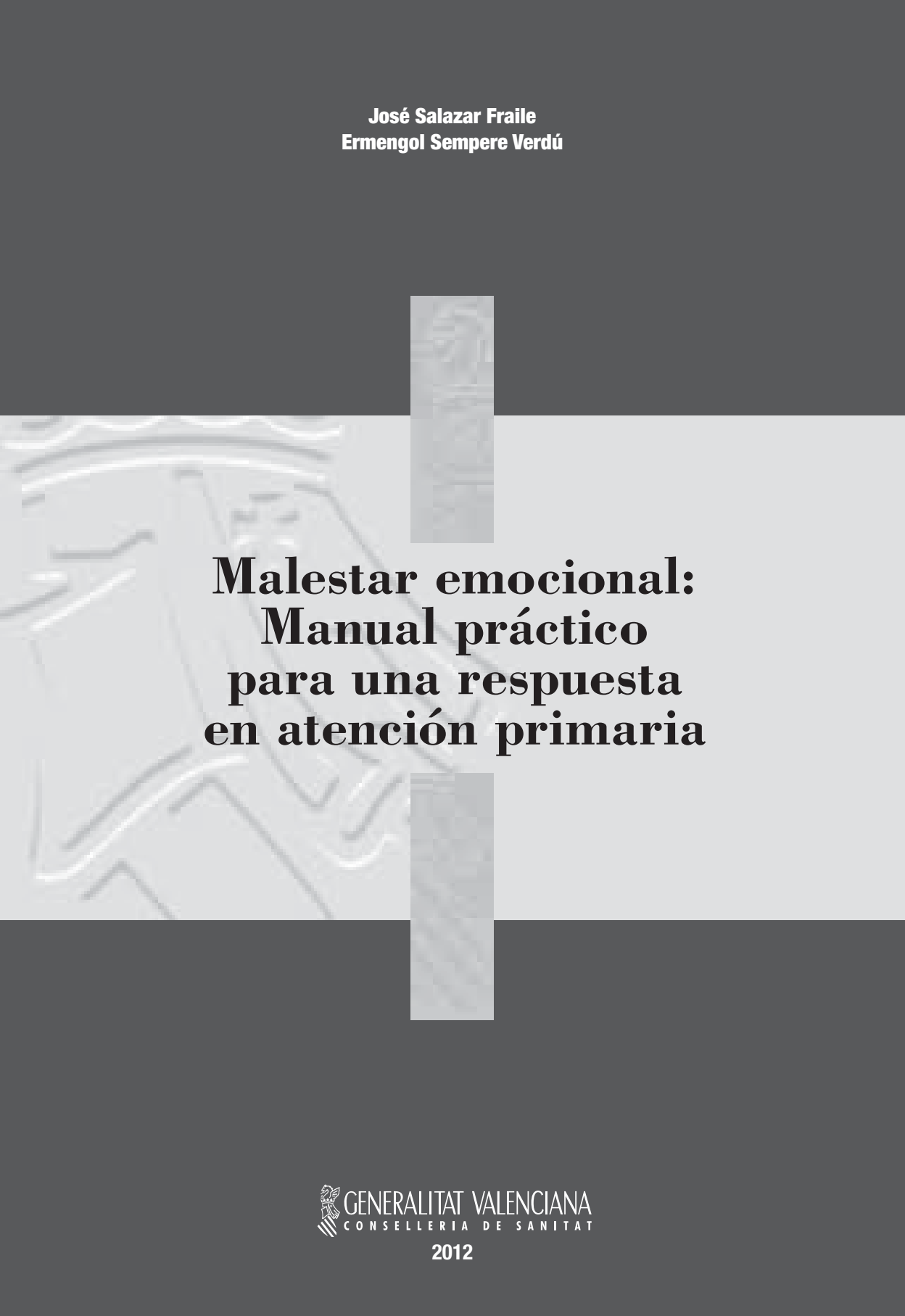


**José Salazar Fraile
Ermengol Sempere Verdú**



**Malestar emocional:
Manual práctico
para una respuesta
en atención primaria**

Este libro ha sido financiado con cargo a los presupuestos del Ministerio de Sanidad y Política Social que fueron aprobados por el CISNS de fecha 10-02-10 como apoyo a la implementación a la estrategia en salud mental

AUTORES:

José Salazar Fraile
Psiquiatra
Unidad de Salud Mental de Paterna.
Unidad Psicopatología y Neurofisiología, Conselleria de Sanitat
CIBERSAM

Ermengol Sempere Verdú
Médico de familia
Centro de Salud de Paterna, Conselleria de Sanitat

Esta publicación está avalada por el Instituto Médico Valenciano

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat
© de la presente edición: Generalitat, 2012
© de los textos: los autores
Coordina: Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria.
Secretaría Autónoma de la Agencia Valenciana de Salud

Imprime: Textosimatges

ISBN: 978-84-482-5521-3
Deposito Legal: V-822-2012



PRESENTACIÓN

La salud se puede entender como el bienestar físico, mental y social del individuo. Tanto las instituciones como los profesionales trabajamos día a día para alcanzar este objetivo.

Esta definición que nos aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basa en dar respuesta no sólo a las enfermedades clásicas sino también a aquellas que llevan implícito un sufrimiento tanto mental como físico.

Esta situación provoca que hayan aparecido nuevos ámbitos de intervención inimaginables hasta no hace muchos años. En este sentido, las sociedades modernas requieren cada vez más una mayor atención sanitaria, y dentro de este ámbito destaca la creciente demanda de servicios en salud mental, sobre todo aquellos que se refieren al sufrimiento emocional.

Desde la Conselleria de Sanitat entendemos que la atención primaria es un pilar básico a la hora de abordar los problemas relacionados con la salud mental de nuestra ciudadanía. Por este motivo, el manual que aquí se presenta busca ser un instrumento de trabajo para los profesionales que en ella desarrollan su actividad.

A través de 8 capítulos que incorporan ejemplos prácticos, este documento pretende convertirse en una ayuda para que el profesional obtenga una serie de habilidades que permitan ofrecer al paciente la atención más adecuada posible.

Quisiera agradecer a los autores que han elaborado este manual el trabajo desempeñado y destacar que frente a estos nuevos problemas de salud este libro cumple los requisitos de aportar soluciones innovadoras, que se pueden aplicar en nuestro contexto y que resultan de eficacia contrastada.

Luis E. Rosado Bretón
Conseller de Sanitat



PRÓLOGO

La Conselleria de Sanitat, con la aprobación de la cartera de servicios de salud mental en el año 2010, se comprometió a continuar trabajando en la mejora continua de la atención a la salud mental.

La salud mental no se circunscribe solamente a los pacientes que tienen una patología específica, sino al conjunto global de la población. Se trata de un área de intervención muy importante. Se estima que a lo largo de la vida los problemas relacionados con la salud mental afectarán aproximadamente a uno de cada cuatro ciudadanos de nuestra comunidad.

La atención primaria es una parte esencial de la asistencia sanitaria. En la práctica clínica, supone la posibilidad de mantener una relación terapéutica a largo plazo entre una persona y su médico. La atención primaria proporciona un abordaje lo más integral posible al paciente y suele dar solución a la gran mayoría de las necesidades personales de atención de salud de los ciudadanos, estableciendo una alianza terapéutica con los pacientes muy importante.

Es una realidad que las consultas de atención primaria reciben cada vez más visitas de pacientes que acuden con una sintomatología más o menos difusa de malestar emocional. Se trata, en la mayoría de los casos, de alteraciones leves o trastornos adaptativos relacionados con la psicobiografía de cada persona y con la realidad social, económica, familiar y geográfica que nos ha tocado vivir. Este discomfort no supone necesariamente una patología, aunque, sin embargo, conlleva un grado de desazón importante para las personas que lo padecen que hace muy conveniente su atención y tratamiento.

Los autores de este libro proponen un enfoque interesante para los médicos de atención primaria. Facilita una serie de instrumentos para el diagnóstico y, a la vez, permite que los pacientes tengan una participación activa en todo el proceso. Es, además, un programa basado en la evidencia. Destinado a cubrir un hueco detectado en las necesidades asistenciales de la ciudadanía: el abordaje del malestar emocional.

Entre otros aspectos la Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de diseñar y aplicar sistemas de atención en salud mental integrados, comprensivos, y eficaces que cubran la promoción, la rehabilitación, el tratamiento, el cuidado y la recuperación. Capacitar los servicios de atención primaria trabajando coordinadamente con la atención especializada para facilitar el acceso, la identificación y los tratamientos a personas con problemas de salud mental, asegurar el acceso al los servicios comunitarios para las personas con trastorno mental grave, crear una fuerza de trabajo competente. Ello también está en consonancia con lo recogido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y en la Cartera de Servicios de Salud Mental de la Conselleria de Sanitat.

La lectura y puesta en práctica de las actividades que proponen los autores en este libro redundará en un beneficio terapéutico para los pacientes y supone un material formativo en aspectos de salud mental de gran utilidad para los facultativos de la atención primaria.

Guillermo Ferrán Martínez

Director General de Ordenación y Asistencia Sanitaria



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3
PRÓLOGO	5
Cap. 1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. El incremento progresivo de la demanda de asistencia de salud mental	11
1.2. La prescripción farmacológica como reacción a la demanda asistencial	14
1.3. El concepto de malestar o sufrimiento emocional.	19
1.4. Objetivo de este manual	21
1.5. Revisión de la eficacia de las intervenciones propuestas	23
Cap. 2. EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	27
2.1. Concepto de enfermedad y el rol del profesional de atención primaria.	29
2.2. La gestión del tiempo de consulta	31
Cap. 3. EL MODELO DE INTERVENCIÓN Y SU APLICACIÓN	33
3.1. Disposición al cambio	35
3.2. Las fases del modelo y las habilidades del profesional.	36
Cap. 4. PRIMERA FASE: LA CLARIFICACIÓN	41
4.1. La clarificación de la naturaleza del malestar emocional	43
4.2. La clarificación de la motivación y contemplación de cambio	64

Cap. 5. SEGUNDA FASE: EL ACUERDO TERAPÉUTICO	67
5.1. La alianza terapéutica, el compromiso activo y el esfuerzo. . .	69
5.2. Comprobación del acuerdo y de la disposición al cambio. . . .	71
Cap. 6. TERCERA FASE: LA ACCIÓN MEDIANTE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	73
6.1. Explicación del tratamiento y sus fundamentos.	76
6.2. Reatribución personalizada e identificación de los problemas	77
6.3. Establecimiento de metas.	79
6.4. Generación de soluciones.	81
6.5. Evaluación y elección de soluciones.	81
6.6. Aplicación de soluciones	82
6.7. Evaluación de resultados.	83
Cap. 7. DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DEL MODELO	85
Cap. 8. ANEXOS	93
8.1. Casos prácticos de empatía y encuadre terapéutico	95
8.2. Ejemplos de utilización de la Hoja de Resolución de Problemas . . .	99
8.3. Respuestas sugeridas a los ejercicios.	107
8.4. Hoja de autoevaluación.	112
ABREVIATURAS	113
CONFLICTO DE INTERESES	114
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117



CAPÍTULO 1



INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

...Este relato, junto con lo que había visto ella por la mañana, la hicieron sentirse como si todo su cuerpo, absolutamente todo, estuviese clavado de agujas. Sentía el cuello como si lo tuviese apoyado sobre una piqueta de hielo. El dolor espiritual estaba tomando posesión de su cuerpo, lentamente, inundándolo como un río desbordado inunda los campos de arroz...
(Yukio Mishima. *Sed de amor*).

1.1. EL INCREMENTO PROGRESIVO DE LA DEMANDA DE ASISTENCIA DE SALUD MENTAL

Este manual es un instrumento de trabajo para los profesionales de atención primaria. Su objetivo es ayudar a obtener una serie de habilidades psicoterapéuticas que permitan ofrecer una respuesta eficaz a la demanda asistencial en el contexto del cambio producido en la atención sanitaria en nuestro país desde mediados del siglo XX. No se plantea como un servicio nuevo, sino como una alternativa no medicalizada a la atención habitualmente prestada a los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria por problemas de la vida cotidiana (especialmente frustraciones, conflictos interpersonales y pérdidas), pues con elevada frecuencia este tipo de demanda da lugar a la prescripción de un psicofármaco o la derivación a las unidades de salud mental, aumentando la dependencia de las personas hacia el sistema sanitario en lugar de capacitarles y animarles a buscar posibles soluciones basadas en sus propios recursos personales.

Conviene recordar que las unidades de salud mental se crearon para atender sobre todo a las personas con trastorno mental grave, sin embargo, en la actualidad el grueso de su actividad está dedicado a atender pacientes con trastornos mentales comunes menos graves o simplemente por procesos mal definidos. La demanda de atención de servicios de salud mental es creciente y aparentemente imparable en todos los países occidentales como resultado de un proceso que viene desarrollándose en Europa occidental y los EE.UU. desde el siglo XX, especialmente durante la segunda mitad de siglo. Así, en Inglaterra en un período de tan solo 25 años (entre 1975 y 1999) las consultas psiquiátricas casi se triplicaron¹. Según la encuesta del Eurobarómetro² de 2010, durante la primera década del siglo XXI la demanda de servicios de salud mental en Europa se ha incrementado, pasando del 10% al 15% de población

demandante de servicios de salud mental, y alrededor del 7% de los europeos había consumido antidepresivos durante el último año. En el caso de los EE.UU. el porcentaje de población que recibió tratamiento por trastornos mentales pasó del 13,2% en 1990 al 20,1% en 2003, mientras que se mantuvo estable el porcentaje de población con trastorno mental, lo que supone que la mitad de los pacientes que recibieron algún tipo de tratamiento psiquiátrico no cumplían criterios de trastorno mental³.

Por otra parte, la demanda de este tipo de atención implica tanto a la atención especializada como a la atención primaria. Así, los datos de una encuesta realizada en 2005 a 1.151 médicos de familia de españoles⁴, indicaban que los problemas de salud mental estaban relacionados con al menos el 20% de las consultas, siendo los motivos más frecuentes los trastornos de ansiedad (75,9%), del estado de ánimo (73,5%) y somatomorfos (40,5%). En este mismo estudio, cerca de la mitad de los médicos encuestados opinaban que “los equipos de atención primaria (EAP) no pueden hacerse cargo de esta demanda”, pero en nuestro sistema sanitario, el médico de familia, debido a su accesibilidad y a su cercanía al sufrimiento emocional de las personas, desde siempre ha sentido la obligación de intentar dar respuesta a la imprecisa y vaga demanda de “sentirse mal”, que incluye un cierto grado de sufrimiento emocional⁵. Sin embargo, esta demanda al médico de familia no llevaba tradicionalmente implícita la expectativa de recibir como solución la prescripción de un psicofármaco o la remisión a las unidades de salud mental.

Varios han sido los factores que han contribuido a este incremento progresivo de la demanda de servicios de salud mental: sociales, técnicos, científicos, económicos y políticos, en una interacción constante entre ellos. Tras la revolución llevada a cabo por Freud a principios del siglo XX, a partir de los años 50 y 60 se asentó la idea de que los trastornos mentales no se reducían a las enfermedades médicas, que la gente común y corriente podía tener “complejos”, y que las “neurosis” abarcaban toda la población: ejecutivos fracasados, amas de casa deprimidas, conflictos familiares, tensiones generacionales y personalidades conflictivas. En consonancia con este cambio, la clasificación de las enfermedades mentales también experimentó un cambio drástico, especialmente a raíz de la publicación de la DSM-III. La primera edición de la DSM de la American Psychiatric Association tenía unas 100 páginas, la segunda 134 y la tercera 500. Finalmente la versión actual, la DSM-V-TR alcanza 943. Hoy en día se diagnostican más personas afectadas de trastornos psiquiátricos que nunca en la historia⁶.

Un ejemplo claro de esta transformación se evidencia con la evolución de las categorías diagnósticas de la Depresión o la Fobia Social y el modo en que la tristeza o la vergüenza han podido llegar a recibir el

calificativo de “enfermedades dentro de los trastornos de regulación de la serotonina”⁷. Hasta mediados del siglo XX la depresión no era vista como un problema extenso y los problemas de sufrimiento cotidiano eran vistos como problemas de ansiedad siendo considerados hasta los años 80 como el resultado más frecuente de las tensiones y dificultades de la vida diaria, que en consecuencia debían ser tratados con ansiolíticos. Con la introducción de la DSM-III se produjo un cambio de paradigma diagnóstico de la depresión con unos criterios más laxos, favoreciendo la inclusión de la tristeza descontextualizada como criterio diagnóstico. Durante los años 80 se desarrollaron los Inhibidores Selectivos de Recaptación de la Serotonina (ISRS). Estos medicamentos no actuaban sobre una enfermedad específica sino sobre un sistema neuroquímico que influía en pacientes y en personas sanas. Dado que la FDA¹ exige que el medicamento sea eficaz contra una enfermedad concreta, no se les pudo comercializar como tónicos (“psychic energizers”), aunque en la década de los 90 se utilizaron para una extensa variedad de problemas tales como ansiedad, pánico, trastornos obsesivos, trastornos de alimentación, abuso de sustancias, déficit de atención e incluso para la tristeza normal en ausencia de enfermedad psiquiátrica⁸, sin existir evidencia suficiente de una ventaja significativa sobre el placebo en estos grupos diagnósticos. Alrededor de la idea de los trastornos de la serotonina se reagruparon de nuevo conceptos que abarcaban las anteriores neurosis de ansiedad disponiéndose así de un modelo médico de enfermedad, su causa y su tratamiento: depresión, serotonina y antidepresivos ISRS. Sin embargo, las indicaciones autorizadas de los ISRS y su relativa escasez de efectos secundarios han favorecido también su utilización como tónico para un abanico de constructos sintomáticos no específicos y de hecho un porcentaje significativo de personas consumen antidepresivos de modo habitual como sustancias para “mejorar el rendimiento”².

Aunque solo recientemente este tipo de malestar ha sido considerado objeto de atención por parte del mundo científico, no siempre fue así. Inicialmente este tipo de problemas eran considerados como objeto de atención por parte de figuras de autoridad moral, filosófica o incluso mágica, es decir con algún poder o conocimiento especial. Las sociedades se encontraban estructuradas en clases o castas, con grupos sociales homogéneos que proporcionaban a sus miembros un rol claro, identidad y apoyo. El sujeto solo tenía que asumir el rol proporcionado por la sociedad y

¹ FDA: Food and Drug Administration. Es el organismo encargado de autorizar la comercialización en los EEUU. Semejante organismo es en nuestro contexto la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AGEMED) y la Agencia Europea del Medicamento.

el grupo de referencia y a cambio recibía el apoyo de la comunidad. Durante los siglos XIX y XX, en Europa y EE UU se ha producido un cambio radical en las estructuras sociales y con ello los roles sociales son menos rígidos. Además la movilidad de los individuos diluye la influencia de los núcleos familiares extensos y con ello los recursos de apoyo.

Las personas sufren problemas y con ello malestar emocional. Resulta inevitable que un número significativo de ellas terminen buscando ayuda de los profesionales de la atención primaria, especialmente si el entorno social del individuo no responde satisfactoriamente. Los servicios sanitarios reciben la demanda de ayuda para este tipo de malestar por parte de un sector importante de la población como resultado de la evolución del concepto de enfermedad y del contexto concreto de los recursos personales de quienes lo sufren.

Cap. 1 1.2. LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA COMO REACCIÓN A LA DEMANDA ASISTENCIAL

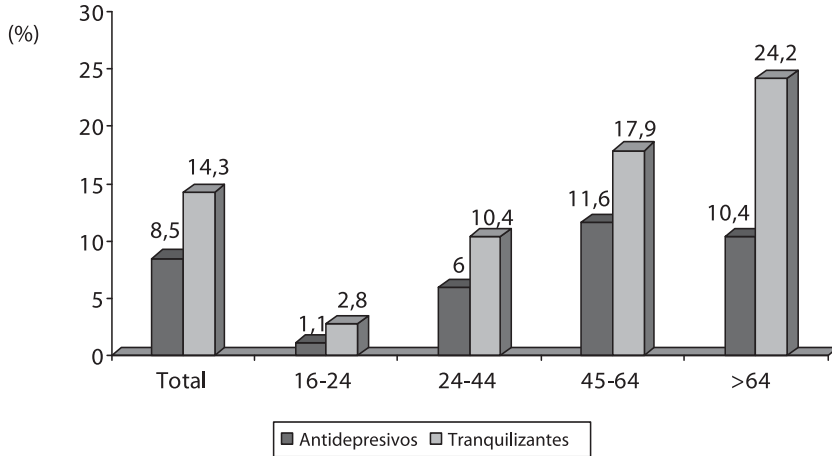
La prescripción farmacológica, manifestada mediante el incremento progresivo del consumo de psicofármacos, es la reacción más habitual a este tipo de demandas por parte del médico de atención primaria (MAP), aunque sin embargo su eficacia es muy limitada.

