cuáles interactúa día a día, en el contenido de las palabras, mensajes que tratan de transmitir desde su interior. De igual manera se le sugirió que busque acercarse a los demás de una manera activa, que fuera el quién inicie conversaciones, que busque conocer los pensamientos, los estados de ánimo de los demás, mostrando a todo momento interés en los relatos escuchados, tomando contacto con los otros, a de una forma visual, corporal, haciendo preguntas, comentarios, mostrando consideración por la forma de ver y sentir de los demás y transmitiendo respeto por la postura del otro aunque no vea el paciente de la misma las cosas. Se transmite a paciente la importancia de tomar en cuenta y exponer su punto de vista también, siendo necesario que se haga escuchar sin polemizar sus sentimientos, criterios y opiniones.

En cuanto al *sentimiento de pertenencia*, se trataron temas de sus raíces familiares, historia y costumbres. La conexión con su historia y costumbres, hizo que el paciente se de cuenta que proviene de raíces bastante ambiciosos y emprendedores

como lo son los indígenas otavaleños, que son personas que asumen retos altos, que se han dado a conocer en todas las partes del mundo, además de ser muy solidarios entre sí y los efectos de esa cohesión, a influido positivamente en el desarrollo y bienestar de su economía, observa además que han sido pueblos que han mantenido su identidad étnica con orgullo, y manifiesta estar fuertemente conectado a sus orígenes y sus raíces.

Con respecto a la *cooperación* como aspecto fundamental en el desarrollo del sentimiento de comunidad, fue muy importante el reconocimiento de que tiene muy desarrollado entre personas de su comunidad y sabe que gracias a esta forma de ayudar, confiar y apoyarse los unos con los otros, es que han logrado ser pueblos que han progresado. Sin embargo, sabe que su actitud en otros ámbitos de su vida, como el universitario por ejemplo, es de poca colaboración y cooperación. Con respecto a sus compañeros sabe que debe desarrollar solidaridad, compromiso de trabajo, y reconoce que él, así como todo el grupo tendrá ganancias positivas y aportadoras para un mejor desempeño.

Logros y Limitaciones de Terapia

Es importante señalar que el paciente empieza a afrontar las dificultades que encuentra en el camino, desde una postura más dinámica y activa, comienza a tomar decisiones y acciones sobre temas cotidianos desde la toma responsabilidad, haciéndose cargo de sus necesidades, para así alcanzar sus objetivos en la vida, sin obstáculos y trabas que impedían el logro de las mismas.

Tomando en cuenta los dilemas que se plantean en las tres áreas de la convivencia humana, referidos y tomados en cuenta por Adler, el paciente mejoró

sustancialmente sus relaciones interpersonales, principalmente en la relación con su padre, la misma que como él lo manifestó enfáticamente, ha empezado a tener otros parámetros que van más allá del miedo, temor, resentimiento, impotencia, siendo ahora una relación de dos personas adultas que están buscando un contacto más adecuado y armonioso posible. El paciente reconoce, comprende y acepta la vida e historia de su padre, lo cuál le permite acercarse desde una forma más empática y comprensiva, sin dejar de lado sus derechos, sentimientos y necesidades. Manifiesta con entusiasmo, haber dado grandes pasos hacia el cambio de la relación, sin embargo reconoce que falta mucho por decir y hacer, sin embargo se ha dado cuenta el camino más adecuado hacia esos objetivos.

En cuanto a las relaciones con sus compañeros de universidad, manifiesta que no ha tenido demasiados logros, le cuesta establecer relaciones de amistad, aunque cuando se trata de temas académicos, ya se le es más fácil un acercamiento, pide ayuda sin mayores dificultades, así como también ofrece su apoyo y muestra mayor interés en aportar a los demás. Fue importante reconocer que este acercamiento y actitud ya era un logro importante y un paso hacia conseguir sus objetivos con respecto a establecer vínculos de amistad y compañerismo.