En los últimos 25 años el consumo de tranquilizantes y antidepresivos en las sociedades occidentales ha experimentado un notable aumento hasta situarse entre los grupos de medicamentos más prescritos y consumidos^{9,10,11}. Lo mismo ha sucedido en el estado español^{12,13,14} y también en la Comunidad Valenciana^{15,16}.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 8,5% de la población española refería haber consumido algún antidepresivo durante las dos semanas anteriores y el 14,3% algún tranquilizante o medicamento para dormir (casi el doble en el caso de los ancianos) (figura 1). Los datos de otros países de nuestro entorno son similares o incluso superiores, como es el caso de los EE.UU. donde hasta el 10% de la población refiere haber consumido antidepresivos durante el año anterior (figura 2). En la Comunitat Valenciana, y según los datos de consumo con receta oficial a cargo del sistema público, durante el año 2007 se dispensaron 77,5 dosis diarias definidas por mil habitantes (DHD) de tranquilizantes y 48,4 DHD de antidepresivos^{15,16} (figura 3).

**Figura 1. Consumo de tranquilizantes y antidepresivos en los últimos 15 días.
Porcentaje de población (%)**

Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Total y por grupos de edad.
(<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>)



**Figura 2. Prescripción de antidepresivos durante el año anterior.
Porcentaje de población (%)**

Estados Unidos de América, período 1996-2005. Total y por grupos de edad.
Olson et al. Arch Gen Psychiatry 2009;66:848-856.

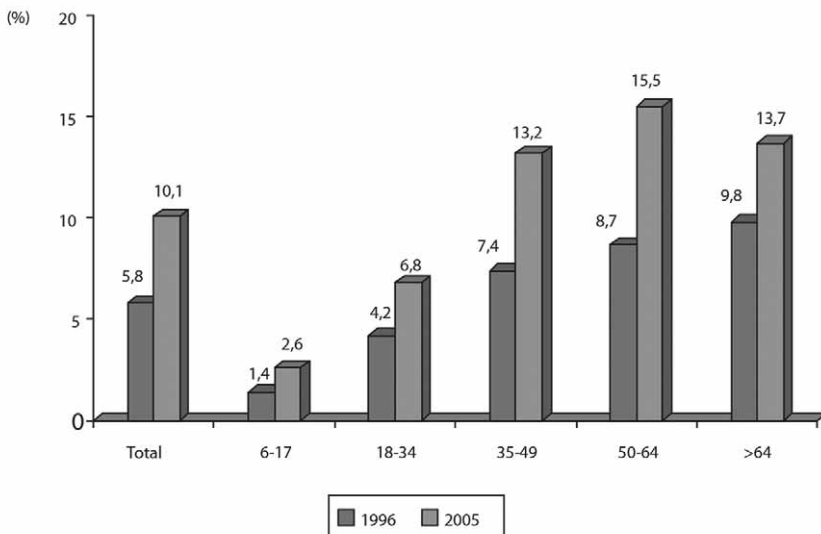
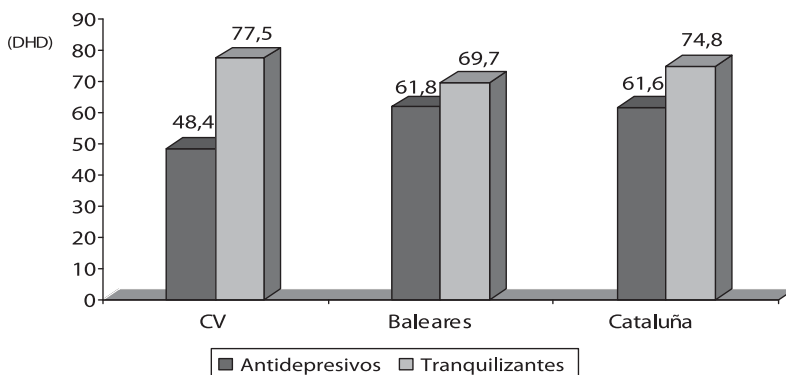


Figura 3. Consumo de antidepresivos y benzodiacepinas en la Comunidad Valenciana, Islas Baleares y Cataluña. 2007

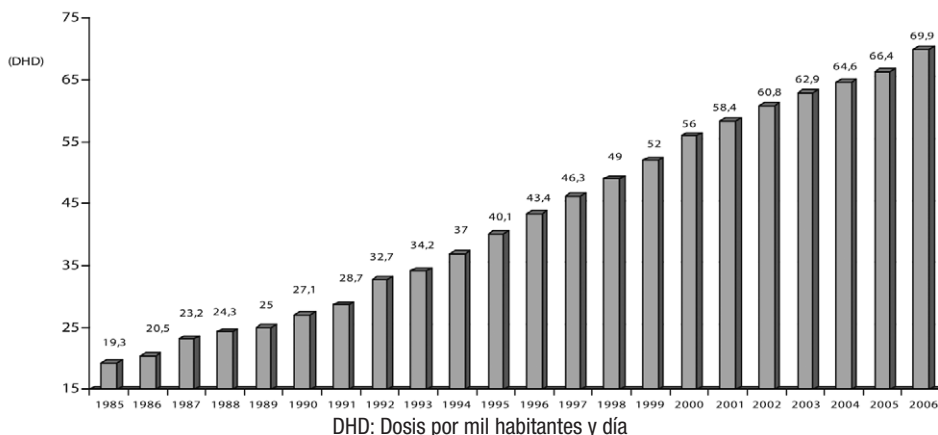


DHD: Dosis por mil habitantes y día

Consum d'antidepressius i benzodiazepines a les nostres Comunitats Autònomes (CCAA). Caterina Vicens, Ermengol Sempere, Anna Moral, Vicente Palop, María Zaforteza, Alba Prat. 2on Congrés de les Societats Valenciana, Catalana i Balear de MFIC. Castellón. Mayo de 2008.

Si observamos la evolución del consumo de ambos grupos terapéuticos, para intentar comprender cómo se ha llegado a esta situación, se comprueba que en el caso de España en primer lugar aumentó el consumo de tranquilizantes a partir de los años ochenta^{13,14,17} (figura 4) y posteriormente aumentó el consumo de antidepresivos¹⁰ (figura 5). El resultado ha sido que en los últimos 20-25 años el consumo de estos grupos terapéuticos en España se ha multiplicado por 3,5 y 7 respectivamente.

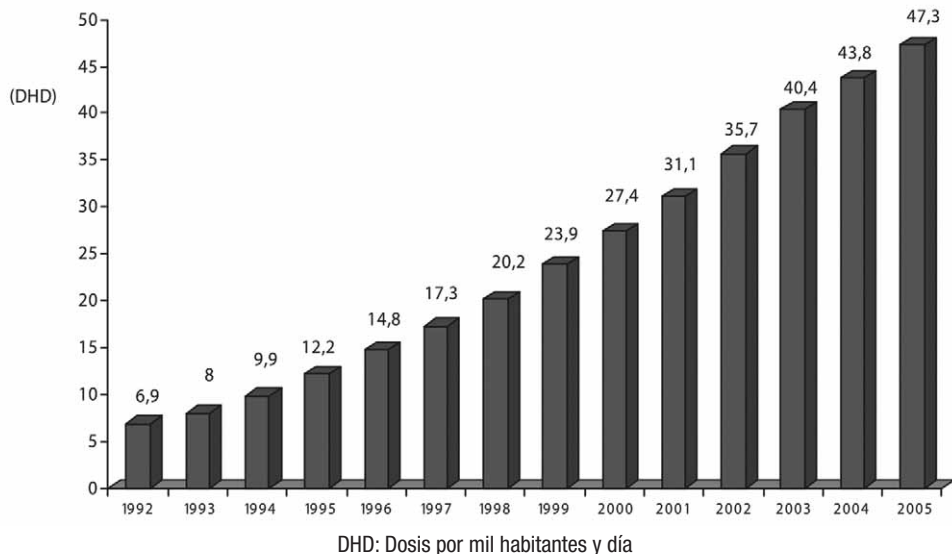
Figura 4. Evolución del consumo de tranquilizantes en España (1993-2007) (DHD).



Fuente: 1) Benzodiazepine consumption in Spain. Rayon et al. Eur J Clin Pharmacol. 1997; 52(4): 321-3. 2) Utilización de Ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). García del Pozo et al. Rev Esp. Salud Pública 2004;78: 379-387. 3) Agencia Española Medicamentos y Productos Sanitarios. Observatorio del Consumo de medicamentos de la AEMPS. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1992-2006):

Disponible en: <http://www.aemps.es/profHumana/observatorio/docs/ansioliticos-hipnoticos.pdf>

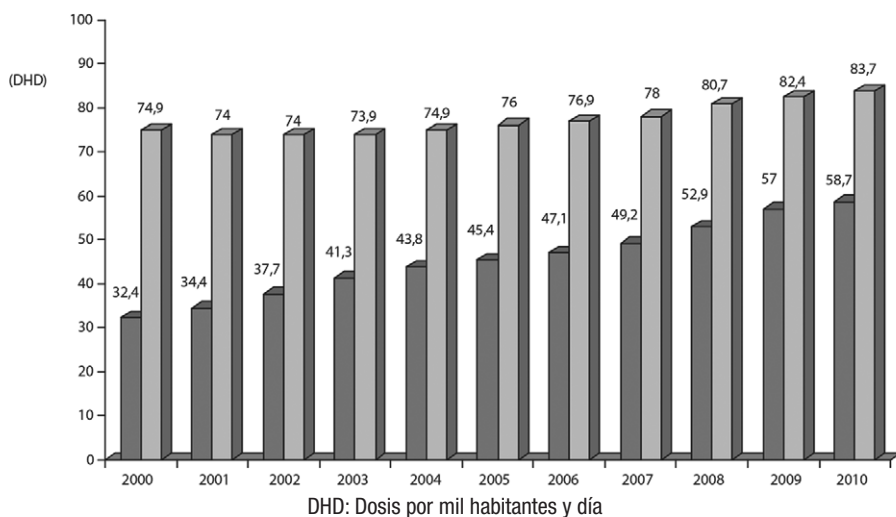
Figura 5. Evolución del consumo de antidepresivos en Castilla León (1992-2005) (DHD)



Martín LH, Lobato CT, Ortega S, Velasco A, Carvajal A, del Pozo JG. Trends in the consumption of antidepressants in Castilla y León (Spain). Association between suicide rates and antidepressant drug consumption. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010 Sep;19(9):895-900.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712020>

Figura 6. Evolución del consumo de antidepresivos y tranquilizantes en la Comunidad Valenciana (2000-2010) (DHD)



Fuente: GAIA (Agencia Valenciana de Salud)

En definitiva, a la situación actual se ha llegado como resultado de dos ondas o paradigmas distintos. La primera onda, iniciada a principios de los años ochenta, que podríamos definir como la de la “era del estrés o de la ansiedad” en la que el recurso farmacológico ante el malestar emocional eran los tranquilizantes o similares, seguido en la siguiente década de los noventa por la “era de la depresión”, en la que el recurso de moda ha sido la prescripción de antidepresivos. A la vista de la evolución del consumo de ambos grupos de psicofármacos, no se puede afirmar que una era haya dado paso a la siguiente, sino que la segunda se ha superpuesto a la primera, como se comprueba por hecho de que el incremento en el consumo de antidepresivos no se siguió de una disminución del consumo de tranquilizantes (Figura 6).

La prescripción de psicofármacos en el sufrimiento emocional no es necesariamente la mejor de las respuestas posibles. Salvo en los casos de depresión grave la eficacia de los antidepresivos está sobredimensionada por diferentes motivos. Por una parte por el sesgo de publicación. Recientemente Tuner y cols.¹⁸ revisaron los ensayos clínicos sobre antidepresivos que la industria farmacéutica había presentado a la FDA para su aprobación (los cuales pueden terminar publicándose o no). Se analizaron 74 estudios con 12 agentes antidepresivos que incluían 12.564 pacientes, y por otra parte se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura para identificar las publicaciones correspondientes a cada estudio. El 94% de los ensayos publicados demostraba la eficacia de los antidepresivos, pero sólo lo hacía el 51% de todos los estudios presentados a la FDA. Es decir, que a la luz de los datos disponibles, la eficacia de los antidepresivos era mucho menor de lo que había aparecido publicada hasta ese momento.

Por otra parte, Kirsch y cols.¹⁹, utilizando la misma base de datos de ensayos clínicos de la FDA mencionada anteriormente, analizaron los ensayos clínicos con antidepresivos aprobados en los EEUU entre 1987 y 1999 (ISRS fundamentalmente: fluoxetina, venlafaxina, nefazodona, paroxetina, sertralina y citalopram), y comprobaron que los AD sólo son eficaces en las depresiones graves y no en las leves o moderadas, en las cuales la eficacia del AD es similar a la del placebo.

Con frecuencia se olvida que las intervenciones farmacológicas no siempre son inocuas. Los nuevos antidepresivos, a pesar de ser más seguros que los menos modernos, siguen teniendo efectos indeseables nada despreciables, como por ejemplo el frecuente síndrome de discontinuación (síndrome agudo que aparece a las pocas horas o días tras la retirada del antidepresivo y que cursa con ansiedad, insomnio, parestesias, sensación eléctrica en el interior de la cabeza...) y los también frecuentes efectos indeseables gastrointestinales. No debe pensarse en ellos como fármacos inocuos y de ello es prueba la larga lista de reacciones adversas descritas en los últimos años: riesgo incremen-

tado de secreción inadecuada de adiuretina, aumento del riesgo de sangrado gastrointestinal, reducción de la densidad mineral ósea, aumento de la tensión arterial con alguna molécula, riesgo de malformaciones fetales, o riesgo de muerte en caso de sobredosis^{20,21,22}. Incluso, recientemente se está cuestionando que su uso no ocasione dependencia, ya que se ha comprobado que cada vez hay más personas que consumen AD durante períodos de tiempo cada vez más largos, especialmente el grupo de mujeres en edad intermedia²².

En el caso de los tranquilizantes, su uso prolongado puede provocar somnolencia diurna, disminución de reflejos, alteraciones de la memoria anterógrada e incremento de caídas y fracturas en ancianos. El uso masivo y continuado de tranquilizantes se ha convertido en un problema de tal magnitud que hoy en día se considera una estrategia de salud de primer orden fomentar su retirada gradual²³ y que su uso, en caso de ser necesario, debe ser limitado en el tiempo. Así, la Guía de Prescripción Terapéutica (GPT) española²⁴ (adaptada del British National Formulary y editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo), recomienda textualmente que “las benzodiazepinas están indicadas para el alivio, durante un período breve (2-4 semanas), de una ansiedad o de un insomnio intenso, invalidante o que haga sufrir exageradamente al paciente...”. Lo mismo aconseja la “Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria” del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2008.

1.3. EL CONCEPTO DE MALESTAR O SUFRIMIENTO EMOCIONAL

El concepto de “malestar”, “sufrimiento” o “padecimiento” utilizado en este manual coincide plenamente con la definición utilizada en el Informe Hasting en su documento “Los Fines de la Medicina” en el que se define como: “sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria”. También se comparte el concepto de salud expresado en el mismo informe Hasting²⁵, entendido como “la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales”, a diferencia de la definición clásica de salud de la OMS de “estado de completo bienestar físico, mental y social”. Un cierto grado de malestar psíquico o físico es inevitable al menos ocasionalmente, sin que ello suponga un fracaso de la medicina²⁵.

Este nuevo concepto ofrece un enfoque diferente al que habitualmente se emplea en las guías de tratamiento de los problemas psicopatológicos, en las que prima la definición de los síntomas, el establecimiento de un diagnóstico preciso y se concluye con la recomendación de un tratamiento, habitualmente farma-

cológico. Por el contrario, es precisa una alternativa de abordaje del sufrimiento emocional desde una vertiente psicoterapéutica basada en el paciente y no en el diagnóstico, enfatizando la comprensión de las circunstancias relacionadas con el sufrimiento, identificando los sentimientos y los problemas recientes del paciente que pudieran estar relacionados con su malestar y requiriendo la participación activa del paciente en la búsqueda de soluciones a sus problemas. Este enfoque, además de potenciar el papel terapéutico y la responsabilidad del propio paciente, entronca con el tipo de consulta que se suele practicar en el ámbito de la atención primaria, en donde, con frecuencia, es más importante la aplicación de planes de acción, que la realización de diagnósticos^{26,27}.

La tarea fundamental del médico es la de curar, aliviar y acompañar el sufrimiento causado por las enfermedades y no necesaria o únicamente efectuar diagnósticos y tratamientos. Sin embargo, cuando su interés principal se centra en esto último, el médico puede fallar en la prevención o abordaje del sufrimiento, e incluso empeorarlo como consecuencia de la aplicación de un tratamiento. Por otra parte, la medicina moderna está abocada de antemano al fracaso si su objetivo es solo la supresión del sufrimiento. El profesional sanitario debe intentar ir más allá y tratar de entender su significado en cada paciente, su relación concreta con el dolor, así como su capacidad de resolución y de adaptación. Cassell²⁸ reivindica el uso médico del término sufrimiento, que abarca tanto el físico como el moral. Entre otras cosas propone suprimir la clásica dicotomía entre sufrimiento y dolor propio de la medicina moderna, planteando una nueva aproximación a la individualidad de las personas en la que lo que realmente cuenta es ir más allá de la cuantificación de los síntomas o signos. Aunque la discusión del trabajo de Cassell escapa al objetivo de este manual, son importantes varios principios fundamentales aplicables a la atención de personas con sufrimiento emocional, con o sin relación con problemas físicos (ver cuadro adjunto):

La naturaleza del sufrimiento y los objetivos del dolor

- 1) El sufrimiento es experimentado por las personas, no simplemente por los cuerpos, y tiene su origen en las múltiples amenazas a la integridad de la persona como complejo social y entidad psicológica.
- 2) El sufrimiento puede incluir el dolor físico, pero no se limita a él.
- 3) El sufrimiento ocurre cuando se percibe una amenaza de destrucción inminente a la integridad de la persona y continúa hasta que ha cesado esta amenaza o hasta que esta integridad se ha reconstituido de otra manera.
- 4) El sufrimiento puede aparecer en relación con cualquier aspecto o dimensión de la persona: el rol social, la identificación de grupo, la relación consigo mismo, con su cuerpo o con su familia.
- 5) El alivio del sufrimiento es un objetivo tan imperioso como la curación de la enfermedad.

Eric Cassell (N Engl J Med 1982; 306: 639-645)

1.4. OBJETIVO DE ESTE MANUAL

Este manual pretende ofrecer un método de respuesta profesional al sufrimiento emocional desde una vertiente psicoterapéutica, basado en el paciente en lugar de en el diagnóstico, enfatizando la comprensión de las circunstancias relacionadas con el sufrimiento e identificando los sentimientos y los problemas recientes del paciente. Se propone como una herramienta para la mejora de las capacidades de los profesionales que en la práctica clínica se traduzca en una alternativa a la prescripción de fármacos y a la cada vez mayor medicalización de los problemas de la vida diaria.

Objetivos del manual

- Mejorar la capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios de atención primaria a los pacientes con sufrimiento emocional
- Evitar el sobrediagnóstico
- Reducir la medicalización

Aunque este es un manual para ser utilizado por los sanitarios, no es un manual “al uso”. La mayoría de los manuales sobre el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas suelen seguir un patrón común describiendo en primer lugar la importancia de una enfermedad con datos epidemiológicos (p.e: prevalencia y costes sociales asociados), y en segundo lugar enumerando las categorías y criterios diagnósticos basados generalmente en el Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV)²⁹ y con menor frecuencia en la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision (CIE-10)³⁰. Finalmente, suelen concluir exponiendo las estrategias de intervención basadas en la evidencia proporcionada por ensayos clínicos u otro tipo de estudios o consensos.

Las estrategias integradas en las distintas fases del modelo de intervención de este manual se han seleccionado siguiendo el principio básico de la medicina y la psicología basada en la evidencia, pero sin centrar en el abordaje de ninguna categoría considerada como trastorno o enfermedad. Se ha elaborado un manual práctico para poder ser utilizado en nuestro contexto, partiendo de la premisa de que un porcentaje significativo de las demandas atendidas en la consulta por el MAP no se encuadran en ninguna categoría diagnóstica psiquiátrica, sino en categorías indicadas en la DSM-IV como “Otras condiciones objeto de atención clínica” y en la CIE-10 como “Facto-

res que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud^{29,30}. Es ésta, la categoría referida al malestar ocasionado por problemas no considerados dentro de los trastornos mentales, la que ocasiona, cada vez con mayor frecuencia, una demanda de atención manifestada en forma de malestar o sufrimiento emocional. Este tipo de condiciones se clasifican de un modo heterogéneo, comprendiendo un abanico muy amplio de manifestaciones del comportamiento y causas de malestar tales como: problemas de relación (DSM-IV = V61.9, V61.20, V61.1, V61.8, V62.81), distintos tipos de problemas ocupacionales (DSM-IV=V62.2, CIE-10=Z56), problema de identidad (DSM-IV = 313.82), problema religioso o espiritual (DSM-I = V62.89), problema de aculturación (DSM-IV = V62.4) problema de fase de la vida (DSM-IV = V62.89), problemas relacionados con la vivienda y condiciones económicas (CIE-10 = Z59), problemas relacionados con el ambiente social (CIE-10 =Z60), problemas relacionados con hechos negativos en la niñez y la crianza del niño (CIE-10=Z61 y Z62), problemas relacionados con el grupo de apoyo (CIE-10=Z63), problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales (CIE-10 = Z65), problemas relacionados con el estilo de vida (CIE-10 = Z72), problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (CIE-10 = Z73) o historia personal o familiar de enfermedades (CIE-10 = Z75, Z76, Z81, Z85, Z86, Z87, Z91).