Es menester recalcar que el paciente termina el semestre sin ninguna dificultad ni condicionamiento académico, con lo cuál manifiesta mucha satisfacción, y reconoce que le sirvió mucho tomar una postura más activa en la resolución de los problemas que estaba enfrentando. En primer lugar se dio cuenta que no es una persona incapaz ni tonta, fue su historia y el desarrollo de su estilo de vida disfuncionales, los que impedían y paralizaban a buscar opciones más positivas de resolver sus dificultades.

Lo expuesto es una manifestación clara del cambio conseguido por el paciente en cuanto a sus creencias erróneas sobre sí mismo, que son el resultado de su vida pasada y el estilo de vida que había desarrollado en búsqueda de seguridad y armonía, obteniendo resultados contrarios a sus búsquedas. Expresa además que ha hecho un acercamiento hacia los profesores para pedirles respaldo y guía para mejorar y salir de sus dificultades y menciona que ha tenido resultados positivos lo cuál le dado mucho ánimo y confianza. Menciona que esa aproximación hacia sus profesores no lo había hecho antes, porque estaba seguro de que hubiera sido criticado y juzgado, identifica que esa postura viene del Estilo de Vida que se formó desde que era pequeño y que ahora que sabe y toma en cuenta este aspecto, está asentando otros parámetros y estrategias para la resolución de sus dificultades.

En cuanto a las limitaciones, es necesario recalcar que se requirió de mayor tiempo para tratar otros aspectos importantes del paciente, que no fueron tratados en terapia. Una limitación fue que el paciente viajó a su comunidad durante el período de fiestas navideñas y al volver sus horarios no permitieron coordinar con los míos propios. De todas formas, se le ofreció al paciente la posibilidad de continuar con las terapias desde la atención en quito y en cualquier momento que el paciente lo requiera y lo solicite.

Estos aspectos no tratados, se refieren al sentimiento de inferioridad que desde el fundamento de la teoría Adleriana, todas las personas la desarrollan desde edades tempranas y posteriormente puede el individuo compensar a través de una manera sana y positiva, así como también de una forma equívoca a través del afán de superación en el sentido de sentirnos más que los demás (Oberst, Ibarz & León, 2004).

Es menester mencionar que hubo la sugerencia en supervisión psicodinámica, de tomar en cuenta si se percibe un sentimiento de inferioridad, ya que hubieron condiciones en su vida que pudieron influir en la dirección de desarrollar un sentimiento de inferioridad, como la relación entre los padres, la educación autoritaria recibida, su situación social y económica de mucha necesidad y pobreza, etc. Además en varias ocasiones hizo comentarios como por ejemplo, que le gustaría también estudiar la carrera de leyes, ya que su comunidad ha estado desamparada por el hecho de ser indígenas. En otra ocasión comenta que es difícil entrar en una universidad de tanto prestigio y ser aceptado abiertamente y que los otros ofrezcan su amistad, simpatía y aprecio, ya que él vivió una realidad diferente, de carencias y privaciones, comparado con las condiciones que tienen sus compañeros, de abundancia y solvencia económica. Estas comparaciones realizadas, muestran sensaciones de displacer y descontento, por lo que es probable que experimente o se estime menos que los demás.

Algunas terapias realizadas con el paciente, se enfocaron en mejorar su Sentimiento Comunitario, lo cuál como lo menciona la Teoría Adleriana, conlleva a la superación de los sentimientos de inferioridad (Ruiz, Oberst, Quesada, 2005), por lo tanto, se puede considerar pudo haber influido en el desenvolvimiento adecuado que el paciente iba adquiriendo en el camino.

Otro aspecto que no se trabajó, es la relación que mantiene con sus hermanos, que es de mucha distancia, frialdad y rivalidad, con excepción de la relación que el paciente tiene con su hermano menor, la misma que es muy cercana y positiva,

manifiesta con el niño desempeña un rol muy protector y de mucha comunicación, sin embargo, con el resto de sus hermanos, conserva una relación bastante distante.