Población diana:

- Profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en el ámbito de la atención primaria de salud.
- Para ser aplicada a personas con algún grado de sufrimiento emocional atendidas en atención primaria cuyo proceso no se puede encuadrar en ninguna categoría diagnóstica psiquiátrica definida según la DSM-IV o de la CIE-10, sino en el apartado Otras condiciones objeto de atención clínica para la DSM-IV y el apartado Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud para la CIE-10.

Un caso especial de los problemas causantes de malestar emocional es el de los problemas debidos a las enfermedades orgánicas. El dolor físico, la discapacidad, o la perspectiva de la muerte también son causa de sufrimiento emocional. Éste, a su vez, puede llegar en algunos casos a ser mucho más importante que el propio dolor o limitación física debidos a la enfermedad orgánica, determinando con frecuencia una mala respuesta al tratamiento farmacológico o rehabilitador. Por otro lado, no es infrecuente la asociación de enfermedad orgánica con otro tipo de problemas tanto de tipo social como

personal, pues las patologías orgánicas no se producen en un órgano aislado. Se producen en una persona con un contexto biográfico y cultural que condicionará necesariamente la respuesta a la prescripción terapéutica. En todos los casos, las habilidades adquiridas con este manual también resultan útiles para dilucidar y clarificar los distintos factores que pueden haber pasado desapercibidos y sin embargo influyen considerablemente en el abordaje de las enfermedades orgánicas.

Varias premisas son fundamentales en este manual. Primera, las categorías diagnósticas de las clasificaciones de enfermedades no necesariamente recogen toda la gama de motivos de demanda de asistencia sanitaria. Segunda, en un porcentaje importante de ocasiones nuestros servicios son requeridos sin que existan enfermedades, aunque por otro lado puede existir malestar o sufrimiento emocional. Y tercera, no es necesario atribuir un diagnóstico médico a estas demandas por malestar emocional, pues se puede ofrecer respuesta sin diagnóstico. Por un lado el término *sufrimiento* legitima la demanda del paciente y el rol del profesional para dar una respuesta. Por otro lado el término *emocional* establece una etiología no patológica del origen del sufrimiento. No es necesario medicalizar una reacción emocional para ofrecer una ayuda. La psicoterapia o simplemente la comprensión pueden ser útiles y eficaces sin que ello implique la medicalización de la reacción emocional.

Finalmente, resaltar el carácter práctico de este manual basado en ejercicios cuyo fin es el integrar distintos tipos de respuesta profesional de eficacia probada en atención primaria³⁷. Su manejo implica la puesta en práctica de los ejercicios sugeridos, si es posible con supervisión, de forma constante, revisando una y otra vez su aplicación y los errores cometidos. El resultado final puede ser la adquisición de habilidades tanto para el profesional como para el paciente. En el caso del profesional, extrapolables más allá de un proceso de ayuda con un paciente aislado, y aplicables en la interacción diaria con el paciente. En el caso del paciente, proporcionando una experiencia capacitadora del manejo y respuesta al sufrimiento en posibles situaciones futuras y con ello favoreciendo su salud mental positiva.

1. 5. REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PROPUESTAS

Se efectuó una búsqueda bibliográfica en PubMed y en la Cochrane Library con las palabras claves: psicoterapia, atención primaria, terapia de resolución de problemas, referido a los 10 últimos años (2000-2010). Por otra parte se revisaron las guías de tratamiento de más prestigio en el ámbito de la atención primaria (Guías de depresión y ansiedad en APS del Ministerio

de Sanidad y las guías británicas NICE y SIGN sobre depresión, ansiedad y tratamientos psicoterapéuticos) y en la salud mental (guía sobre depresión de la APA).

Hasta el presente, la mejor revisión sistemática publicada sobre la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas administradas por médicos de familia es la de Huibers et al. publicada en la Biblioteca Cochrane en 2003 y traducida al castellano en 2007³¹. En ella, los autores parten de la pregunta de si las intervenciones psicosociales estructuradas podrían ser una herramienta adecuada para los médicos de familia. Para intentar contestarla llevaron a cabo una revisión de todos los ensayos clínicos publicados en los que se había realizado algún tipo de intervención psicosocial en diferentes problemas de salud. A pesar de la escasez de estudios publicados que encontraron, solamente ocho con la calidad suficiente para ser incluidos en la revisión, los resultados permitieron confirmar la eficacia de este tipo de intervenciones, especialmente la Terapia de Resolución de Problemas (TRP), en la consulta del médico de familia. Los propios autores resumen la revisión con la siguiente afirmación: *“de las intervenciones psicosociales revisadas, el tratamiento de resolución de problemas para la depresión parece la herramienta más alentadora para los MG, aunque se requiere una base de las pruebas más sólida y aún debe demostrarse la efectividad en la práctica regular”*³¹.

Sobre la eficacia general de la TRP, independiente del profesional y del ámbito en que la administre, es de destacar el metaanálisis publicado por Crujpers P et al A en 2007 en pacientes con depresión³². La revisión incluía una serie de 13 ensayos clínicos controlados y aleatorizados, cuyos resultados indicaban que la TRP era en general más efectiva que la intervención habitual en el grupo de control.

La guía NICE de 2009 sobre la depresión recomienda la TRP para los pacientes con síntomas subdepresivos o con una depresión leve o moderada, y la incluye dentro del apartado de intervenciones psicosociales de baja intensidad, junto con otro tipo de terapias, especialmente la terapia cognitivo-conductual²⁰.

Del mismo modo, la guía de la APA (American Psychiatric Association) de 2010 sobre la depresión, considera a la TRP una combinación abreviada de terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal, y la recomienda para los pacientes con formas leves de depresión²¹.

Según la guía práctica clínica “Tratamientos no farmacológicos de la depresión en el adulto” publicada en 2010 por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) del NHS, las pruebas disponibles sobre la eficacia de la TRP llevan a otorgarle un grado de recomendación B, en coherencia con las

inconsistencias comentadas más arriba en el metanálisis de Huibers³³. Este grado de recomendación no es el máximo deseable, pero es suficientemente elevado como para legitimar su uso.

En los últimos años se han multiplicado los ensayos clínicos realizados con TRP en múltiples contextos o situaciones. Al propósito de este manual, es de destacar la realización de ensayos con TRP como técnica preventiva en pacientes sin enfermedad mental previa definida. Así, en un estudio realizado con pacientes que habían sufrido recientemente un ictus, la aplicación de la TRP resultó tan eficaz en la prevención de la depresión como la administración de un antidepresivo³⁴. En otro estudio realizado con cuidadores no enfermos de pacientes con enfermedad de Alzheimer, la aplicación de una serie de 8 sesiones de TRP durante un período de 4 meses se asoció a una mejor calidad de vida y a una mejor percepción de su salud mental³⁵. Del mismo modo, un estudio con familiares y cuidadores sanos de pacientes con lesión espinal aguda en el que se les aplicaba sesiones en grupo de TRP y ocho llamadas telefónicas de seguimiento mejoró los síntomas de ansiedad, estrés y en general las quejas sobre su estado de salud³⁶. Por último, en un reciente estudio con 132 adultos sin ninguna enfermedad psiquiátrica definida, pero con elevados niveles de estrés por tener que hacer frente a conflictos vitales, la TRP consiguió reducir de forma significativa los niveles de estrés³⁷.





CAPÍTULO 2



**EL CONTEXTO
DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA**

2. EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

“La civilización médica tiende a convertir el dolor en un problema técnico y, por ese medio, a privar al sufrimiento de su significado personal intrínseco. La gente desaprende a aceptar el sufrimiento como una parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y llega a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad para la intervención de la ciencia aplicada.” (Iván Illich, Némesis médica)

Entre los factores contextuales condicionantes de la respuesta del profesional destacamos la gestión del tiempo y el manejo del rol del profesional como factores importantes a tener en cuenta al aplicar este manual para actuar en la práctica diaria.

Cap. 2

2.1. EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y EL ROL DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Existen muchos modelos de enfermedad y en medicina predominan los que se basan en patologías corporales o en infecciones. En el campo de la salud mental, la mayor parte de las enfermedades han sido cuestionadas en algún momento, pues la evidencia de un sustrato patológico o infeccioso es la excepción en lugar de la norma y la homogeneidad sindrómica como único criterio de validez con frecuencia no es suficiente para caracterizarlas adecuadamente. De hecho, el concepto de enfermedad tiende a cambiar con el tiempo. La literatura sajona distingue entre “disease” que en nuestro contexto podríamos traducir como enfermedad o trastorno y “sickness” dolencia, achaque o indisposición. En la lengua castellana, “trastorno” se asocia frecuentemente con enfermedad mental. La enfermedad o el trastorno implican la lesión o la constelación de síntomas. Por otro lado, la dolencia implica el sufrimiento así como el déficit funcional consecuencia de los síntomas. No necesariamente van juntas. Así pues, una persona puede tener una enfermedad sin sufrir indisposición o dolencia. Por otro lado se pueden sufrir indisposiciones o dolencias sin necesariamente padecer enfermedades. En nuestro contexto, el lenguaje puede contribuir todavía más a la confusión y a establecer expectativas que en ocasiones condicionan la asistencia y la respuesta a la demanda. Así, no resulta ajeno a las expectativas de los pacientes y a la percepción del rol del profesional que la

incapacidad para ejercer el trabajo se denomine “baja por enfermedad”, implicando la asociación entre la condición de sufrir una enfermedad y el derecho a obtener un permiso, a diferencia de otros países donde esta incapacidad para el trabajo por motivos de salud se califique como “sick leave” (baja por indisposición o baja por dolencia).

Con cierta frecuencia los medios de comunicación proporcionan una idea desvirtuada de la capacidad casi ilimitada de la medicina moderna para curar enfermedades, hasta el punto de despertar expectativas infundadas. No obstante, conviene recordar que los profesionales de atención primaria se encuentran cualificados para tratar y abordar las enfermedades y los trastornos, son expertos, pero no infalibles. Pueden ofrecer alivio a algunas dolencias pero no pueden ni deben dejarse arrastrar a roles de otra competencia. Las ciencias de la salud son útiles pero su poder es limitado y solucionar los problemas y las condiciones de la vida diaria de las personas atendidas escapa a la responsabilidad del profesional. Ello no significa la pasividad o la insensibilidad frente al sufrimiento del paciente. Al contrario, implica el compromiso profesional de atender a las personas en todas sus dimensiones. A pesar de las dificultades intrínsecas al ejercicio de la medicina de familia en nuestro medio actual, el compromiso profesional no nos puede dejar en la insensibilidad, en la inactividad o en la derivación sistemática a otros profesionales. Significa el reconocimiento de unos límites, y se puede ofrecer ayuda dentro de ellos, teniendo siempre en cuenta que en último término los pacientes son los responsables de afrontar su propio sufrimiento emocional. La responsabilidad del paciente es poner en práctica una estrategia de actuación para resolver los problemas que le afecten. La del médico es facilitar el proceso, no de proporcionar y aplicar soluciones. Para poder actuar sobre esta área de malestar es necesario una redefinición del rol de médico de familia, basado en una nueva relación entre profesionales sanitarios y pacientes, que evite la frustración de ambos, suponga un compromiso tanto del profesional como del paciente y establezca contratos terapéuticos en el que ambos se comprometen de una forma explícita a actuar en la mejora de la salud del paciente³⁸.

El nuevo contrato

Tanto los pacientes como los médicos saben que:

- La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida
- La medicina tiene poderes limitados, particularmente para resolver los problemas sociales, y en ocasiones puede ser peligrosa
- Los médicos no lo saben todo: ellos mismos pueden requerir ayuda para la toma de decisiones y apoyo psicológico
- Estamos juntos por lo mismo
- Los pacientes no pueden “dejar” sus problemas a los médicos
- Los médicos deben tener una actitud abierta sobre sus propias limitaciones
- Los políticos deberían evitar hacer promesas extravagantes y concentrarse en la realidad

Smith R.

Why are doctors so unhappy?
BMJ 2001; 322:1073

Cap. 2

El compromiso profesional de Sassall. Citas escogidas

“Sassall nunca separa una enfermedad de la personalidad general del paciente que la sufre: en este sentido es lo más opuesto a un especialista... Se resolvió la crisis con el convencimiento de que el paciente debía ser tratado como una personalidad total, de que la enfermedad es con frecuencia una forma de expresión, más que una rendición del cuerpo a las contingencias naturales... Se le exige el reconocimiento individual y profundamente íntimo tanto en un nivel físico como psicológico... Sassall no cree en la necesidad de mantener una distancia imaginaria: él ha de acercarse lo suficiente para reconocer al paciente en todo su ser... Un médico que no se limita a vender curas es inestimable.”

(Citas escogidas de **Un hombre afortunado**. John Berger)

2.2. LA GESTIÓN DEL TIEMPO DE CONSULTA

Inspirar compasión implica que quienes nos rodean entiendan mejor nuestra penuria o desgracia. Ello puede incrementar las posibilidades de des-
pertar acciones de ayuda por parte las personas de nuestro entorno con el

fin de aliviarnos. Por otro lado, la asignación de un diagnóstico comporta repercusiones importantes en el ámbito familiar y social, pues cuando existe un reconocimiento institucional se puede demandar la liberación de responsabilidades o también un trato considerado o privilegiado no recibido hasta entonces. Con estos fines, entre otros, un número significativo de personas acuden a los servicios de atención primaria. El problema surge cuando la compasión o la legitimación del sufrimiento se convierten en metas en sí mismas, convirtiendo la interacción del profesional con el paciente en un fin autónomo, como medida paliativa sin ninguna otra expectativa. Sin embargo, el médico de atención primaria no suele encontrarse en condiciones de elaborar un diagnóstico consultando la DSM-IV o la CIE-10, dedicar un tiempo importante a escuchar los problemas del paciente, ni tampoco de administrar una psicoterapia reglada o cualquiera de las recomendaciones sugeridas en las guías clínicas cuando se habla de intervenciones no farmacológicas. En estos casos, la asignación de un diagnóstico y la prescripción rápida de medicación como reacción a la demanda de ayuda por sufrimiento emocional es lógica y además, con frecuencia, eficaz a corto plazo. Legitima el sufrimiento y lo alivia, en ocasiones mediante el efecto directo de la propia medicación, y otras veces debido al efecto de complacencia (efecto placebo) de las expectativas de los pacientes³⁹. Esta estrategia suele satisfacer las demandas de los pacientes, pero a expensas de una utilización no pertinente de los fármacos o del inicio de un proceso de medicalización y de utilización de la atención sanitaria como reacción frente a los problemas de la vida diaria.

Como se verá más adelante, la gestión eficaz del tiempo es posible si se realiza un encuadre profesional adecuado y se establecen con claridad los roles y las tareas. El modelo sugerido es aplicable en el contexto de la atención primaria donde el médico puede acordar con el paciente un conjunto de sesiones de corta duración aunque algo más largas de lo habitual.



CAPÍTULO 3



**EL MODELO DE
INTERVENCIÓN
Y SU APLICACIÓN**

3. EL MODELO DE INTERVENCIÓN Y SU APLICACIÓN

Como se apreciará a continuación, el modelo de intervención sugerido se encuadra en las denominadas Psicoterapias Integrativas, en concreto en el abordaje denominado Factores Comunes que busca determinar el núcleo de los componentes compartidos por los distintos tipos de psicoterapia, con el objeto de elaborar tratamientos eficaces y sencillos⁴⁰. Partiendo de varios modelos de psicoterapia de eficacia demostrada en atención primaria⁴¹, se ha elaborado un modelo de actuaciones secuenciales aplicable a las demandas por sufrimiento emocional en el ámbito de la atención primaria. Recomendamos su puesta en práctica a un número limitado de pacientes, no sólo con el fin de atenderles más satisfactoriamente, sino también para facilitar al profesional la adquisición progresiva de habilidades que posteriormente se ejercitarán con otros pacientes, aunque no se enmarquen en un proceso de ayuda reglado y estructurado tal como se describe en el manual. Así, en la medida en que el profesional adquiera habilidades de empatía las empleará posteriormente de modo habitual. Igualmente podemos hablar de la alianza terapéutica, la habilidad de llegar a compromisos claros con el paciente o de obtener un compromiso activo. En lugar de terapias específicas sugerimos estrategias que se incorporan e integran a la práctica diaria. No se propone un inventario exhaustivo de todas las intervenciones posibles ni de todas las habilidades útiles en la interacción entre profesional y paciente, simplemente se resaltan algunas de ellas, que tenidas en cuenta pueden ser practicadas y progresivamente mejoradas a lo largo del tiempo. Aunque habitualmente en el contexto de la atención primaria no se dispone de condiciones de supervisión que permitan al profesional mejorar progresivamente sus habilidades, existen prácticas en forma de autosupervisión⁴² que ejercitadas sistemáticamente pueden desempeñar un papel semejante. Al final de este manual se incluyen una serie de preguntas-guía orientativas para facilitar este proceso (anexo 1).

3.1. DISPOSICIÓN AL CAMBIO

Los pacientes pueden presentarse con distintos grados de motivación hacia el cambio o con gran variedad de metas, y en ocasiones las demandas asistenciales implican demandas de ayuda en términos diferentes a los supuestos por el profesional, como la demanda para satisfacer imperativos legales o normativos, la legitimación de un rol de enfermedad o por la presión

familiar. No son infrecuentes las demandas de alivio sin intención de cambio o sin compromiso activo para ello. Finalmente, algunas personas solicitan ayuda con el deseo de buscar una solución a su sufrimiento, y en algunos casos, después de reflexionar e identificar el problema, están dispuestos a realizar cambios. Prochaska, Norcross y DiClemente⁴³ distinguen seis etapas de cambio aplicables a múltiples contextos, desde el consumo de drogas pasando por los regímenes alimenticios a cualquier otro tipo de cambio en el que se implique la relación de ayuda:

Precontemplación.- El paciente no es consciente de la necesidad de realizar ningún cambio o no desea realizarlo. En algunos casos los pacientes no suelen dar información suficiente sobre sus problemas, los niegan o proyectan las responsabilidades sobre otros factores de los que no tienen control. Quienes les rodean suelen estar más preocupados que ellos mismos.

Contemplación.- El paciente es consciente y acepta su responsabilidad en sus problemas aunque todavía no ha tomado una decisión activa sobre un cambio.

Preparación.- El paciente ha decidido realizar un cambio y realiza una declaración de intenciones.

Acción.- El paciente comienza a cambiar su comportamiento de un modo activo.

Mantenimiento.- El sujeto ha cambiado y trata de consolidar los cambios manejando los fallos.

Terminación.- El sujeto ya no se siente mal por el problema inicial y tiene confianza en manejar los posibles fallos.

La propuesta de ayuda que presentamos en este manual es aplicable a estas fases, aunque la fase más difícil suele ser la de precontemplación, especialmente en quienes presentan una actitud pasiva, negación, minimización o incluso hostilidad frente a la posibilidad de un acuerdo de ayuda o de cambio. En ese caso, el profesional debe tener presente su rol, aceptar la decisión del paciente y no intentar cambiar lo que el sujeto no está dispuesto a realizar por sí mismo. La fase de empatía descrita más adelante es la habilidad más importante para cumplir esta etapa.

3.2. LAS FASES DEL MODELO Y LAS HABILIDADES DEL PROFESIONAL

Las habilidades descritas en este manual son esenciales para cualquier etapa de la relación entre el profesional y las personas atendidas en

atención primaria para todo tipo de problemas, tanto orgánicos como emocionales. Se han dispuesto en forma de fases, de modo que permitan escoger un número pequeño de casos y aplicarlas secuencialmente dentro de un programa de ayuda. Tras una aplicación sistemática el profesional comenzará a adquirir las habilidades e integrarlas en la actividad cotidiana. Por razones obvias algunas de las habilidades sólo se enumerarán. Se enfatizan aquellas que pueden ser practicadas siguiendo los ejercicios descritos y que habitualmente no son tenidas en cuenta, aunque su aplicación supone una diferencia cualitativamente distinta en la interacción con los pacientes.

Fase 1. Clarificación.- Los objetivos de esta fase son los de clarificar, de acuerdo con el paciente, la existencia de una relación entre sensaciones corporales, emociones y problemas de la vida diaria. Despertar una actitud receptiva sobre la necesidad de abordar el malestar de un modo no medicalizado y dar una respuesta que no se base en la prescripción de fármacos. Finalmente abordar del mismo modo el sufrimiento emocional asociado con el padecimiento de algunas enfermedades orgánicas, especialmente las discapacitantes.

La habilidad básica a ejercitar para esta fase es la empatía. Ofrecemos algunos ejercicios en el capítulo siguiente para su comprensión y puesta en práctica. Pero su aplicación debe ser entendida en el contexto de las habilidades fundamentales de atención y escucha activa empleadas en todo proceso de comunicación. La orientación física, el contacto ocular, la expresión facial, la distancia, la velocidad de los movimientos, el estilo gramatical sencillo y claro y el silencio sin interrupciones deben mostrar y transmitir la disposición a entender los mensajes que manifiesta el entrevistado de modo que tenga la sensación de que es bien recibido.

Fase 2. El acuerdo terapéutico.- El objetivo de esta fase es especificar las acciones y responsabilidades de cada uno en un marco de esfuerzo y colaboración mutuos. La habilidad básica reside en la flexibilidad del profesional para elaborar un plan personalizado y ofrecerlo como un trabajo mutuo de colaboración, concretando los roles, tareas y responsabilidades de cada una de las partes.

Fase 3. Plan de acción.- El objetivo de esta fase supone la elaboración y puesta en marcha de un plan de acción para el abordaje y la resolución del problema o adaptación al factor estresante. Las habilidades básicas del profesional consisten en mantener el compromiso realizado en la fase 2, revisando las tareas realizadas, manteniendo una actitud serena, persistiendo, aceptando errores y corrigiéndolos, así como dando por terminada la intervención en caso de incumplimiento del acuerdo terapéutico o de estancamiento del proceso de ayuda.





**LAS FASES
DEL MODELO
PARA LA
INTERVENCIÓN**

**PRIMERA FASE:
- CLARIFICACIÓN**

**SEGUNDA FASE:
- ACUERDO
TERAPÉUTICO**

**TERCERA FASE:
- ACCIÓN**





CAPÍTULO 4



**PRIMERA FASE:
LA CLARIFICACIÓN**

4. PRIMERA FASE: LA CLARIFICACIÓN

“No tengo yo ese defecto tan común de juzgar a los demás según yo soy. Creo fácilmente cosas distintas a las mías. Por sentirme comprometido con una forma, no obligo a ella al resto del mundo, como hacen todos; y creo y concibo mil modos de vida opuestos; y, al contrario de lo usual, acepto más fácilmente la diferencia que el parecido entre nosotros. Descargo todo lo posible a un ser de sus condiciones y principios, considerándolo simplemente en sí mismo, sin relación alguna, reconstruyéndolo según su propio modelo... póngome muy bien con la imaginación en su lugar”
(Michel de Montaigne. Sobre el joven Catón.)

Cap. 4

4.1. LA CLARIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DEL MALESTAR EMOCIONAL MEDIANTE ESCUCHA ACTIVA, SONDEO Y EMPATÍA

El objetivo fundamental de esta fase es clarificar que frente a situaciones problemáticas las emociones son reacciones normales e implican reacciones corporales que pueden llegar a ser molestas o mal toleradas. Es preciso identificar con claridad la experiencia condicionante de la reacción emocional, denominar los distintos estados emocionales e identificar las manifestaciones físicas asociadas. Las estrategias y habilidades descritas a continuación forman un cuerpo básico para una adecuada interacción con el paciente no solo en la fase de clarificación sino en toda forma de interacción de un proceso de ayuda. No obstante las situamos como un elemento esencial para la primera fase.

Las habilidades y estrategias básicas consisten en la escucha activa, el sondeo y la empatía. La escucha activa implica la orientación hacia el paciente física y psicológicamente captando la comunicación verbal, no verbal, implícita o explícita. El sondeo se refiere a la realización de preguntas abiertas con el objetivo de vincular la experiencia emocional con la reacción corporal. La empatía se refiere a la habilidad de comunicar a los pacientes que se comprende la vivencia y las emociones experimentadas transmitiendo claramente que se ha comprendido su punto de vista.

La escucha activa requiere entre otras acciones la de mirar al rostro del interlocutor, la orientación del cuerpo hacia el paciente y evitar realizar otras tareas al mismo tiempo distintas a las de escuchar y mantener contacto

visual, indicado todo ello implicación en la recepción de la comunicación. La reciente introducción de los ordenadores en la práctica clínica puede significar una distracción significativa. Es conveniente no manejar el ordenador durante el tiempo dedicado a la escucha para posteriormente realizar las anotaciones necesarias o consultar los datos pertinentes. El paciente debe recibir el mensaje de “*le escucho atentamente*”, con un tiempo exclusivo dedicado a la escucha. Si después de haber terminado la escucha, el paciente interrumpe cuando se está introduciendo la información en el ordenador, suele resultar conveniente solicitarle que espere y con ello distinguir claramente entre momentos de escucha y momentos de consulta de datos o de otro tipo de actividad.

Aunque damos por supuesto que escuchamos atentamente a todos los pacientes atendidos a lo largo de una jornada laboral, no siempre es cierto. Resulta extremadamente difícil en contextos donde podemos estar condicionados por la premura de tiempo, las actitudes hostiles de los pacientes, el cansancio o los discursos irrelevantes. Por otro lado, la escucha pasiva o incluso la ausencia de escucha, en ocasiones es empleada como estrategia para evitar involucrarse en conversaciones intrascendentes o irrelevantes que finalmente nos llevarán a pérdidas de tiempo innecesarias. Esta práctica se basa en el principio, y el temor, de que escuchar las quejas del entrevistado sin dirigir las respuestas supondrá la instauración de un discurso lleno de anécdotas, datos irrelevantes y quejas innecesarias con la consiguiente pérdida de tiempo. Nada más lejos de ello. La escucha activa y la empatía pueden y deben combinarse con la gestión eficaz del tiempo. El encuadre de la entrevista en el contexto de la consulta, especificando los objetivos y el tiempo disponible, así como manifestar la disponibilidad del profesional para seguir abordando el proceso de ayuda en otras visitas permiten una gestión eficaz del tiempo que puede combinarse perfectamente con la escucha activa.

Ejemplo:

“Disponemos aproximadamente de 10 minutos para ver en qué medida puedo ayudarle. Si en ese tiempo no fuera posible hacerme una idea, quedaríamos en otra ocasión en un plazo breve para poder hacer un plan de tratamiento. Escogeríamos un hueco en la agenda que nos permita realizar una exploración detallada”.

O bien:

“Disculpe que le interrumpa. Me relata una serie de datos y experiencias importantes pero en este momento no disponemos de tiempo para abordarlo. Me gustaría quedar con usted para valorarlo adecuadamente. Con una consulta dedicada al tema será suficiente pero en caso

contrario acordaríamos otra consulta con mayor detenimiento. ¿Qué le parece?”

Sondeo. Uno de los métodos más eficaces para animar a un paciente a hablar de sus emociones es el de sondear realizando preguntas abiertas sobre ellas⁴⁴. El sondeo implica la realización de preguntas abiertas con el objetivo de vincular las experiencias emocionales con las sensaciones corporales. Pueden ser expresadas en forma interrogativa (“¿Qué siente cuando..?”, “¿Qué nota cuando siente...?”,) o directiva (“hábleme de lo que siente cuando...”). Estas preguntas ayudan a centrar al paciente en la clarificación y permiten orientar la conversación sobre sus emociones, reacciones corporales y sobre sí mismos en relación con sus problemas. No sólo es importante la estructura gramatical sino también el modo, evitando la impresión de un interrogatorio y teniendo en cuenta que no se trata de buscar respuestas correctas, sino de facilitar al paciente la exploración de la relación de sus problemas con sus reacciones corporales y las experiencias emocionales. Evite realizar muchas preguntas. Evite preguntar “¿por qué...”, ya que con frecuencia la respuesta es “no sé”. Del mismo modo, cuando se pregunta “¿cómo...?”, la respuesta suele ser “mal”. Si por el contrario se invita al paciente especificar y concretar, se delimita el ámbito de respuesta sin desviarse a otros temas no pertinentes:

“¿Qué siente cuando...?”

“¿Qué nota en su cuerpo cuando...?”

“¿Puede hablarme más sobre eso que le hace sentir...?”

Empatía. Dentro de las habilidades básicas para la clarificación de contextos personales que pueden condicionar el tratamiento, la empatía es una de las esenciales. Supone la capacidad para comprender el mundo de la otra persona y comunicarle dicha comprensión. Si bien se ha identificado la empatía con el parafraseo de los sentimientos y las experiencias del paciente⁴⁵ no todos los autores coinciden con esta definición y entienden la empatía como una actitud, un modo de sintonizar con las experiencias de la otra persona^{46,47}. De todos modos, una característica común a todos los autores supone entender la empatía como la capacidad de reflejar las experiencias y los sentimientos de las personas, bien mediante el parafraseo o la repetición. Supone la capacidad de sentir el mundo privado del cliente como si fuera el propio. También implica la capacidad de conocer lo que el entrevistado quiere comunicar. La empatía supone pues, la sensibilidad hacia los sentimientos de la otra persona y

la facilidad para comunicar su comprensión en un lenguaje ajustado a los sentimientos del entrevistado. No requiere, al contrario, puede ser contraproducente, compartir los sentimientos con él. Supone la apreciación y la conciencia de esos sentimientos y experiencias. Permite al propio paciente clarificar su propio discurso y con ello sus ideas. Permite también al profesional comprobar si su comprensión de las vivencias del paciente es adecuada y corregirla en caso de no serlo. Finalmente permite establecer un vínculo. Mediante el parafraseo, el profesional refleja los sentimientos y las experiencias del paciente indicando con ello que dichas emociones son reacciones normales y aceptables. Esta constatación alivia a los pacientes al validar su experiencia subjetiva.

El reflejo de las emociones puede basarse en diversas fuentes. Por un lado la propia expresión de los sentimientos de los pacientes expresados en forma parafraseada. Por ejemplo un paciente puede decir, *“me da una rabia enorme que los médicos me digan cada uno una cosa”*. El profesional puede utilizar otra expresión (p.e, *“furioso”* o *“enfadado”*) para reflejar el estado emocional. También debe prestarse atención al discurso del paciente. Aunque no se mencionen las emociones directamente, con frecuencia se desprenden de modo claro. Por ejemplo un paciente puede decir, *“no puedo con él, me dan ganas de coger el coche y pasar por encima de él”* *“... me dan ganas de decirle cuatro cosas”*, se puede reflejar indicando *“no le soportas y te enfurece”*. Del mismo modo una fuente importante son las expresiones emocionales no verbales manifestadas durante la entrevista. Así, tras notificarle el diagnóstico de una enfermedad grave el paciente queda callado y cabizbajo. El profesional puede comenzar: *“Le veo preocupado y afectado por lo que le acabo de decir”*. Cuando se identifican, clarifican y expresan las emociones, el paciente suele responder explorándolas con mayor detenimiento. Las emociones suponen una clave importante de nuestras experiencias cotidianas internas resultado de la interacción constante con nuestros semejantes o nuestro entorno. Con frecuencia son ignoradas, distorsionadas o reprimidas por ser consideradas inaceptables. En este último contexto las habilidades de comunicación desenmascaran problemas ocultos.

Al principio suele ser difícil identificar y reflejar con claridad las emociones y las experiencias desencadenantes. Las emociones desagradables suelen ser más frecuentes. Para facilitar su identificación en los ejercicios siguientes indicamos una lista de expresiones habituales en nuestro contexto sin pretender ser una lista exhaustiva. El inventario de situaciones naturalmente no abarca todas las posibles, pero puede ser de ayuda para sintetizar de modo claro y rápido un conjunto de experiencias relatadas por el entervis-

tado. En el capítulo 8.3 (respuestas sugeridas a los ejercicios), de la página 107 puede encontrar algunas sugerencias de respuesta a los ejercicios numerados del 3 al 10. No pretenden mostrar todas las respuestas posibles y pueden elaborarse otras formulaciones.

Se trata de orientaciones para invitar a terminar los ejercicios y practicar por cuenta propia el resto de los ejercicios.

Práctica de clarificación:

Ejercicio 1.

Para identificar las emociones, sensaciones y experiencias de sus entrevistados es conveniente familiarizarse con sus propios estados emocionales y las sensaciones corporales con las que se manifiestan. Trate de identificar las sensaciones y emociones que experimentó la última vez que se afectó o sufrió emocionalmente.

Cuando me afecto me pasa que...

No sé qué decir

Se me va el habla

Me quedo mudo

No me puedo quedar quieto

Me muevo, me inquieto

Tiemblo

Me muevo constantemente en la silla

Necesito hablar con alguien

Lloro

Suspiro

Me encierro, me aislo

Me meto en la cama

Me enfurruño

Callo

Grito

Amenazo

Cuando me afecto siento...

Calor por todo mi cuerpo

Calambres en la espalda

Calambres en las piernas

Me faltan las fuerzas

Agotamiento

Me duele el estómago

Me duele la cabeza

Se me sale el corazón

El corazón en un puño

Un nudo en la garganta

La cabeza se me va

La cabeza me da vueltas

Ganas de orinar

Me enciendo

Se me ensancha la nariz

Respiro intensamente

Respiro más aprisa



Cuando me afecto me siento...

Atrapado, sin salida	Relajado
Triste	Divertido
Asustado	Alegre
Aceptado	Entusiasmado
Cariñoso	Fuerte
Rabioso	Capaz
Atraído	Competente
Aburrido	Valiente
Harto	Importante
Confuso	Poderoso
Receloso	Orgullosa
Desconfiado	Preocupado
Culpable	Amable
Inferior	Obligado
Esperanzado	Culpable
Celoso	Enfadado
Rechazado	Violento
Repelido	Aburrido
Triste	Confuso
Alegre	Inseguro
Disgustado	Frágil
Asqueado	Cobarde
Avergonzado	Débil
Superior	Insignificante
Confiado	Inútil
Calmado	

En caso de dificultad, para caracterizar las experiencias y las respuestas emocionales puede resultar útil la clasificación mostrada a continuación según Brugha y Cragg⁴⁸.

Experiencias y acontecimientos vitales

- Despido del trabajo
- Problemas de finanzas
- Conflicto con familiar o amigo
- Enfermedad, lesión o agresión, propia o de un familiar
- Problemas legales
- Fallecimiento de familiar o amigo
- Divorcio o separación
- Ruptura de relación de pareja
- Ruptura con amigo
- Robos o atracos

Respuestas básicas

- Atrapamiento: sentirse sin salida, impotente, a merced de otro
- Duelo, pérdida: tristeza, pena por la pérdida de una relación, persona, posición
- Humillación: humillación o vergüenza por sufrir desprecio, menosprecio o abandono
- Amenaza: miedo ante el peligro de sufrir una amenaza a la salud física o la integridad moral de la persona

Ejercicio 2.

De la lista de acontecimientos vitales de la lista anterior identifique el último que ha experimentado usted del modo lo más concreto posible

Experiencia: (ej: *“me detectaron un nódulo en una mama”, mi pareja rompió y comenzó una relación con otra persona, mi jefe quería unas cosas que no podía abarcar*).

Identifique la emoción: (ej: *miedo, humillación, atrapamiento*)

Ejercicio 3.

Identifique la experiencia, la emoción y las sensaciones corporales del entrevistado que se manifiestan en el siguiente relato. Cuando las haya completado imagine que está haciendo un resumen utilizando la fórmula de resumen indicada para demostrarle al paciente que ha entendido su vivencia (respuesta sugerida en el apéndice IV).

“Mi novio me ha ayudado siempre, siempre me ha sacado cuando tengo un bajón, esta vez estaba harto de todo y él pasaba de mí. Siempre he sido fuerte, vivo con mi novio pero últimamente él había dejado de echarme una mano en la casa, le pedía que me hiciera caso, que cuando llegara de trabajar me hiciera la cena pero él no me ayudaba, y luego está la vecina... pero se me acumuló todo. Siempre intento ser fuerte y si me encuentro débil, lloro un poco y ya está. Se me junta todo. Ya no puedo más... me marean mucho, mi novio siempre me saca cuando me hundo un poco, siempre lo tengo al lado cuando me deprimó y siempre me anima y me saca, me hace ver que hay ciertas cosas que no son como yo las veo, que se puede ver de otro modo, pero yo no puedo evitar ser como soy, me afecté mucho cuando llegó, no me contestaba, y no reaccionaba a mi silencio, me hundí.”

Experiencia _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Fórmula de resumen: *Si no le entiendo mal se siente... (sentimientos, emociones,) porque... (experiencia).*

Ejercicio 4.

Identifique la experiencia, la emoción y las sensaciones corporales de este entrevistado. Finalmente haga un resumen utilizando la fórmula indicada en el modo en que se lo manifestaría al paciente (respuesta sugerida en el apéndice IV)

“Pues vine de urgencias, estaba nerviosa, no podía parar, no podía estar parada, me puse a llorar en casa, me puse a llorar y no podía parar, en el trabajo estaba aguantando, me centraba en lo que tenía que hacer y podía pasar, pero cuando llegué a casa me puse a llorar, me acosté en la cama, me ahogaba, y mi familia me preguntaba que qué me pasaba y yo les decía que no lo sabía, por no decírselo a ellos, porque ellos no lo entienden, no entienden que no lo supere, no puedo superar que él haya empezado con otra, llamé a mi ex y le dije que me ayudara ... y me dijo que me fuera al médico. Le dije a mi padre que me llevara, que no podía más, quería encontrarme mejor y vine a urgencias.

Experiencia _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Fórmula de Resumen: *Si no le entiendo mal se siente... (sentimientos, emociones, vivencia) porque... (experiencia).*

Ejercicio 5.

Este es un diálogo acerca de los motivos de consulta, las soluciones encontradas por la entrevistada y la respuesta profesional. Indique las emociones y la experiencia iniciales así como las emociones y la experiencia en relación con el encuentro con el profesional (respuesta sugerida en el apéndice IV)

“La verdad es que falleció mi padre y me encontraba mal. Abatida y también irritable. Molesta. No sabía muy bien el motivo y pensaba que si hacía una reforma en casa me encontraría mejor. Pero después me encontré igual. Estaba apática y la reforma no me había animado.

-¿Cómo se te ocurrió esa solución de la reforma?

-No sé, por tener una salida.

-¿Cómo fue lo de recurrir al médico para solucionar esto?

-Al ver que no me animaba me vine al médico. Le comenté lo que me ocurría, y le pedí que me diera una solución. Si vienes al médico tienes algo... pues el médico te tiene que mandar algo. Cuando hablo con mi hermana me desahogo. Pensaba que tal vez hablando con mi médico me pasaría lo mismo pero el médico me dijo que tal vez con las pastillas podría encontrar una solución y me dio paroxetina”.

Experiencia _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Fórmula de resumen: *Si no le entiendo mal se siente... (sentimientos, emociones, vivencia) porque... (experiencia).*

Ejercicio 6.

(Respuesta sugerida en el apéndice IV).

“Tengo un hijo separado hace 10 años. Mi marido lo tiró de casa, no tenía trabajo y la policía lo cogió. Tres años en la cárcel, siempre me he sentido culpable por eso, y ahora está en mi casa, mi hija lo ataca, mi marido también y él... no pueden hablar y si hablan se enfrentan y los fines de semana desaparece, gasta mucho y se droga los fines de semana. Tengo miedo por ser la culpable, por no decirle lo que debo decirle. Cada uno me dice una cosa y no tengo en quien desahogarme y quisiera mandarlo todo a hacer gárgaras, pero no me puedo quejar a nadie porque entonces se arma la de San Quintín. He sido fuerte y lo he soportado todo, pero ya no puedo más. ¿Por qué me hace esto mi hijo? No sé si hago bien o mal, tengo dos nietos en casa, mi marido se enfada y dice cosas que no debe decir delante de ellos, pero yo lo que necesito es desahogarme.

-Qué nota cuando se desahoga?

-Que se me ensanchan los pulmones. Me voy a casa de mis cuñadas y ellas me escuchan y no me atacan... me siento que no lo hago tan mal, tan mal ...como que ya no me siento culpable.

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque ... _____

(experiencia)

Ejercicio 7.

(Respuesta sugerida en el apartado IV)

“Me encontraba mal, nerviosa y alterada. Cuando veo a mi suegra y a mi cuñada me atacan... la familia de mi marido... y últimamente es siempre seguido. Me daban pinchazos, me encontraba mal, me ahogaba, pensaba que eran nervios. Tengo un soplo y me daban miedo los dolores. Le comenté al médico lo que me pasaba y me dijo que notaba ansiedad y principios de depresión. Me auscultó y me dijo que me notaba así. Mi suegra me ataca, habla mal a las vecinas, no ha parado y ahora mi cuñado se alía con ella. Me dicen “puta”, me insultan. Le comenté al médico que me encontraba mal.”

Identificación:

Experiencia _____

Sentimiento _____

Sensación corporal _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque ... _____

(experiencia)

Ejercicio 8.

(Respuesta sugerida en el apéndice IV)

“Se me agolpan las cosas en la cabeza, todos los recuerdos, y tenía ganas de tirarme por la ventana. Me llevaron al hospital y se presentó una psiquiatra, tenía prisa y cuando alguien tiene prisa sabes que cuanto antes mejor, yo habré lo pasado lo que he pasado, pero sabes cuando alguien tiene prisa y cuanto antes mejor, no soy tonta y sé cuando la otra persona quiere terminar pronto.”

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque ... _____

(experiencia)

Ejercicio 9.

(Respuesta sugerida en el apéndice IV)

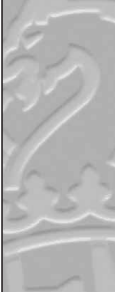
“Estoy nerviosa y me meto con mis hijos, me dicen cosas y no las admito. Mi marido me dice que tengo que admitirlo y yo no puedo admitir que mi hija y su novio duerman juntos. Pongo de mi parte, pero luego ya no puedo aguantar más de unos días, y luego, cuando exploto, ya no soy nadie, tengo unos nervios que no me aguantan.”

-¿Por qué decidió ir al médico?

-Tenía discusiones y en casa me dijeron que o me arreglaba el coco o que se marchaban, se marchaba mi hija. La verdad es que como molesto me han dado ganas de marcharme yo de casa,

-¿Qué le dijo a su médico de familia?