La teoría Adleriana hace mucho énfasis en la constelación de la serie de hermanos y el orden de nacimiento, y considera que son aspectos que influyen en la conformación de la personalidad y comportamiento de las personas (Ionedes, 2008). La constelación familiar incluye y toma en cuenta aquellas situaciones ocurridas en la familia, cuando el individuo era un niño en etapa de formación del estilo de vida y supuestos básicos (Ionedes, 2008).

Como se menciona, el paciente ocupa el cuarto lugar entre siete hermanos, que dentro de la teoría Adleriana puede indicar una actitud de competencia con los mayores y además pueden desarrollar actitudes de debilidad e inferioridad (Ruiz, Oberst & Quesada, 2005). Así también los hermanos menores intentan conseguir los privilegios de los mayores, por lo que puede facilitar un estilo activo y de superación, así como también un futuro de cooperación (Ruiz, Oberst & Quesada, 2005). Esta fuente de información hubiera constituido un instrumento adicional para trabajar en la comprensión de su entorno familiar y analizar el modo en que aquellas situaciones han afectado y han tenido repercusión en la formación del estilo de vida del paciente, como es la atmósfera familiar, un ámbito de suma importancia en la vida y en el bienestar psicológico de las personas.

Resultados

Los resultados obtenidos indican que después del tratamiento existe una disminución de los síntomas en las escalas de Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión e Ideación Paranoide.

De igual manera el Índice de Severidad Global bajó de 0.82 a 0.35, parámetros que se encuentran dentro de la media y que indican un estado de bienestar psicológico.

El paciente obtuvo los siguientes puntajes de acuerdo al Test de Síntomas

Derogatis SCL-90:

	Antes del Tratamiento	Después del Tratamiento	Valor Promedio
Somatizaciones	0.58	0	0.47
Obsesiones y compulsiones	1.80	0.70	0.98
Sensibilidad Interpersonal	1.10	0.66	0.74
Depresión	1.35	0.33	0.65
Ansiedad	0.40	0.30	0.65
Hostilidad	0.33	0.16	0.91
Ansiedad fóbica	0	0	0.27
Ideación paranoide	1.50	0.33	0.75
Psicoticismo	0.50	0.30	0.41
Índice de severidad global	0.82	0.35	0.11
Total de síntomas positivos	43	30	30.53
Índice de malestar sintomático positivo	1.72	1.15	1.77

Descripción Test Derogatis

Es un instrumento con 90 ítems tipo Likert en las cuáles se obtienen puntuaciones para nueve dimensiones, definidas en base a criterios clínicos y empíricos: (Casullo & Pérez, 2008).

1. Depresión
1. Ansiedad
2. Somatización
3. Síntomas obsesivos
4. Sensibilidad Interpersonal

5. Ansiedad Fóbica
6. Ideación Paranoide
7. Hostilidad
8. Psicoticismo

Existen también tres índices globales que son aquellos aspectos diferenciales de los trastornos que serán evaluados:

1. Índice de Severidad Global
2. Total de síntomas positivos
3. Índice de malestar por síntomas positivos (Casullo & Pérez, 2008).

Conclusión final y Recomendaciones

Tomando en cuenta los resultados obtenidos a través del Test de Síntomas Derogatis, los mismos que muestra una disminución significativa de las puntuaciones en las nueve dimensiones primarias, y los tres índices globales; así como también la manifestación del paciente de encontrarse mejor con su vida, con sus ánimos, sus logros académicos, personales, familiares, interpersonales, se puede decir, que la Terapia Individual Adleriana, tuvo resultados positivos principalmente para tratar depresión mayor presente en el paciente. Sin embargo, es importante recalcar que la efectividad y logros obtenidos, pueden ser debido a otras razones desconocidas para el terapeuta, y no se puede garantizar que los resultados positivos se deben única y exclusivamente debido al modelo psicoterapéutico aplicado.