-Se lo expliqué y me mandó unas pastillas que me sentaron fatal”.



Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio 10.

(Respuesta sugerida en el apéndice IV)

“En el periódico había leído que habían terapias para dejar de fumar, quería saber si había sitios, charlas de autoayuda para aprender a defenderte a actuar, soy fuerte, pero desde que empecé en este trabajo, estoy mal, tengo miedo a perder el trabajo y no me gustaría tener que dejarlo. El encargado es un cabrón, le digas lo que le digas se vuelve contra ti, siempre eres el culpable de todo. Yo venía por el dolor en el pecho y el dolor en el brazo izquierdo, me dijo que era del estrés y del tabaco, me dio una pastilla para los nervios y un respirador. No me explicó nada, no me dijo nada, solo me dio un papel cuando le dije que si sería de los nervios, me dio una hoja y dijo “baja y entrega esto a ver si te ayudan”. Era un volante para Salud Mental.

-¿Qué pensaste?

-Me asusté, pensé: ¡A dónde he ido a parar!

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio 11.

“Mi trabajo es mío... si no estuviera capacitada... pues que me tiren, pero no quiero buscarme la ruina. Si no puedo estar pues no estoy, que me despidan, tengo el contrato indefinido, si creen que no estoy capacitada que me despidan. Se lo hago todo pero me está haciendo un acoso en el trabajo, todos los días llorando en el trabajo, todos los días salgo llorando, no tengo problemas para trabajar, he hecho de todo, lo que tengo es mío, no porque me digan que durante el último año no soy la misma, pero es que ahora me tienen agobiada. Me gustaría darme de baja un par de meses a ver si coge a otra y se desengaña. Me dicen que soy mala porque hago esto. Todo esto me ha puesto muy mal. Fui al médico. Cogí una depresión de caballo, con ansiedad, no podía meterme en el autobús. Tenía ansiedad. Ansiedad en los mercados y también en casa. Llegué a pensar que se me cruzaban los cables. Me encontraba en un callejón sin salida, querían que me fuera del trabajo, sin lo mío, sin lo que me corresponde. Le dije que me despidieran y que me dieran lo mío, pero ellas no se saldrán con la suya, porque eso me lo he trabajado yo y me lo sigo trabajando. Ella hará todo lo posible para despedirme, y de momento no me queda otra solución que darme una baja. Quiero estar unos meses de baja hasta que me despidan. La baja es la única defensa que me queda. No me quieren dar paro, ni despido. Yo no me he dejado el pellejo durante estos años para nada, si estoy dos meses de baja ya se irán cansando y entonces me despedirán. Yo quiero salir con la cabeza alta y quiero que esta tía me valore, que sepa que no puede jugar conmigo. Si ellos me joden pues yo a ellos también, ya se cansarán y me despedirán, pero quieren que me vaya y quedarse con lo que es mío.”

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio 12.

-¿Qué te trae de urgencias?

-Yo lo que quiero es solucionar... ayer exploté, no sé solucionar lo mío y lo pagan otros. Este señor, mi jefe, me hace la vida imposible, me busca la ruina, me vuelvo loco, he sentido miedo porque me pongo muy agresivo y podría fastidiar a alguien, la presión de mi jefe es muy alta y ayer todo explotó, me intentaron hacer un expediente y exploté, ya no puedo más, ya es la tercera sanción injusta, he estado a punto de pegarle. Me quiero ir de la fábrica, pero cuando me den lo que es mío. Nos putea, me toca mi personalidad, mi carácter, mi mujer lleva tres años diciéndolo y yo le decía que no lo necesito. Tengo que cambiar de puesto de trabajo. Me mete sanción por lo del calzo, van detrás de mí.

-¿Cómo empezó todo?

-Todo empezó cuando empecé a negarme a hacer lo que ellos querían pero iba contra la ley, querían que hiciera cosas ilegales.

- Parece que esto te está afectando.

-Sí. Soy de carácter, y me dan ganas hasta de pegarle a mis amigos, estoy muy irritable, impotente.

-¿Crees que has cogido una depresión?

-No. Estoy bien, estoy sano, estoy fuerte y confío en mí mismo. No tengo depresión, pero me asusta caer en una depresión. Sé que estoy bien y que no estoy loco, estoy luchando, voy al gimnasio, si me hundo se hunde mi familia y no quiero perder la confianza en mí mismo y mi familia no se merece esto.

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio13.

“Lo tenía muy mal, tenía que contratar a una chica y no podía llegar a todo y luego tenía nervios y no podía dormir y luego temblaba, y veía que no podía más. El médico me dijo que estaba a punto de darme un infarto y que lo llevaba dentro, lo llevaba desde hacía un año.

-¿Fuiste al médico?

-Sí. Me dijo que lo llevaba arrastrando todo desde hacía tiempo, que no es pasajero y que podía llevar años y que todo salía ahora y me dijo que tenía que llevar el tratamiento (diazepam) cuando me diera la taquicardia para que me calmara. Me dijeron que me llevarían los de la mutua, y me tocó ir allí y el psiquiatra sólo se preocupaba por darme el alta. Yo lo tenía todo muy guardado... en mi matrimonio no era feliz, lo había guardado para mí, hasta que mi hermana se divorció. Entonces fue cuando me dio a mí. Se separó y yo cogí eso como una máscara, como una excusa para justificar lo mío, yo no quería reconocer que no era feliz, no quería que se supiera que no era feliz. Lo que me pasaba, que se me aceleraba el corazón. Llevaba cosas dentro, me las tragaba y luego me salían, me salía un nerviosismo por

dentro, era enorme. Me dijeron que era ansiedad y me mandaron tranquilizantes, pero también me pasaba el día llorando y me dijeron que era casi una depresión y tuve que afrontar el hecho de que no era feliz y entonces tuve una depresión. Al final decidí que me separaba.

-¿Porqué no lo decías?

-No quería hacerle daño a nadie. No estoy acostumbrada a ello. Siempre me han educado para que no haga daño a nadie y a sacrificarme por los demás. No quería hacerle daño a mi marido y cuando veía que no era feliz simplemente trataba de quitármelo de la cabeza.

¿Qué esperabas del médico?

-Nunca he pedido ayuda. Sólo le pedía al médico... quería ayuda, quería hablar, quería ayuda, estaba decidida a hablar pero no me escuchaba. Lo único que yo quería era compartir lo que me pasaba. Nunca lo había hecho. No sabía si era lo normal y no me atrevía a decir nada, vas buscando algo y no sabes qué. En principio no quería decidirme, pero luego buscaba a alguien que me animara a decidirme.

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio14.

"Le pedí al médico de venir, me dio miedo, si me dura un poco más me tiro por la ventana, se lo decía a la doctora y no le decía mucho porque estaba mi marido, y no quería hacerle daño. Mis padres con 80 años se-

parados hace 3 años, mi madre no le aguanta, no acepta que lo estemos cuidando. Mi madre no me habla. Pasa por mi lado y no me habla, me insulta. Mi padre era un maltratador, siempre ha machacado a mi madre, pero ahora tiene 80 años y hay que cuidarlo en contra de lo que piensa mi madre, y en contra de lo que pienso yo misma.

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio 15.

“Yo iba con gente de más dinero, con trabajo, quería estar a su nivel, al de mis amigos de toda la vida. Hasta ahora venía trabajando en contratos temporales. Ellos tenían un buen nivel económico, yo quería dinero, quería tener dinero en el bolso y poder estar a su altura. Vivía con mi novio, pero tenía miedo a que no me viera de este nivel que yo quería. Cogía el dinero y me lo gastaba en perfumes, en ropa. Ha sido un caos y todavía hago lo mismo. Estoy aquí por mis padres. Me dijeron que cambiara, que hiciera mi vida o que cambiara. Tengo ganas de cambiar, pero hay algo que me lo impide es como si tuviera rabia contra la situación. Creo que tiene que ver con mi infancia, Desde pequeña siempre he sido la mimada, tengo un soplo y siempre me han cuidado de una forma especial. Ahora cuando hago las cosas mal me arrepiento. Están pagando un préstamo de dos millones por mi culpa. No sé cómo he llegado a esto.”

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio 16.

“Hace cinco meses fui al médico y me dio sertralina y lorazepam y no me termino de encontrar bien. Sigo estando nerviosa, tengo ansiedad, sudo, me despierto con dolor de cabeza, siempre tengo algo y no puedo estar normal, no puedo hacer una vida normal, tengo temblores y estoy nerviosa. Antes era una persona sin problemas, hacía cosas difíciles incluso por montaña, me marchaba a escalar, ahora soy distinta estoy insegura especialmente si viene alguien. Tengo mucho miedo a no poder controlar esto”.

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio 17.

“Tenía un acoso psicológico en el trabajo. Tenía un estado psicológico desesperado y nadie me solucionaba nada. Mi supervisora me perseguía, me seguía a todas partes, me hacía expedientes y así estuve un año o más. Antes podía tener algunos miedos, pero yo podía con todo, me podía controlar. Esta es la primera vez que estoy de baja. Porque ya no podía más. Me tenía que parar en el arcén del metro cuando iba a trabajar. Me ponía descontrolada. Todos los días sigo teniendo a esa mujer, y sobre todo el hecho de que la empresa y todo el mundo lo permita... y si vuelves... pues me despedirán, y no me han renovado el contrato. Llevo varios años contratada con contratos de varios meses y esta vez no me lo han renovado. Supongo que todo esto es del trabajo, podría haberlo afrontado de otra manera, tal vez me quedé sumisa y podría haberlo afrontado de otra manera.

-¿Qué te dijo la doctora?

-Le hablé de mi problema y me dijo que lo que me pasaba se relacionaba con el caso, con el trabajo. Me dijo “vamos a hacer el tratamiento y dentro de unos meses veremos”.

-¿Qué te dijo que tenías?

-Depresión. Que tenía una depresión.

-mmm...

-No sé, yo no era la misma, no tenía ganas de hablar o de salir, no estaba normal, entonces entendí que era cierto que tenía una depresión.

-¿Cómo te sentó?

-Mal. Uno va oyendo cosas... Nunca me hubiera imaginado esto. Tiene mala fama eso de ser depresiva, ya no sabes... te ves sometida a un tratamiento para toda la vida. La gente cree que ya no sale o vuelve a caer. Por eso le pregunté si creaba hábito. Yo quiero curarme y no ser una enferma para siempre. Por lo que oyes y ves de la gente que está así... espero que sea pasajero, no sé si esto es psicológico o tengo algo en la cabeza. Si te duele la cabeza y te dan aspirinas... me planteo si tengo una lesión, o que no me fluye la sangre ... Puede que tenga mi sistema nervioso mal, a veces no me controlo, me pregunto si mi sistema nervioso tiene algún problema, dudo por si ha llegado el momento en que mi sistema nervioso está afectado. He pasado situaciones que me hacían estar mal, a consecuencia de las presiones psicológicas se ha descontrolado y no lo puedo dominar

como antes. A pesar de que las situaciones eran fuertes nunca antes había tomado nada, siempre lo había superado todo. Me asusta que esto vaya a más, y hay médicos que dan la medicación sin ver el problema.

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)

Ejercicio 18.

“El médico me dijo que tengo una depresión

- ¿Qué es para ti una depresión?

- La palabra depresión, la has visto, la oyes. Has visto gente... no me gustaría estar en una depresión, no me gustaría estar en ese lugar, esas personas se convierten en desequilibrados y no son normales.

- Qué es una depresión?

- Lo que me pasa... no te apetece nada, me enfado, me irrito, no tengo ganas de nada. Conozco a uno que tiene depresión y está siempre ausente. Cuando la doctora me lo dijo no me gustó, no quiero ser como mi vecino, no me veo igual, pero necesitaba ayuda y últimamente me sentía mal y no veía soluciones. No encontraba mejoría. Tuve una esperanza de que me encontraría mejor viniendo al médico.

- Pero tú sabías que eran problemas en el trabajo...

- Si al final ves que con el médico.. cada día es distinto y no pueden seguir el asunto. No quiero aceptar que necesito ayuda psicológica, quiero ser una persona normal.

- ¿Normal?

- Normal es que no necesites pastillas, ni que nadie te ayude a superar nada a nivel personal o laboral. No me gustaba tener que aceptarlo, significaba algo profundo, que tenías dañada tu persona, tu control, tu verdadero yo.

- ¿Algo así como ser débil?

- Como si de repente algo no funcionara y no sabes si volverás a ser la de antes.

- Cuéntame cómo fue tu encuentro con el médico.

- Me sugirió que cogiera la baja. Yo le expliqué lo que pasaba, me puse a llorar y me dijo que necesitaba la baja para alejarme de ello, la medicación haría que me sintiera más fuerte y me podría enfrentar y que pasaría todo, los temblores, los nervios, el miedo a conducir, el dolor de cabeza, todo desaparecería.

- Qué pasó luego?

- Llego un momento en que te sientes peor, no puedes levantarte, piensas que no están tratando bien el problema o que no van a seguir nunca. No puedo seguir así, no puedo trabajar así. No podría enfrentarme a nada, no puedo enfrentarme.

- No puedes enfrentarte a nada. ¿Qué piensas de ti misma?

- Me veo mal, ya no soy fuerte ahora, ya no soy la persona fuerte de antes”.

Identificación:

Experiencia: _____

Sentimiento: _____

Sensación corporal: _____

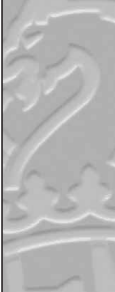
Resumen:

Si no le entiendo mal se siente... _____

... (sentimientos, emociones, vivencia)

Porque... _____

(experiencia)



Ejercicio 19

Copie esta hoja, déjela encima de la mesa de su despacho. Intente aplicarla al menos con un paciente al día.

Si no le entiendo mal, usted nota... (sensación corporal)

y se siente... (emoción)

porque ... (experiencia)

4.2. LA CLARIFICACIÓN DE LA MOTIVACIÓN Y CONTEMPLACIÓN DE CAMBIO

No resulta infrecuente que a pesar de todo, tras clarificarse la relación entre los tres componentes indicados (experiencia, sensación corporal y emoción), el paciente no contemple la posibilidad de cambio. En lugar de forzar a tomar un compromiso con pocas posibilidades de éxito, resulta más conveniente seguir explorando los motivos de la resistencia al cambio preguntando acerca de los inconvenientes que percibe, o si el precio que está dispuesto a pagar por ello le compensa. No olvide tampoco valorar las posibles ventajas no manifiestas de permanecer pasivo sin tomar una decisión. Podemos introducir algunas formas de preguntar que favorezcan la motivación sin forzar la decisión, algunas de ellas ya introducen al sujeto en las etapas posteriores del proceso de ayuda. Recuerde que cualquier decisión forzada tendrá muy pocas posibilidades de éxito siendo imprescindible para conseguirlo un compromiso libre y activo por parte del paciente.

“Parece que tiene dudas y no está seguro sobre si resulta conveniente realizar un cambio. ¿Puede hablarme más de ello?”

“¿Cuáles son las ventajas de seguir como está?”

“¿Cuáles son los inconvenientes de seguir como está?”

“¿Qué precio tiene que pagar si cambia?”

“¿Qué precio tiene que pagar si no cambia?”

No se sorprenda ante la resistencia del paciente o incluso ante la negativa a querer cambiar. Algunas personas prefieren los inconvenientes de su situación actual. Pese a todo es posible dejar una puerta abierta a un cambio de perspectiva y ofrecer una ayuda condicionada a la voluntad de dicho cambio. En otros casos las situaciones son inevitables o los

problemas irresolubles. No obstante la fase completada en este momento tiene una utilidad elevada pues el conocimiento y la clarificación permiten la aceptación de los inconvenientes, de los factores inevitables y también la determinación de los límites de la ayuda profesional. Aquí, la clarificación final de que el paciente sufre malestar emocional y no disfunciones orgánicas sigue resultando útil.

“De todo lo que me ha comentado se desprende con claridad que sus dolores de cabeza y su ahogo se deben a la preocupación y la tensión que sufre a causa de sus problemas y parece que en el momento actual los inconvenientes de cambiar su situación son elevados y el precio que tendría que pagar no le compensa. Si en algún momento considera la posibilidad de que un cambio podría compensar, existen formas de ayuda para ayudarlo a hacerlo”.





CAPÍTULO 5



**SEGUNDA FASE:
EL ACUERDO
TERAPÉUTICO**

5. SEGUNDA FASE: EL ACUERDO TERAPÉUTICO

5.1. LA ALIANZA TERAPÉUTICA, EL COMPROMISO ACTIVO Y EL ESFUERZO MUTUO

Luborsky⁴⁹ y Bordin⁵⁰ elaboraron una reformulación del concepto de alianza terapéutica, sugiriendo que una buena alianza es un prerrequisito indispensable para el cambio en todas las formas de psicoterapia y la conceptualizaron en tres componentes: **tareas** (las actividades concretas que el paciente debe realizar para beneficiarse del tratamiento), **metas** (los objetivos que se pretenden conseguir) y **vínculo**, es decir la conexión entre el paciente y el profesional que influye en el grado en que el paciente y el terapeuta son capaces de negociar acuerdos sobre las metas y los métodos para conseguirlo. En la relación entre el profesional y el paciente existe un vínculo que establece una comprensión y una conexión entre dos personas, pero a diferencia de una relación de amistad, en la relación de ayuda profesional existen tareas y metas concretas para conseguir un objetivo mediante un compromiso activo por ambas partes. La investigación sobre psicoterapia ha descrito la relación terapéutica como uno de los principales predictores de la respuesta a la psicoterapia y al tratamiento psicofarmacológico en los trastornos psiquiátricos leves y moderados^{51,52,53,54}.

Con frecuencia el acuerdo terapéutico se produce, pero de modo ambiguo. Es mejor que sea claro y explícito en lugar de implícito, pues en este último caso los malentendidos o la imposibilidad de gestionar adecuadamente el tiempo impedirá un progreso adecuado. El acuerdo puede especificarse por escrito. Aunque habitualmente no es necesario, es suficiente con que el profesional lo escriba en su historia y lo lea en voz alta para comprobar el acuerdo por parte del paciente.

Dos objetivos fundamentales deben tenerse en cuenta en la elaboración de la alianza terapéutica: construir una relación interpersonal y obtener un compromiso activo por parte del paciente, participando en la toma de decisiones mediante acuerdos y con una gestión adecuada del tiempo por parte del profesional. Se ofrece un marco de intervención proporcionando asistencia en un proceso organizado, no caótico, ni tampoco improvisado.

El acuerdo se maximiza cuando el profesional es experimentado, se proporciona confianza, aceptación, colaboración, conocimiento y respeto proporcionando un ambiente seguro. Se optimiza si previamente se informa

al paciente de la duración del tratamiento, de los roles y actividades que se esperan durante el curso de la terapia, se comprueba el acuerdo y la comprensión de las reglas sin forzar al paciente y se informa e instruye al paciente sobre las expectativas de ayuda y las posibles respuestas

1. ¿Qué puede esperar del profesional?
2. ¿Qué no puede esperar?
3. ¿Cuánto tiempo se dedicará y de qué modo?
4. ¿Qué sucede si se falla a una cita?
5. ¿De cuánto tiempo se dispone?

Para clarificar los roles y tareas puede comenzar con las siguientes preguntas

“-¿Qué espera de mí? ¿Cómo piensa que puedo ayudarle?”

En este momento surgen las concepciones de los modos de ayuda entendidos por los entrevistados, con frecuencia se fundamentan en distorsiones extraídas de fuentes como el cine o el testimonio de amigos pero sin base realista sobre los procesos de ayuda.

Ejemplo:

“No sé, que me diga lo que tengo que hacer, que me de un consejo, usted es el experto, no sé, que me escuche y yo me pueda desahogar”.

En ocasiones puede ser necesario clarificar cuál no es el papel del profesional y la existencia de un posible modo de ayuda no contemplado por el entrevistado

“No soy la persona indicada para decirle lo que tiene que hacer. No estoy en su situación y no seré yo quien viva las consecuencias positivas o negativas de la decisión tomada. Pero existe una forma de ayuda en el que a lo largo de alrededor de seis sesiones de 20 minutos de duración puedo ayudarle a que usted encuentre formas de abordar el problema de un modo más adecuado. ¿Qué le parece?”

En ocasiones esta respuesta desconcierta a los entrevistados, pues no suele entrar dentro de sus expectativas iniciales y se precisa clarificar más.

“Se trata de un proceso de ayuda de seis sesiones en las que los dos trabajamos juntos. Yo le entrenaría en un método para que usted mismo resolviera el problema que me ha estado indicando y con ello mejorar el malestar emocional. Yo no le puedo decir lo que tiene que hacer pero puedo

ayudarle a que usted encuentre y aplique soluciones adecuadas a su situación. ¿Qué le parece?”

Ofrecemos los roles y las condiciones de ayuda.

“Si está de acuerdo quedaremos seis sesiones de 20 minutos de duración. En caso de no poder acudir necesito que me avise de algún modo indicándome su indisposición pues si no se recibe aviso anulamos las consultas siguientes. El proceso de ayuda supone acudir a las consultas y tratar de aplicar las conclusiones obtenidas. ¿Qué le parece?”

En algunos casos el entrevistado no contempla esta posibilidad de ayuda y en ese caso ofrecemos el proceso de ayuda de un modo abierto, sin forzar pero a la espera de un compromiso claro.

“Veo que tiene dudas. Si en algún momento dispusiera de condiciones para acudir a las citas y dedicar tiempo a aplicar los resultados de las consultas iniciaríamos el plan de ayuda. Mientras tanto esperaré.”

5.2. COMPROBACIÓN DEL ACUERDO Y DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO

Es importante recordar el modelo de cambio indicado en el apartado 3.1 y sus etapas de precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. Para aplicar el plan de trabajo conviene comprobar si el acuerdo establecido está claro y si el paciente mantiene un compromiso activo. Realice un resumen del acuerdo y pregunte al paciente sobre su disposición a realizarlo.

“En nuestra última consulta vimos que sufría un malestar emocional ocasionado por problemas. Acordamos realizar una serie de sesiones con el fin de elaborar unas soluciones y un plan para llevarlas a cabo. Acordamos que yo le orientaría sobre los pasos y las alternativas que usted irá decidiendo. Habíamos quedado hoy en comenzar. ¿Le apetece intentarlo?”

No se sorprenda si después de haber realizado un acuerdo terapéutico y acordado un número de sesiones de trabajo, el paciente no se encuentra decidido o no tiene claro todavía su papel y el acuerdo terapéutico no está tan claro como parecía. Con frecuencia la fase de precontemplación y contemplación requieren tiempo para reflexionar sobre la conveniencia del cambio y depende totalmente del paciente si decide realizarlo. En este momento el papel del profesional de atención primaria es el de evaluar la disposición y el compromiso del paciente sin inducir o forzar la decisión de cambio.

“No parece muy seguro sobre la posibilidad de cambiar... Qué me dice de ello?”

“Parece que hay alguna razón importante que le impide intentar un cambio. ¿Puede hablarme más de ello?”

“¿Qué se le pasa por la cabeza cuando hablamos de cambiar? ¿Qué siente?”

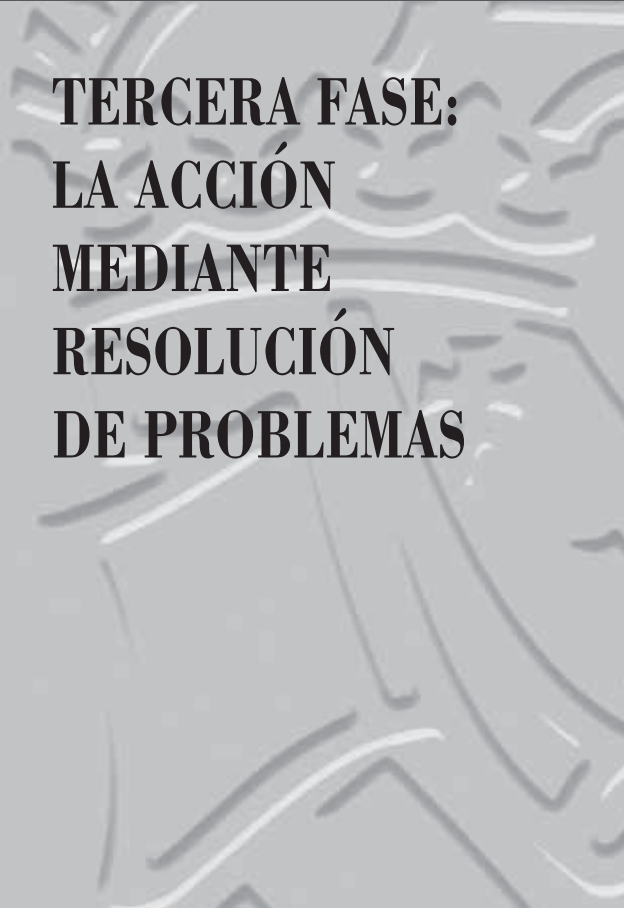
Desde la perspectiva del paciente pueden existir razones suficientes para considerar imposible un cambio a la vez que manifestar quejas u otras formas de solicitar ayuda. No se sorprenda si el paciente decide mantenerse en la situación actual sin realizar cambios y piensa que el precio a pagar por ello no compensa los posibles beneficios. El objetivo final del profesional de atención primaria no es decidir la mejor vida u opción posible para el paciente sino en ayudarlo a que tome sus propias decisiones. Escoger no cambiar puede ser una decisión tan válida como la de hacerlo y en este caso se puede encuadrar el sufrimiento emocional como un precio, inconveniente o circunstancia temporal asumidos consciente y libremente por el paciente. En todo caso, siempre es importante evitar caer en juzgar o condenar la resolución del paciente incluso cuando no parezca adecuada desde el punto de vista del profesional.

Ejemplo:

“Si no le entiendo mal veo que sufre a diario por el trato que le dispensa su familiar, pero parece que se sentiría peor si tomara finalmente la decisión de separarse. El precio no le compensa. Indíquemelo si en el futuro se cumplieran las condiciones para que pudiera ayudarlo y elaboraríamos un plan”.



CAPÍTULO 6



**TERCERA FASE:
LA ACCIÓN
MEDIANTE
RESOLUCIÓN
DE PROBLEMAS**

6. TERCERA FASE: LA ACCIÓN MEDIANTE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

“Hay ciertas cosas que dependen de nosotros y otras que no. Dependen de nosotros la opinión, las inclinaciones, el deseo, la aversión y en definitiva todo lo que son nuestros propios actos. No dependen de nosotros el cuerpo, las riquezas, la reputación, los cargos y, en definitiva todo lo que no son nuestros propios actos...si crees que es tuyo lo que depende de otros encontrarás impedimentos, te lamentarás, te sentirás turbado, censurarás tanto a los dioses como a los hombres... examina según este criterio: si tiene relación con las cosas que dependen de uno mismo o con las cosas que no dependen de uno mismo... Quien quiera ser libre que no quiera ni evite nada que dependa de los demás; si no observa esta norma será un esclavo”. (Epicteto. Enquirdion)

El componente más importante de esta tercera fase de Acción se fundamenta en la Estrategia de Resolución de Problemas, derivada de las teorías psicológicas de resolución de problemas. D’Zurilla y Goldfriend⁵⁵ elaboraron una estrategia de ayuda para la resolución y manejo de problemas emocionales y de relaciones personales demostrando su utilidad ya desde los años 70 y 80 del siglo pasado. En los años 90 y durante la primera década de este siglo se ha demostrado consistentemente su eficacia y su eficiencia en el abordaje de la depresión menor y la ansiedad mediante ensayos clínicos, también en el ámbito de la atención primaria, aplicada tanto por parte de médicos como de otros profesionales sanitarios^{56,57,58}. La intervención sigue los siguientes pasos:

Pasos de la fase de Acción Mediante Resolución de Problemas
<ol style="list-style-type: none">1. Explicación del tratamiento y sus fundamentos2. Reatribución e identificación del problema3. Establecimiento de metas4. Generación de soluciones5. Evaluación y elección de soluciones6. Aplicación de soluciones7. Evaluación del resultado
Duración de las sesiones: 20-30 minutos Número de sesiones: 5-6 sesiones

Como con cualquier otra forma de intervención es importante que el paciente comprenda adecuadamente el fundamento de la intervención y el modo en que les ayudará. Para ello debe dedicarse un tiempo a proporcionar una información completa sobre ello. También deberá realizarse una síntesis de la información obtenida en las fases de clarificación y acuerdo terapéutico.

Con frecuencia conviene realizar un proceso de reatribución de modo que la experiencia de malestar corporal sea entendida como una reacción emocional dentro de la normalidad y no necesariamente una manifestación de enfermedad. En este sentido, el profesional deberá también actuar como educador proporcionando información, utilizando un lenguaje adaptado a las condiciones de cada paciente. Es importante tener en cuenta que no por más información proporcionada el paciente recordará más o mejor. En lugar de agobiar al paciente con multitud de datos o referencias resulta aconsejable proporcionar información adecuada y sencilla comprobando a continuación que se ha comprendido lo esencial como para poder llevar a cabo el plan de terapia previsto.

“La terapia que vamos a desarrollar en los próximos días es una intervención de ayuda que se ha demostrado útil para aquellas personas que experimentan un sufrimiento emocional debido a problemas que se experimentan en la vida diaria. Es decir, se aplica cuando se producen reacciones emocionales intensas o persistentes. Al ser desagradables originan malestar y se manifiestan con frecuencia en forma de malestar corporal. Si se resuelven o mejoran los problemas, el malestar se reducirá o incluso desaparecerá.”

Algunos pacientes aceptarán de buen grado la propuesta de terapia mientras que otros habrán experimentado otras terapias, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas. O bien puede que estén influidos por una concepción de los procesos de ayuda en que el paciente se identifique con el rol de paciente pasivo que responsabiliza al médico de su bienestar. En este caso debe llevarse un proceso de educación del paciente sobre el fundamento de la intervención, la concreción de las tareas de cada rol, y la clarificación de las expectativas distintas formas de ayuda, los límites de la medicación y el papel del profesional. Finalmente una pregunta abierta permitirá clarificar comprobar que el paciente ha comprendido y asumido la duración y el papel de cada uno así como el fundamento de la intervención.

“Así pues, la terapia que vamos a emprender es un proceso de ayuda en el que mi tarea será la de organizar y programar un plan que le ayude a encontrar y aplicar respuestas. Su tarea será la de encontrar unas respuestas razonables y aplicarlas. Siempre existe la posibilidad de equivocarse, pero siempre será menor si organizamos nuestras ideas y acciones conforme a una forma que reduzca los errores al mínimo posible.

¿Qué opina?”

O bien:

“Vamos a trabajar juntos en una terapia. Mi tarea será la de ayudarle a que usted mismo encuentre el modo más adecuado de resolver sus problemas. La suya será encontrar y aplicar las respuestas a sus problemas. ¿Qué opina?”

6.2. REATRIBUCIÓN PERSONALIZADA E IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

La educación suele ser más eficaz cuanto más personalizada se realice, así pues, resumir la información obtenida en las etapas anteriores proporciona una nueva oportunidad para reafirmar las bases del contrato terapéutico y además educar al paciente sobre la naturaleza emocional de su malestar atribuyendo sus reacciones corporales a las vivencias y las emociones experimentadas.

“Usted comentaba que debido a problemas de... (especificar la experiencia) se sentía... (especificar las emociones) ello le llevaba a notar... (especificar las manifestaciones corporales de las emociones). ¿Es así?”

En este punto del proceso resulta útil la hoja de formulación mostrada a continuación. Permite comprobar que el paciente y el profesional comparten la misma visión del proceso y por lo tanto pueden trabajar conjuntamente en la resolución del problema y con ello en el malestar emocional y las molestias corporales acompañantes.

Ejemplo: Tras una sesión de clarificación el profesional llega a la siguiente formulación:

“Si no le entiendo mal usted con frecuencia se encontraba con las disputas entre su marido y su hijo, como consecuencia de ello sentía miedo y se sentía atrapada en un callejón sin salida. Todo ello se traducía también en forma de palpitations, aceleración del pulso y sensación de ahogo. ¿Es así?”

Hoja de Formulación		
Problema-Experiencia	Malestar Emocional	Malestar Corporal
<i>Disputas entre mi marido y mi hijo</i>	<i>Miedo, atrapamiento, tristeza</i>	<i>Falta de fuerzas, palpitaciones, sensación de ahogo</i>

Al final de esta etapa el paciente deberá tener una idea clara del fundamento del tratamiento y el modo en que se aplicará. Ambos, profesional y paciente, tendrán una comprensión adecuada de la relación entre los problemas, las experiencias las reacciones emocionales y las sensaciones corporales. Además, habrá quedado clarificado que el proceso de ayuda tendrá una duración de alrededor de 6 sesiones, se centrará en la elaboración y aplicación de estrategias que permitan resolver problemas y con ello aliviar el malestar emocional y finalmente, que el paciente se compromete a tomar parte activa en el proceso.

Puede que el paciente evite hablar de algunos problemas incluso más importantes que los indicados en la conversación espontánea. Por ello resulta conveniente preguntar de un modo general acerca de la posible existencia de otros problemas o de la posibilidad de haber experimentado algún acontecimiento vital estresante, tal vez durante los últimos meses o bien coincidiendo con el periodo en que comenzó a sentirse mal.

“Me ha contado la existencia de problemas en el trabajo y de dificultades económicas. Existe alguna otra cosa que podría estar afectándole como por ejemplo pareja, hijos, salud...?”

Si bien la aplicación de un inventario completo de acontecimientos estresantes puede resultar inconveniente en el contexto en que se aplica este manual, resulta útil comprobar que se ha explorado una gama amplia de acontecimientos o áreas de posibles problemas.

Ámbitos de exploración para la elaboración de la lista de problemas		
<i>¿Durante los últimos días/ meses ha experimentado alguno de estos problemas o acontecimientos...?</i>		
Problemas de relación con su pareja	Sí	No
Problemas de relación con sus hijos	Sí	No
Problemas de relación con hermanos, padres o familia de origen	Sí	No
Problemas de relación con amigos o vecinos	Sí	No
Problemas financieros/económicos	Sí	No
Problemas laborales	Sí	No
Enfermedades/Problemas de salud	Sí	No
Problemas legales	Sí	No
Descontrol en el consumo de alcohol, drogas u otros consumos	Sí	No
Alguno de estos problemas le ha ocurrido a un familiar cercano	Sí	No

En ocasiones, ciertos síntomas no responden a terapias y el paciente demanda ayuda aunque la medicina ha llegado a su límite. Tal es el caso de condiciones como el insomnio, las migrañas o dolores diversos. El enfoque de resolución de problemas resulta útil si en este caso se enfoca hacia mejorar el ajuste funcional y conseguir que la molestia incapacite lo menos posible la vida diaria en los ámbitos familiares, ocio o calidad de vida en general.

6.3. ESTABLECIMIENTO DE METAS

La necesidad de realizar a cabo definiciones de problemas en términos operativos y concretos se evidencia en el momento en que se plasman objetivos. Cuanto más operativos y concretos sean los problemas mejor se podrán especificar las metas y las posibles soluciones. ¿Qué desea conseguir

el paciente? Resulta imprescindible obtener una meta concreta y elaborada por el propio paciente. En ocasiones puede obtenerse una respuesta ambigua o muy distinta de lo que el propio profesional considera razonable. En otras ocasiones el paciente elaborará metas imposibles, inaccesibles. Resulta imprescindible recordar aquí que unas metas elaboradas por el propio paciente tienen más probabilidades de ser objeto de esfuerzo, y por tanto de conseguirse. Inducir una respuesta puede provocar la aceptación pasiva y momentánea del paciente para satisfacer al profesional durante la entrevista, pero a la larga las probabilidades de éxito se verán reducidas al carecerse de un compromiso activo, o tal vez al haber sugerido objetivos condicionados por los valores o actitudes del profesional y ajenos al paciente. El profesional ayuda formulando las preguntas e invitando a responderlas pero evita responderlas él mismo.

¿Qué quiero conseguir?

¿Qué cambios necesito para conseguir este objetivo?

¿Qué cambios quiero sobre el problema?

¿Qué cambios quiero en mi vida?

¿Qué me haría sentirme mejor?

Con frecuencia el paciente puede elaborar unas respuestas en las que se muestren objetivos imposibles, aunque lo frecuente es encontrarse con formulaciones de objetivos fuera del alcance del sujeto, es decir que no dependen de uno mismo. El profesional puede ayudar al paciente formulando objetivos que cumplan con las características básicas de los objetivos que fundamentan una acción racional^{59,60,61,62}, es decir los fines son viables, dependen del propio individuo, incluyen su bienestar, el sujeto conoce los medios adecuados para su consecución, los fines son compatibles entre sí, y finalmente siempre se está en disposición de cambiarlos en función de otros cambios sus deseos o circunstancias externas.

¿Qué objetivos quiero trabajar con mi médico?

¿Cuáles de estos objetivos dependen de mí?

¿Conseguir estos objetivos me hará sentir mejor?

¿Estoy buscando objetivos incompatibles entre sí?

¿Quiero dos cosas que no se pueden conseguir a la vez?

El profesional deberá terminar este apartado tratando de especificar los objetivos que dependan de las acciones en las que el paciente pueda tener influencia y dependan de él, así como identificar contradicciones o incompatibilidades en los objetivos planteados.

Ejemplo:

“Me planteas que tu objetivo es que tu jefe cambie de comportamiento. Me pregunto si eso depende de ti. Si sus insultos responden a tus comportamientos parece que tendrías posibilidades de influir sobre ello cambiando tu forma de actuar. Si por el contrario no depende de ti habría que plantearse otro objetivo a tu alcance.”

Así pues los objetivos deberán ser establecidos por el paciente, tener una influencia clara sobre el estado emocional y sobre todo depender del propio paciente, es decir no deben establecerse como metas cambios de comportamiento de otras personas o decisiones que impliquen a terceros o dependan del azar.

6.4. GENERACIÓN DE SOLUCIONES

El siguiente paso es la generación de soluciones. La técnica más empleada para la elaboración de soluciones suele seguir el ejemplo de D’Zurilla y Goldfriend⁵⁵ que en su trabajo pionero emplearon la técnica de la tormenta de ideas (“brain storming”). Se solicita al paciente que elabore tantas soluciones como sea posible sin determinar de antemano su viabilidad. Resulta conveniente generar tantas soluciones como sean posibles, sin prejuizar de antemano si son buenas o malas. Sin embargo, en ocasiones esta técnica no suscita iniciativas o alternativas. En ese caso además de la técnica de tormenta de ideas, también suelen ser útiles otras estrategias de búsqueda de soluciones como las de analogía y la abstracción, concretamente solicitando alternativas para que el paciente indique el modo en que lo resolverían otras personas o el modo en que en que intentaría ayudar a otra persona con el mismo problema.

¿Qué puedo hacer para cambiar mi situación?

Si no tuviera impedimentos, ¿cómo trataría de cambiar mi situación?

¿Qué harían otros en mi situación que quisieran conseguir mis metas?

¿Cómo le ayudaría a un amigo que estuviera en mi lugar?

6.5. EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE SOLUCIONES

Este suele ser un momento difícil para muchos pacientes. Con frecuencia es el punto donde se encuentran algunos de ellos en el momento de contactar con nuestros servicios y las dificultades radican en los inconvenientes

percibidos en cualquier alternativa distinta a la actual. Para soslayar dichas dificultades resulta útil utilizar términos coloquiales de beneficio y precio a pagar pues son conceptos manejados a diario. El papel del profesional no radica en convencer al paciente, sino en ayudar a identificar los beneficios y el precio a pagar por el cambio o por permanecer sin actuar.

¿Qué obtendré si hago...? ¿Qué inconvenientes tiene la solución?

Si hago...conseguiré.... y el precio que tengo que pagar será....

Si no hago...conseguiré... y el precio que tengo que pagar será...

¿Cuál es la opción más atractiva? ¿Cuál es la solución menos atractiva?

Tras identificar con claridad los beneficios futuros o los inconvenientes actuales el paciente puede terminar de decidirse. Por otro lado, especificar el precio a pagar por el cambio también puede clarificar la resistencia del paciente. En lugar de forzar una decisión, la constatación de una elección consciente en la que el paciente no está dispuesto a pagar el precio por el cambio ya supone una intervención profesional. La opción implica en este caso la aceptación de la situación actual con sus respectivos inconvenientes. Finalmente, la identificación de ayudas o los inconvenientes en la aplicación de las soluciones posibilita planificar la acción con más detalle.

Ejemplo:

“Según vemos, los inconvenientes de separarse suponen un precio muy alto que no le compensa. Así pues, su elección es la de permanecer en la situación actual, pues el precio de la separación supera el precio de permanecer como está ahora. ¿Es así?”

6.6. APLICACIÓN DE SOLUCIONES

Resulta fundamental realizar una acción, concretamente la puesta en marcha de un plan de acción frente a la pasividad. De hecho, el principal factor de la eficacia de la terapia de resolución de problemas radica no tanto en el incremento de la habilidad de resolución de problemas sino en la inducción a la acción⁶³. El resultado final de esta fase es la obtención de una declaración de intenciones sobre las acciones a realizar. El paciente puede especificarlas en términos genéricos o concretos. Cuanto más genérica sea la intención menor probabilidad de realizarse. Cuanto menos concreta menos criterios objetivos para ser evaluada en las sesiones siguientes. Así pues, es conveniente obtener la declaración de una intención plasmada mediante una acción concreta, con la mayor precisión posible y entendiéndola como el

inicio de un proceso con posibles altibajos y errores, donde la persistencia y el aprendizaje de nuestras experiencias juegan un papel importante.

¿Qué inconvenientes preveo que puedan surgir al aplicar la solución?

¿Cómo puedo resolver esos inconvenientes?

¿Qué me ayudaría a realizar cambios?

¿Qué me impide realizar cambios?

¿Qué pasos concretos puedo comenzar a dar para aplicar la solución?

Mañana intentaré...

6.7. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El ciclo, aunque no las sesiones, termina evaluando los intentos realizados por el paciente para aplicar las acciones previstas. La sesión comienza revisando los compromisos elaborados en la sesión anterior, las tareas acordadas de un modo concreto. Es importante valorar y reconocer todo intento de cambio y de plasmación de las intenciones manifestadas en la sesión anterior. También resulta importante valorar los logros conseguidos. No se decepcione si aparentemente no son muy manifiestos, pero si se ha intentado algún tipo de cambio con toda probabilidad se habrá introducido alguna consecuencia distinta a lo habitual. También haber ausencia de resultados o no haberse aplicado ninguna acción. Un principio básico de esta fase supone la posibilidad de aprender de nuestra experiencia y persistir activamente en las metas planteadas. Si no se han obtenido resultados claros puede ser una buena oportunidad para aprender y corregir en el futuro.