Como recomendaciones, sería aconsejable después de transcurrido cierto período de tiempo en que se ha finalizado la terapia, realizar un seguimiento del caso, para conocer si el progreso, la magnitud de los cambios, se mantuvieron, así como

también conocer los beneficios que el paciente experimenta a largo plazo. De igual manera, hago un exhaustivo énfasis, en difundir la terapia Adleriana y sus grandes contribuciones, por todas aquellas ventajas que posee, principalmente a través del desarrollo del sentimiento comunitario, que como lo dijo Adler, representa un indicador de salud mental y contribuye además de una forma ética, saludable hacia el bienestar y prosperidad de la vida en sociedad.

Referencias

- Alarco, C. (1999). *Diccionario de Psicología Individual*. España: Editorial Síntesis S.A
- Ardouin, J.; Bustos, C.; & Jarpa, M. (1999). *Afán de Superación, Sentimiento de Inferioridad y Compensación, según Alfred Adler*. Recuperado el 30 de septiembre del 2011 de <http://www.cop.es/colegiados/GR00724/adler/Af%E1n%20de%20superaci%F3n.doc>
- Avila, A. (1990). *Psicodinámica de la Depresión*. Anales de psicología. Un análisis de los primeros conceptos de Melancolía utilizados por Freud, y su lugar dentro de la Teoría de las Neurosis, ha sido efectuado por N. Caparrós "Freud a través de sus cartas: Aspectos biográficos y epistemológicos" Tesis Doctoral, 1988. Págs. 142-3. Recuperado el 27 de noviembre del 2011 de: http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Breichmar, H. (2003). *Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico*. Recuperado el 29 de noviembre del 2012 de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=245&a=Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-el-tratamiento-psicoanalitico>
- Casullo, M. & Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL–R. de L. Derogatis*. Recuperado el 18 de mayo del 2011 de <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL08.pdf>
- Cazau, P. (2002). *Vocabulario de psicología*. Redpsicología. Recuperado el 7 de septiembre del 2011 de www.galeon.com/pcazau
- Cuijpers, P.; Straten, A.; Andersson, G. & Oppen, P. (2008). *Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies*. DOI: 10.1037/a0013075
- Dowd, T. & Kelly, D. (2003). *Adlerian Psychology and Cognitive – Behavior Therapy: Convergences*. Recuperado el 20 de Septiembre del 2011, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=9&sid=d298554c-f86d-4317-b289-fd8bbb8b2e3d%40sessionmgr4>
- DSM-IV-TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
- Flachier, J. (1998). *Léxico de la Psicología Individual de Alfred Adler. Una teoría de personalidad holista, teleológica, humanista, psicosocial e interpersonal*. Quito: Editora Luz de América