“¿Eran los pasos demasiado generales?”

“¿Podían haberse concretado más?”

“¿Las acciones dependían de mí mismo?”

“¿He buscado objetivos incompatibles entre sí?”

En cualquier caso, al final del ciclo se debe reevaluar de nuevo al paciente, revisar su situación y decidir si precisa alguna otra intervención y a cargo de qué profesional.





CAPÍTULO 7



**DIFICULTADES
EN LA APLICACIÓN
DEL MODELO**

7. DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DEL MODELO

Como es de esperar, la aplicación del modelo conlleva la aparición de dificultades debidas a las circunstancias particulares de cada caso, así como errores del profesional, sobre todo al inicio, cuando se carece de soltura en el manejo de las habilidades por falta de práctica. A continuación se muestran algunas de las dificultades más frecuentes en nuestro contexto a partir de las experiencias manifestadas en varios cursos de formación sobre el modelo¹. Cada dificultad expresada va seguida de la posible solución o explicación sugerida.

1. Dificultades para empatizar, bien por defecto (antipatía) o por exceso (simpatía)

Manifestación: *“Siempre termino enfadándome o molestándome con un tipo concreto de pacientes y no consigo hacerlo”* o bien *“lo intento al principio pero se me olvida enseguida”*.

Posible solución: no espere conseguirlo a la primera. Al menos al inicio de la interacción con el entrevistado intente aplicar la fórmula: *“si no le entiendo mal se siente... porque... y nota...”* Si al cabo de varias frases ha dejado de aplicarlo y se ha visto arrastrado en un diálogo de antipatía o de excesiva sobreimplicación no se desanime. Ya ha comenzado e inténtelo también con el próximo entrevistado. Somos humanos, y no siempre se consigue establecer la distancia terapéutica adecuada. Es conveniente reflexionar periódicamente sobre esta distancia, evitando la sobreimplicación y la frialdad, tanto de forma general como en cada paciente en particular.

2. El paciente no siempre está convencido de la eficacia de la psicoterapia

El plan terapéutico debe plantearse como un auténtico contrato cuyas requisitos indispensables son el compromiso activo y la colaboración mutua. Para ello el convencimiento y la aceptación del paciente son esenciales.

¹ Dificultades referidas por los alumnos de las distintas ediciones del curso de “Habilidades Psicoterapéuticas Básicas en Atención Primaria” impartidos en el Centro de Salud de Paterna. Además de la formación teórica, progresivamente en su práctica clínica el alumno aplica durante varios días las habilidades aprendidas en cada sesión del curso.

3. *La Estrategia de Resolución de Problemas (ERP) es una técnica teóricamente fácil, pero difícil en la práctica*

Toda habilidad requiere tiempo y práctica tanto para su aprendizaje como para dominar su aplicación.

4. *En la consulta, el MAP tiende a estructurar y delimitar en exceso la entrevista, lo cual dificulta la relación empática*

Una vez abordada o descartada la causa somática del malestar emocional aborde la psicoterapia con un estilo de entrevista más libre. Recuerde, la empatía no tiene porqué estropearle la jornada si delimita con el entrevistado el tiempo disponible y la posibilidad de acordar nuevas citas en el futuro.

5. *La ERP requiere un tiempo extra en la consulta de atención primaria*

Sin duda se requiere un tiempo extra fuera de la agenda habitual. Ahora bien, existen otras actividades habituales en la consulta de APS que requieren también un tiempo extra, como la revisión de tratamientos, la atención domiciliaria programada o el cálculo de riesgos diversos.

En cualquier caso se debe evitar la hipertrofia de las actividades psicoterapéuticas integradas en la consulta de atención primaria, ya que afectarían al necesario equilibrio entre demanda y servicios. Recuerde, es esencial enmarcar el tiempo disponible. No dispone de todo el tiempo del mundo para atender a todos los pacientes.

6. *La ERP comporta una mayor dificultad en personas con rasgos de personalidad dependiente, inestable, evitadora o dominante*

Aunque puede requerir otro tipo de tratamiento psicoterapéutico no es una contraindicación. Es importante establecer los límites del ámbito de intervención y en ocasiones ciertos rasgos de personalidad pueden impedir el progreso. En ese caso se debe contemplar la derivación a servicios especializados.

7. *La ERP no es una técnica de aplicación universal, por ejemplo para la deshabituación al tabaco, o en pediatría, o en los adolescentes, que suelen acudir forzados por sus padres*

“Cuando se tiene un martillo en la mano, se ven clavos por todas partes”. Tal vez en un futuro podrá aplicar las habilidades adquiridas en muchos ámbitos. Por el momento siempre será más adecuado reservar los esfuerzos a aplicar estas estrategias cuando tengamos unas mínimas garantías de eficacia, sobre todo con aquellas áreas o procesos en los que la ERP ha

demostrado su eficacia como las indicadas en este manual. Se debe partir de la premisa del compromiso activo, donde se acude siempre por propia voluntad a la consulta y con frecuencia no es aplicable directamente a casos pediátricos o adolescentes, aunque sí lo es a sus padres.

8. Cuando el médico conoce que el paciente ha tenido un problema, pero el paciente no lo refiere, ¿debe de utilizar esta información para la terapia?

Nunca se debe utilizar la información en contra de la voluntad del paciente. De todos modos, se puede recurrir a técnicas indirectas de exploración, como preguntar: “¿No hay ningún otro problema?”, “¿Seguro que no queda ningún otro problema que pudiera estar afectándole ahora o que pudiera hacerlo en un futuro?”

9. Dificultad para delimitar los objetivos que dependen de uno mismo de los que dependen de los demás

El terapeuta intentará resituar continuamente al paciente en la necesidad de explorar las posibles soluciones que dependen exclusivamente de él mismo.

10. Qué hacer cuando los problemas son irresolubles

Cuando el paciente y el terapeuta llegan a la conclusión que el paciente no puede hacer nada para la solución de sus problemas, habría que interrumpir la ERP y buscar otras alternativas: espera, aceptación...

11. Tendencia a inducir la solución. Es difícil refrenarse

Es útil intentar controlarse e interrogarse de forma sistemática tras cada sesión en qué medida ha podido inducirse alguna solución.

12. Qué hacer cuando el paciente insiste repetidamente en que el terapeuta le diga “lo que tiene que hacer”

No es función del terapeuta indicar al paciente qué decisiones debe tomar sobre sus problemas, sino ayudarle a que él mismo las encuentre. En todo caso, utilizar el plural, p.e. “vamos a ver”.

13. Sensación de fracaso si no se le ofrece una solución al paciente

A lo largo de todo el proceso de ayuda es fundamental tener presente el contrato terapéutico inicial y el rol del profesional. Ofrecemos una ayuda



cualificada pero no se puede garantizar la resolución de los problemas y no somos infalibles.

14. Peligro de volver atrás tras haber avanzado en la definición de los problemas y los objetivos a alcanzar

Siempre se debe ofrecer la posibilidad de volver a comenzar, incluso de suspender temporalmente el proceso, sin que ello se deba interpretar como un fracaso. Siempre se debe dejar la puerta abierta a un nuevo intento.

15. Peligro de que el paciente se quede “enganchado”

El terapeuta debe interrogarse periódicamente si su relación con el paciente es “especial” o de calidad superior a la media, en cuyo caso debería plantearse si es el mejor terapeuta posible para el paciente.

Se debe tener en cuenta que la repetición de visitas de seguimiento sin objetivos claros y sin avances sustanciales carece de utilidad y supone un mal uso de los recursos.

16. Los pacientes de baja laboral por conflictos con la empresa no suelen mejorar con la ERP

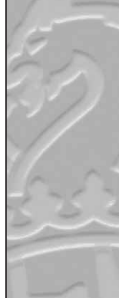
Se debe estar seguro que el paciente está de baja laboral porque realmente el malestar le impide o condiciona el trabajo y de que acude convencido a la ERP para intentar resolver su malestar emocional y no como una forma de justificar sus disputas con la empresa, legítimas o no (medida de presión, dejar pasar el tiempo mientras se busca otro trabajo...).

En cualquier caso, es importante poder diferenciar los conflictos laborales comunes del auténtico acoso laboral.

17. ¿Qué hacer cuando a pesar de todo el paciente insiste en solicitar fármacos para el manejo de su sufrimiento emocional?

Recuerde que la estrategia de resolución de problemas es compatible con la administración de fármacos. En ocasiones, como estrategia de afrontamiento, algunos pacientes están decididos de antemano a tomar algún fármaco que les alivie el sufrimiento emocional, sobre todo en aquellos casos en que se ha utilizado este recurso en ocasiones anteriores, y negarse de un modo estricto a prescribirlo puede incluso llevar a condicionar la relación terapéutica. Ante todo deberá tener en cuenta que se está

realizando una prescripción de medicamento no contemplada en la ficha técnica y por tanto en condiciones distintas a las autorizadas. Recomendamos seguir las indicaciones del Real Decreto 1015/2009, de 19 junio por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales : “ a) Informar al paciente en términos comprensibles, de la naturaleza del tratamiento, su importancia, implicaciones y riesgos, y obtener su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 11 de octubre; b) Notificar las sospechas de reacciones adversas y c) respetar en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario”. Tal como recoge el decreto, este tipo de prescripción “deberá tener un carácter excepcional... justificándose convenientemente en la historia clínica...”. Informar convenientemente al paciente del carácter excepcional de la prescripción, las ventajas y los inconvenientes de su utilización fuera de indicación, plantear un tiempo limitado de administración y recordar de nuevo que comprender el componente emocional del malestar ayuda notablemente a evitar o reducir la medicalización de los problemas de la vida diaria.





CAPÍTULO 8



ANEXOS

8. ANEXOS

8.1. CASOS PRÁCTICOS DE EMPATÍA Y ENCUADRE TERAPÉUTICO

Caso número 1 (José, 37 años)

Ejercicio práctico de parafraseo empático y encuadre terapéutico

José, de 37 años, está divorciado y casado en segundas nupcias, con dos hijas de sendos matrimonios de 7 y de 15 años. Es encargado en una empresa distribuidora. Acude de nuevo porque *“me encuentro... mal... desde hace... años”*. Toma tranquilizantes a diario desde que murió su padre tres años antes, pero *“ahora me encuentro peor, desanimado, sin ganas de hacer nada, cansado, incluso algunos días lloro sin motivo alguno”*. Afirma que *“yo así no puedo trabajar”*. No reconoce tener ningún problema en los últimos meses, preocupaciones ni frustraciones y siempre ha considerado su trabajo como una fuente de gran satisfacción laboral. Sin embargo, reconoce que la difícil relación de su hija mayor, fruto de un matrimonio anterior, con su actual mujer le crea cierta inseguridad. Además, apunta, su actual mujer está de baja por una úlcera diabética en el pie.

Tras dejar que el paciente se vacíe emocionalmente y tras acordar con él que no parece haber causa alguna aparente de su malestar, el médico intenta concretar el problema que le ha traído a la consulta, definir el malestar, sus consecuencias y lo que espera de esa consulta. Para ello utiliza en primera instancia **el parafraseo sintético**:

“José, si no te he entendido mal, te encuentras últimamente peor, desanimado, hundido, hasta el punto de no poder concentrarte, sobre todo en el trabajo, porque tienes miedo a equivocarte en el trabajo, y eso, según me dices, no te lo podrías permitir. Si estás de acuerdo, hoy podemos hacer la baja laboral, te tomas unos días de descanso, y el próximo día nos seguimos viendo. ¿De acuerdo?” [médico].

Estrategias para el encuadre: en primer lugar hacer énfasis en la relación empática, sobre todo en el parafraseo sintético, para definir y resumir el problema y sus consecuencias. A continuación, tras conseguirse el acuerdo, la misma técnica se vuelve a utilizar para acordar las acciones que debe realizar en casa hasta la próxima visita.

Valor del caso: altamente sensible a la TRP, incluso sólo con 2-3 visitas. Con recaídas frecuentes. Con síndrome de ansiedad generalizada de fondo.

Después se invitaría al paciente a intentar reflexionar sobre los posibles problemas que pudieran tener relación con su actual estado de malestar. Se le invita a que piense en ello en casa y que el próximo día acuda a la consulta con una lista escrita de posibles problemas. Los problemas pueden ser tanto problemas recientes o actuales como amenaza de futuros problemas.

“A pesar de que me has comentado que no encuentras ningún motivo, ningún problema que tenga que ver con el malestar que tienes/sientes ahora, creo que deberías aprovechar estos días que vas a estar sin trabajar para meditar sobre ello. Si los haces es posible que aparezca algún problema, quizás algo que ha pasado hace poco, algo que te preocupa, o quizás algo que tienes miedo que pueda ocurrir dentro de un cierto tiempo, ¿te parece? ¿lo piensas en casa? ¿de acuerdo? Vale, pues entonces de acuerdo. Pero además, convendría que si se te ocurre algún problema lo anotases en una hoja, ¿de acuerdo? Vale. También convendría que apuntaras todos los problemas que se te ocurran. No te preocupes si te parecen muchos o aparentemente sin importancia, el próximo día ya los revisaremos, ¿de acuerdo? Entonces, vas a pensar en casa en posibles problemas, los vas a anotar en una hoja y el próximo día los traes a la consulta y los revisamos? ¿De acuerdo? Ok, nos vemos el próximo día.” [médico]

Caso número 2 (María, 28 años)

Ejercicio práctico de parafraseo empático y encuadre terapéutico:

Mujer de 28 años, casada con una hija de 2 años. Acude por encontrarse “de nuevo” mal del estómago. Desde hace unos dos años presenta episodios de dolor de estómago, definido como pesadez, como un

nudo en el estómago, con náuseas, que duran varias semanas o meses, se acompañan de algún vómito, intensa anorexia y pérdida de peso. En cada brote suele perder 4-5 kilos, que recupera parcialmente tras las crisis. Su peso actual es de 47 kilos. Desde que comenzó el episodio

Estrategia para el encuadre: hacer énfasis en la relación empática para intentar convencer a la paciente que no debe seguir practicándose más pruebas y que debería comenzar a pensar en aceptar que sus molestias físicas son producidas por los nervios, que se debería comenzar a indagar en las posibles causas de los nervios, aunque de momento sin entrar en ello.

Valor del caso: tuvo muy buena respuesta a la ERP, mantenida en el tiempo. Sin problemas psiquiátricos de fondo. Caso sin la distorsión de la baja laboral.

actual, hace unas dos semanas, ha perdido 2-3 kilos. Refiere que cuando se pone mejor del estómago, recupera algunos kilos, pero que a pesar de todo sigue estando muy delgada; ella considera que “está en los huesos”, que le da “no se qué” mirarse en el espejo. En ese momento su índice de masa corporal era de 17. Refiere que ya está cansada de estar “otra vez con lo mismo”, que así “no puedo estar”, que quisiera que le volvieran a mirar el estómago, que le hicieran otra vez las pruebas, u otras pruebas, o que lo viera el especialista. Refiere estar “harta” y quisiera encontrar una “solución para lo mío”.

La paciente reconoce que de siempre ha sido algo nerviosa, y que los nervios se le “ponen en el estómago”, que lo tiene “delicado”.

El médico le interroga sobre otros síntomas acompañantes a su brote actual, sin que refiera nada especial: ni pirosis, diarrea, fiebre, toma de AINE, ni ningún otro proceso destacable. Le pregunta si ha tenido recientemente algún problema o si le preocupa algo. La paciente refiere que no, y se reafirma en que no tiene ningún problema, que ella es nerviosa de siempre y que los nervios siempre se le van al estómago. Insiste de nuevo en revisarse el estómago, en que “algo debe de tener”. El médico le recuerda que en los últimos dos años se le ha practicado un tránsito gastrointestinal y varios análisis, y siempre han sido normales, que siempre se ha descartado patología orgánica: úlceras, hipertiroidismo o cualquier otro problema importante. Le explica que lo que ella padece es lo que en medicina se llama “una dispepsia”, que ni por los síntomas, ni por la evolución del proceso, ni por los resultados de las pruebas, ni por la edad cabe pensar en procesos raros ni malignos.

A la paciente le cuesta aceptar inicialmente que no es necesario repetir las pruebas, pero finalmente acepta el razonamiento del médico. En ese momento, el médico intenta convencerla de que sus problemas de estómago pudieran ser de “origen nervioso”, o que al menos los nervios pueden ser la causa que provoca o desencadenada la mayoría de las crisis.

El médico la interroga sobre si está de acuerdo en que los nervios suelen ser el desencadenante de los problemas de estómago, sobre si cada vez que ha tenido una crisis ha habido un agravamiento de los nervios en las semanas anteriores. Cuando la paciente finalmente se muestra de acuerdo, el médico **introduce el parafraseo empático:**

“A ver María, si no lo estoy entendiendo mal, parece que tus problemas de estómago suelen comenzar después de ponerte nerviosa por algún problema que has tenido, o por algún problema que se ha agravado últimamente, ¿no? ¿es correcto? ¿me equivoco? Vale.”

Con este acuerdo la paciente renuncia a revisar de nuevo el estómago y se sitúa en una expectativa distinta a la que había motivado la consulta. Acepta comenzar un nuevo proceso que ahora dirigirá el médico, siempre con el acuerdo del paciente.

Transición entre el parafraseo y el inicio de la estrategia de resolución de problemas

En esta fase la paciente debe comenzar a pensar en los nervios como problema, no en el estómago como problema.

“Pues entonces, creo que deberíamos comenzar a mirar esos problemas de los nervios que padeces desde hace años, esos nervios que no siempre están igual, y que a veces empeoran y de los que a temporadas estás mejor, ¿te parece? Si estás de acuerdo, creo que deberíamos intentar averiguar cuál es el problema o cuales son los problemas que hacen que a temporadas estés peor los nervios, ¿Te parece? ¿De acuerdo? Pues entonces creo que deberíamos quedar otro día para intentar aclarar cuales son los problemas y ver como se podrían solucionar. ¿Quedamos otro día con más tiempo para hablar sólo de los nervios? ¿Te parece? De acuerdo [médico].

-Sí [paciente].

-Me gustaría que estos días, en casa, pienses en las situaciones en que te has puesto mal del estómago después de estar nerviosa o haber tenido algún problema. ¿De acuerdo? Convendría que intentaras pensar en las situaciones o problemas que hace que te pongas más y que intentes acordarte de ellas para el próximo día, o mejor que lo escribas en un papel. De momento sigue con el mismo tratamiento para el estómago. Sobre los nervios, ahora, estos días, ¿estás muy nerviosa? [médico].

-Un poco, la verdad es que los nervios van y vienen a lo largo del día. Aunque hay momentos que me pongo muy nerviosa, pero la verdad es que me dura poco” [paciente].

-Pero ¿Te llegas a poner tan nerviosa como para poder perder el control? [médico].

-No, no tanto [paciente].

-¿Tú dirías que se te hace intolerable tu estado actual de nervios? [médico].

-No, no hasta ese extremo [paciente].

-Por otra parte, ¿te cuesta dormir o te despiertas muy pronto y luego ya no puedes volver a dormirte? [médico].

-Algunos días, no todos, depende de cómo haya ido el día [paciente].

-Entonces, de momento, si te parece, no te voy a dar ningún tratamiento para los nervios [la paciente asiente con la cabeza]. Nos vemos el próximo día y comenzamos a hablar de los nervios. ¿Vale? [médico].

-De acuerdo [paciente].

El encuadre o contrato terapéutico

El médico le ofrece su disposición a llevar a cabo una serie de sesiones (un máximo de 5-6) cada semana o cada quince días, de unos 20-30 minutos de duración cada una, cuyo objetivo será definir los problemas emocionales, y sobre todo intentar buscar soluciones y supervisar su aplicación. El médico debe insistir que el objetivo de las visitas es únicamente el malestar emocional, que es imprescindible un compromiso activo por parte del paciente en acudir los días y las horas convenidas y en esforzarse en generar ideas y posibles soluciones. El médico le insistirá en que en ningún caso él le va a indicar qué es lo que debe hacer con sus problemas, sino que va a ayudarlo a que reflexione y a que encuentre su propia solución.

El inicio de la Estrategia de Resolución de Problemas (ERP)

En la siguiente sesión (primera de la ERP), se le entregará la hoja de problemas en donde ya aparecerá un primer problema, aunque poco definido: las discusiones con su marido suelen ponerla nerviosa. Más adelante definirá el contenido de esas discusiones: el reproche a su pasado.

8.2. EJEMPLOS DE UTILIZACIÓN DE LA HOJA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (RP)

Caso número 1 (María 26 años)

Se retoma el caso número 2, ahora para la fase aplicación de la hoja de ERP.

[Recordatorio]

Mujer de 28 años, casada con una hija de 2 años. Acude por encontrarse “de nuevo” mal del estómago. Desde hace unos dos años presenta episodios de dolor de estómago, definido como pesadez, como un nudo en el estómago, con náuseas, que duran varias semanas o meses, se acompañan de algún vómito, con intensa anorexia y pérdida de peso. En cada brote suele perder 4-5 kilos, que recupera parcialmente tras las crisis. Su peso actual es de 47 kilos.