- Heerlein, A. (2002). *Psicoterapia Interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor*. doi: 10.4067/S0717-92272002000500005
- Ionedes, N. (2008) *An exploration of social interest therapy as a treatment for depression in the elderly*. Recuperado el 7 de diciembre del 2011 de <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&sid=5&srchmode=2&vinst=PROD&fmt=6&startpage=1&clientid=86884&vname=PQD&RQT=309&did=1453210101&scaling=FULL&ts=1323366873&vtype=PQD&rqt=309&TS=1323366891&clientid=86884>
- López, A., Grau, E. & Escolano, A., (2002). *Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica*. Recuperado el 11 de noviembre del 2011 de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf
- Mufson, L. (2010). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT- A): Extending the Reach from Academic to Community Settings*1. doi: 10.1111/j.1475-3588.2009.00556.x
- Oberst, U. (1998). *Salud Mental y Ética: El Concepto de Sentimiento de Comunidad en la Psicología de Alfred Adler*. Recuperado el 18 de mayo del 2011 de <http://www.raco.cat/index.php/ArsBrevis/article/view/93817/14219>
- Oberst, U., Ibarz, V., & León, R., (2004). *La psicología Individual de Alfred Adler y la psicósíntesis de Olivèr Brachfeld*. Recuperado el 18 de mayo del 2011 de <http://www.upch.edu.pe/famed/rnp/67-1-2/v67n1-2ae3.pdf>
- Oberst, U., Ruiz, J. (2007). *La Psicología Individual de Alfred Adler*. New York, NY: Editorial Manuscritos . Bitland S.L.
- Oberst, U., Stewart, A. (2005). *Adlerian Psychotherapy. An Advanced Approach to Individual Psychology*. New York, NY: Taylor & Francis Group
- Pérez, M. & García, J. (2001). *Tratamientos Eficaces para la depresión*. Recuperado el 19 de Septiembre del 2011, de <http://www.psicothema.es/pdf/471.pdf>
- Quintanilla, S. (2002). *La Terapia Cognitiva Conductual*. Recuperado el 18 de Octubre del 2011 de http://static.schoolrack.com/files/17516/211726/La_Terapia_Cognitiva_adolescencia.pdf
- Rasmussen, P., & Dover, G. (2006). *The purposefulness of Anxiety and Depression: Adlerian an evolutionary views*. Recuperado el 30 de noviembre de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4c30e207-81d5-481f-a442-d3aaa7075953%40sessionmgr14&vid=5&hid=10>

- Ruiz, J., Cano, J. (1992) *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Recuperado el 1 de noviembre del 2011 de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:vaf-q_HB_NcJ:scholar.google.com/+efectividad+terapia+adleriana+depresion&hl=es&as_sd t=0
- Ruiz, J., Oberst, U., Quesada, M. (2005). *ESTILO DE VIDA. Tu orientación consciente e inconsciente en la vida*. España: R&C Editores, Ubeda.
- Ruiz, J.; Oberst, Ú. & Quesada, A. (2005) *Estilo de Vida. Tu orientación consciente e inconsciente de vida*. España: R & C Editores , Ubeda.
- Ruti, M. (2005). *From Melancholia to Meaning: How to live the past in the present*. *Psychoanalytic Dialogues* 15(5), 637-660. Recuperado el 28 de noviembre del 2011 de <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=11&did=918418391&SrchMode=1&sid=22&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1322525803&clientId=86884>
- Slavik, S., & Croake, J., (2006). *Individual Psychology Perspectives on the Phenomenology of Depression*. Recuperado el 28 de noviembre del 2011 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b4c3f189-11c8-4fe6-8906-82d9c3b9c2e3%40sessionmgr10&vid=5&hid=17>
- Sperry, L. (2009). *Selecting Psychotherapeutic Interventions: Enhancing Outcomes in Adlerian Psychotherapy*. Recuperado el 22 de septiembre del 2011, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7f854b9d-99a4-4d59-b519-5543258eec5b%40sessionmgr104&vid=6&hid=17>
- Stahl, S. (2006). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. España: GAYBAN GRAFIC, S.L.
- Titze, M. (s/f). *Elementos de la Psicoterapia Adleriana*. Recuperado el 20 de diciembre del 2011 de <http://www.centroadleriano.org/publicaciones/Titzelem.pdf>
- Waller, B., Carlson, J., & Englar, M. (2006). *Treatment and Relapse Prevention of Depression Using Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Adlerian Concepts*. *Journal of Individual Psychology*. Recuperado el 19 de Septiembre del 2011 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d298554c-f86d-4317-b289-fd8bbb8b2e3d%40sessionmgr4&vid=5&hid=9>
- Watts, R. (2003). *Adlerian Therapy as a Relational Constructivist Approach*. Recuperado el 27 de septiembre del 2011 de <http://www.centroadleriano.org/publicaciones/Construc.pdf>