Se habían utilizado con ellas técnicas empáticas para convencerla de la necesidad de que había que empezar a indagar en “los problemas” que parecía que se relacionaban con cada brote de molestias del estómago. La paciente había aceptado el plan de sesiones de la Resolución de Problemas.

1ª Visita de Resolución de Problemas:

Se siente muy nerviosa, con insomnio. Refiere problemas con su pareja, sin querer precisar en la visita de qué se tratan (prefiere no hablar de ello). Está pensando seriamente en separarse.

Se le anima a rellenar la hoja de TRP, al menos en los dos primeros apartados (*problemas y objetivos*): precisar el problema con su marido e intentar contestar cuál es su objetivo respecto al problema.

2ª Visita de Resolución de Problemas:

Acude a la semana. Sigue nerviosa, pero desde unos días antes predomina el sentimiento de desánimo, de decaimiento, sin ganas de hacer nada. Reconoce tener problemas con su pareja desde hace meses, sigue pensando en separarse, aunque aún no ha tomado ninguna decisión.

En esta segunda visita ya es capaz de definir la meta (*el objetivo*) para su problema: quisiera estar bien con su marido, no quisiera llegar a separarse. En realidad lo que más le duele es que su marido, de vez en cuando, sobre todo cuando hay alguna desavenencia o desencuentro, le eche en cara algo referente a su pasado, cosa que le ofende mucho, ya que, desde el inicio de la relación tenían una especie de pacto por el cual ninguno de los dos debería mencionar, bajo ningún concepto, ciertos hechos del pasado de ella. La paciente prefiere no entrar en detalles con su médico sobre su pasado, pero considera que pese a ello se puede hablar “del problema” de forma genérica. El médico acepta la propuesta, y la paciente se siente más cómoda para hablar de los sentimientos que le provocan los reproches de su marido, poco frecuentes pero muy dolorosos. No sabe qué puede hacer para mejorar la situación (*acciones*). Valora los pros y los contras de una forma muy vaga, con escasa convicción.

3ª Visita de Resolución de Problemas:

A la siguiente semana sigue encontrándose mal. Aún no ha movilizado ningún recurso. Se revisan los resultados de un análisis general, que resultan normales. Visita sin avances sustanciales.

4ª Visita de Resolución de Problemas:

Acude a la semana siguiente. Finalmente se decidió y habló con su pareja. Han abordado el conflicto y han llegado a un pacto: él se compromete de nuevo a no mencionar nunca más el pasado de ella. Ante esta nueva expectativa se siente feliz, incluso come más y ha recuperado otros apetitos.

5ª Visita de Resolución de Problemas

Nueva visita a la semana. De nuevo ha tenido problemas con su pareja. Ella cree que se deberían dejar de verse durante un tiempo y ver qué ocurre. Está en el paro, pero le gustaría trabajar. Planteará una nueva propuesta a su pareja. Se programa una nueva visita en 15 días.

6ª Visita por otro motivo al cabo de 8 meses

No acudió a la 6ª visita programada de ERP porque mejoró la relación con su pareja, especialmente después de que le planteara que no debería volver a reprocharle su pasado. Su marido lo comprendió, no era consciente del daño que le hacía y se comprometió a intentar no volver a sacar el tema. Hasta el momento ha cumplido con su promesa. El pacto ha funcionado.

7ª Visita por otro motivo al cabo de año y medio

Sin problemas de relación con su pareja. Mantiene el peso estable, con 7-8 kilos más que el peso habitual durante los años anteriores. La paciente refiere que nunca hubiera imaginado la relación tan estrecha entre los problemas con su marido y sus molestias del estómago.



Caso número 2. Aplicación de la hoja de Resolución de Problemas

Resolución de Problemas

Hoja para la clarificación de problemas y elección de soluciones

María. Mujer de 26 años con molestias abdominales desde años atrás, con pérdida frecuente de peso

1.- ¿Cuál es el problema o problemas? (Cuál, cuándo, dónde y con qué o con quien se relaciona)

-Mi marido. Cuando se enfada acaba echándome en cara mi pasado, y sabe que eso me ofende

2.- ¿Cuál es el objetivo respecto al problema? (Definir las metas que dependan DE MÍ. ¿Qué quiero conseguir respecto al problema?) (Objetivos no contradictorios)

-Quisiera estar bien con él, que no me vuelva a recordar nunca más mi pasado. Quisiera mantener la familia unida

3.- Posibles soluciones para conseguir el objetivo (muchas) (¿Qué puedo hacer yo para cambiar mi situación? ¿Qué le aconsejaría a un amigo que estuviera en mi misma situación?)

<u>Soluciones</u>	<u>Pros</u>	<u>Contras</u>
<i>a) Hablar con mi marido</i>	<i>Nunca hay que perder la esperanza</i>	<i>-Hablar del tema me resulta muy doloroso Lo he hecho otras veces pero siempre recae</i>
<i>b) Separarme</i>	<i>No me volvería a sentir ofendida</i>	<i>-Otros problemas: el dinero, la hija en común Además, yo aún le quiero</i>

4.- Elección de posibles soluciones (pocas y por orden de prioridad) (¿Qué beneficios obtendré si lo intento? ¿Qué precio debo pagar para conseguir este objetivo? ¿De qué me sirve no intentarlo? ¿Qué precio pagaré si me quedo como estoy?)

-Hablaré de nuevo con mi marido. Le daré una última oportunidad

5.- Medidas o pasos concretos que YO voy a realizar para alcanzar estas soluciones (indicando a partir de cuándo, o en qué plazo)

Concretamente intentaré:

-Hablaré esta semana mismo, a una hora en que tengamos tiempo por delante y estemos solos

Centro de Salud de Paterna (Valencia). Adaptado de Mynors-Wallis (2005); D'Zurilla y Goldfried 1971

Caso número 3 (Arap, 36 años)

Paciente de 36 años, inmigrante afincada en España desde ocho años antes, cocinera de profesión en un hotel de la ciudad, sin antecedentes psiquiátricos de interés. Acudió con ansiedad y llanto incontrolable desde unos días antes. Se sentía ofendida por no haber sido valorada adecuadamente en el trabajo. El desencadenante aparentemente era un conflicto menor con el encargado, por una cuestión de turnos en época navideña. Sin embargo, poco antes había sido nombrada públicamente como la mejor trabajadora de la empresa, y esperaba que ello se tradujese en un mejor horario laboral que pudiera compatibilizar con el cuidado de su hija. Refería que en breve su marido, en ese momento en paro, se iba a desplazar a vivir a otra provincia durante una temporada en donde iba a comenzar un trabajo cualificado y bien remunerado. La ausencia de su marido iba a suponer que en los próximos meses ella no iba a poder trabajar en turnos de tarde, y en el fondo esperaba que la empresa le ofreciese un turno sólo de mañanas o una reducción de la jornada laboral. A la segunda-tercera visita comenzó a clarificar los problemas: a) falta de valoración real de la empresa hacia ella, b) la separación temporal de su marido, c) la posible pérdida de su trabajo al no poderlo hacer compatible con el cuidado de su hija y d) la posibilidad de tener que mudarse a otra ciudad y abandonar la ciudad en la que actualmente reside y en la que desde el principio se ha sentido muy bien, muy feliz, incluso consiguió quedarse espontáneamente embarazada a los pocos meses de residir en ella, tras años de infertilidad en su país de origen.

El ser capaz de comprender los sentimientos y los problemas a los que se iba a enfrentar o podía enfrentarse en un futuro, le hicieron entender que la respuesta al conflicto con el encargado había sido desproporcionada y tenía menos relación con su sufrimiento del que inicialmente le atribuía.

La paciente resultó muy sensible y receptiva a la ERP, respondió con unas pocas sesiones, se clarificaron otros problemas relacionados con su malestar, fijó rápidamente la meta (tener tiempo para estar con su hija), tomó decisiones (no renovó el contrato laboral y proyectó mudarse a vivir con su marido cuando su hija acabase el curso escolar) que condujeron a una mejoría de los síntomas con desaparición de la sintomatología inicial en unas 3-4 semanas. En una visita de control realizada al mes se constató que se encontraba bien de humor, activa y que se reafirmaba en su decisión.



Utilidad del caso para la ERP en APS:

Evolución muy positiva con muy buena repuesta a la ERP a corto plazo. A destacar que el inicio de la mejoría comenzó ya en la fase de clarificación de problemas, antes incluso de comenzar a tomar decisiones.

Conclusión:

Es conveniente que el terapeuta que se inicia en la aplicación de las técnicas empáticas y de la ERP comience por los casos más sencillos en pacientes sin antecedentes psiquiátricos relevantes y con una aceptable capacidad de introspección. El éxito en los pacientes menos complejos reforzará el sentimiento de control de la técnica.

Caso número 3. Aplicación de la hoja de Resolución de Problemas

Resolución de Problemas

Hoja para la clarificación de problemas y elección de soluciones

María. Mujer de 26 años con molestias abdominales desde años atrás, con pérdida frecuente de peso

1.- ¿Cuál es el problema o problemas? (Cuál, cuándo, dónde y con qué o con quien se relaciona)

-El trabajo. Me siento humillada por mis jefes. Les pedí que me cambiar el horario, y no quisieron, a pesar de que fui elegida el año pasado como la mejor trabajadora de la empresa

.-Mi marido se va a trabajar lejos, para mucho tiempo, quizás años. Me sentiré sola

-Mi hija. Yo sola no tendré tiempo para cuidarla bien

2.- ¿Cuál es el objetivo respecto al problema? (Definir las metas que dependan DE MÍ. ¿Qué quiero conseguir respecto al problema?) (Objetivos no contradictorios)

-El trabajo, no quiero volver, o en todo caso, con un horario más flexible

-Mi marido, quisiera estar con él

-Mi hija, para mí es muy importante que esté con los padres por las tardes. Yo sola no podré

3.- Posibles soluciones para conseguir el objetivo (muchas) (¿Qué puedo hacer yo para cambiar mi situación? ¿Qué le aconsejaría a un amigo que estuviera en mi misma situación?)

Soluciones

Pros

Contras

a) Hablar con el jefe para conseguir un horario más flexible

No sé si en realidad lo quiero

Ya lo intenté y no resultó

b) No renovar el contrato laboral

Más tiempo para la familia.

*Tendré menos dinero
Me gusta mi trabajo*

c) Irme a vivir con mi marido

Estaré mejor

Me sabe mal dejar Valencia, ha sido muy importante para mí

4.- Elección de posibles soluciones (pocas y por orden de prioridad) (¿Qué beneficios obtendré si lo intento? ¿Qué precio debo pagar para conseguir este objetivo? ¿De qué me sirve no intentarlo? ¿Qué precio pagaré si me quedo como estoy?)

-No renovaré el contrato laboral

-Me iré a vivir con mi marido cuando mi hija acabe el curso escolar

5.- Medidas o pasos concretos que YO voy a realizar para alcanzar estas soluciones (indicando a partir de cuándo, o en qué plazo)

Concretamente intentaré:

-Hablaré con el jefe esta semana y pedirle el finiquito

-Hasta que me vaya a vivir con mi marido estaré más con mi hija y hablaré con él por las noches por Internet

Centro de Salud de Paterna (Valencia). Adaptado de Mynors-Wallis(2005); D'Zurilla y Gold-friend 1971

Estrategia de Resolución de Problemas

Hoja para la clarificación de problemas y elección de soluciones

1.- ¿Cuál es el **problema o problemas?** (Cuál, cuándo, dónde y con qué o con quien se relaciona)

-
-
-

2.- ¿Cuál es el **objetivo** respecto al problema? (Definir las metas que dependan DE MÍ. ¿Qué quiero conseguir respecto al problema?) (Objetivos no contradictorios)

-
-
-

3.- **Posibles soluciones** para conseguir el objetivo (muchas) (¿Qué puedo hacer yo para cambiar mi situación? ¿Qué le aconsejaría a un amigo que estuviera en mi misma situación?)

Soluciones	Pros	Contras
------------	------	---------

- a)
- b)
- c)

4.- **Elección** de posibles soluciones (pocas y por orden de prioridad) (¿Qué beneficios obtendré si lo intento? ¿Qué precio debo pagar para conseguir este objetivo? ¿De qué me sirve no intentarlo? ¿Qué precio pagaré si me quedo como estoy?)

-
-
-
-
-

5.- **Medidas o pasos concretos** que YO voy a realizar para alcanzar estas soluciones (indicando a partir de cuándo, o en qué plazo)

Concretamente intentaré:

-
-
-
-

Centro de Salud de Paterna (Valencia). Adaptado de : Mynors-Wallis. 2005. D'Zurilla y Goldfriend 1971

Respuestas sugeridas al ejercicio 3

“Mi novio me ha ayudado siempre, siempre me ha sacado cuando tengo un bajón, esta vez estaba harto de todo y él pasaba de mí. Siempre he sido fuerte, vivo con mi novio pero últimamente él había dejado de echarme una mano en la casa, le pedía que me hiciera caso, que cuando llegara de trabajar que me hiciera la cena pero él no me ayudaba, y luego está la vecina... pero se me acumuló todo. Siempre intento ser fuerte y si me encuentro débil, lloro un poco y ya está. Se me junta todo. Ya no puedo más... me marean mucho, mi novio siempre me saca cuando me hundo un poco, siempre lo tengo al lado cuando me deprimó y siempre me anima y me saca, me hace ver que hay ciertas cosas que no son como yo las veo, que se puede ver de otro modo, pero yo no puedo evitar ser como soy, me afecté mucho cuando llegó, no me contestaba, y no reaccionaba a mi silencio, me hundí.”

Experiencia: *Mi novio siempre me ha ayudado ... me saca cuando me hundo... me anima... No me contestaba, no reaccionaba a mi silencio.*

Sentimientos: afectada, agotada, confusa, impotente

Sensación corporal: debilidad,

Fórmula de resumen: *Si no le entiendo mal, su novio siempre le ha apoyado cuando usted le ha pedido que le hiciera caso, y ello siempre le ha ayudado. Le anima y le da fuerzas. Se hundió al ver que no reaccionaba como antes lo había hecho.*

Respuestas sugeridas al ejercicio 4.

“Pues vine de urgencias, estaba nerviosa, no podía parar, no podía estar parada, me puse a llorar en casa, me puse a llorar y no podía parar, en el trabajo estaba aguantando, me centraba en lo que tenía que hacer y podía pasar, pero cuando llegué a casa me puse a llorar, me acosté en la cama, me ahogaba, y mi familia me preguntaba que qué me pasaba y yo les decía que no lo sabía, por no decírselo a ellos, porque ellos no lo entienden, no entienden que no lo supere, no puedo superar que él haya empezado con otra, llamé a mi ex y le dije que me ayudara ... y en lugar de ayudarme me dijo que me fuera al médico. Le dije a mi padre que me llevara, que no podía más, quería encontrarme mejor y vine a urgencias.

Experiencia: *“...No supero que haya empezado con otra...”, “...le dije que me ayudara y me dijo que fuera al médico...”*

Sentimiento: incomprensión, rechazo,

Sensación corporal: Inquietud, llanto, ahogo,

Fórmula de Resumen: *Si no le entiendo mal, no se atrevía a decirle a su familia que esta reacción de llanto ahogo e inquietud es porque le cuesta superar que su ex -novio haya comenzado una nueva relación. Sentía que su familia no la comprendería. Le pidió ayuda a su novio y se sintió rechazada.*

Respuestas sugeridas al ejercicio 5.

“La verdad es que falleció mi padre y me encontraba mal. Abatida y también irritable. Molesta. No sabía muy bien el motivo y pensaba que si hacía una reforma en casa me encontraría mejor. Pero después me encontré igual. Estaba apática y la reforma no me había animado.

-¿Cómo se te ocurrió esa solución de la reforma?

-No sé, por tener una salida.

-¿Cómo fue lo de recurrir al médico para solucionar esto?

-Al ver que no me animaba me vine al médico. Le comenté lo que me ocurría, y le pedí que me diera una solución. Si vienes al médico tienes algo... Cuando hablo con mi hermana me desahogo. Pensaba que tal vez hablando con mi médico me pasaría lo mismo pero el médico me dijo que tal vez con las pastillas podría encontrar una solución y me dio paroxetina”.

Experiencia: *“Falleció mi padre... la reforma no me había animado... cuando hablo con mi hermana me desahogo... pensaba que con mi médico sería igual...”*

Sentimiento: abatida, molesta

Sensación corporal: ahogo, irritable

Fórmula de resumen: *Si no le entiendo mal tras el fallecimiento de su padre esperaba mejorar su ánimo reformando la casa y al ver que no daba resultado esperaba que su médico le diera una solución para animarse, igual que cuando habla con su hermana se le va el ahogo, pero el médico le dijo que podía encontrar la solución tomando pastillas.*

Respuestas sugeridas al ejercicio 6.

“Tengo un hijo separado hace 10 años. Mi marido lo tiró de casa, no tenía trabajo y la policía lo cogió. Tres años en la cárcel, siempre me he sentido culpable por eso, y ahora está en mi casa, mi hija lo ataca, mi marido también y él... no pueden hablar y si hablan se enfrentan y los fines de semana desaparece, gasta mucho y se droga los fines de semana. Tengo miedo por ser la

culpable, por no decirle lo que debo decirle. Cada uno me dice una cosa y no tengo en quien desahogarme y quisiera mandarlo todo a hacer gárgaras, pero no me puedo quejar a nadie porque entonces se arma la de San Quintín. He sido fuerte y lo he soportado todo, pero ya no puedo más. ¿Por qué me hace esto mi hijo? No sé si hago bien o mal, tengo dos nietos en casa, mi marido se enfada y dice cosas que no debe decir delante de ellos, pero yo lo que necesito es desahogarme.

-Qué nota cuando se desahoga?

-Que se me ensanchan los pulmones. Me voy a casa de mis cuñadas y ellas me escuchan y no me atacan... me siento que no lo hago tan mal, tan mal ...como que ya no me siento culpable.

Experiencia: *"Mi familia se enfrenta... mi hijo se droga...mi hijo ha estado tres años en la cárcel... no le digo a mi hijo lo que tengo que decirle... no tengo en quien desahogarme".*

Sentimiento: Miedo a ser la culpable

Sensación corporal: ahogo

Fórmula de resumen: *Si no le entiendo mal nota ahogo y siente miedo a tener la culpa de lo que pasa en su casa y estar haciendo mal las cosas. Cuando alguien le escucha sin atacarle nota que no se ahoga porque siente que no hace las cosas tan mal.*

Respuestas sugeridas al ejercicio 7.

"Me encontraba mal, nerviosa y alterada. Cuando veo a mi suegra y a mi cuñada me atacan... la familia de mi marido... y últimamente es siempre seguido. Me daban pinchazos, me encontraba mal, me ahogaba, pensaba que eran nervios. Tengo un soplo y me daban miedo los dolores. Le comenté al médico lo que me pasaba y me dijo que notaba ansiedad y principios de depresión. Me auscultó y me dijo que me notaba así. Mi suegra me ataca, habla mal a las vecinas, no ha parado y ahora mi cuñado se alía con ella. Me dicen "puta", me insultan. Le comenté al médico que me encontraba mal."

Experiencia: *"... Mi suegra y mi cuñada me atacan... me insultan... mi cuñado se alía con ellas... hablan mal a las vecinas. Tengo un soplo..."*

Sentimiento: alterada, miedo, nerviosa

Sensación corporal: pinchazos, ahogo, dolores

Fórmula de resumen: *"Si no le entiendo mal, su suegra y su cuñada le atacan y le insultan. Ello le hace sentir nerviosa y alterada produciéndole dolor, pinchazos y ahogo. Los dolores le asustan porque tiene un soplo".*



Respuestas sugeridas al ejercicio 8.

“Se me agolpaban las cosas en la cabeza, todos los recuerdos, y tenía ganas de tirarme por la ventana. Me llevaron al hospital y se presentó una psiquiatra que tenía prisa y cuando alguien tiene prisa sabes que cuanto antes termines mejor, yo habré lo pasado lo que he pasado, pero sabes cuando alguien tiene prisa y cuanto antes mejor, no soy tonta y sé cuando la otra persona quiere terminar pronto.”

Experiencia: “... Recuerdos agolpados en la cabeza... me llevaron al hospital... una psiquiatra que tenía prisa...”

Sentimiento: Desesperación (“ganas de tirarme por la ventana”).

Sensación corporal: No descrita.

Fórmula de Resumen: “Si no le entiendo mal, se siente sentía desesperada por los recuerdos que se le agolpaban en la cabeza hasta el punto en que su familia decidió llevarla al hospital, pero allí se encontró con una persona que no parecía que iba a escucharla con tranquilidad y decidió terminar pronto la entrevista”

Respuestas sugeridas al ejercicio 9.

“Estoy nerviosa y me meto con mis hijos, me dicen cosas y no las admito. Mi marido me dice que tengo que admitirlo y yo no puedo admitir que mi hija y su novio duerman juntos. Pongo de mi parte, pero luego ya no puedo aguantar más de unos días, y luego, cuando exploto, ya no soy nadie, tengo unos nervios que no me agunto.”

-¿Por qué decidió ir al médico?

-Tenía discusiones y en casa me dijeron que o me arreglaba el coco o que se marchaban, se marchaba mi hija. La verdad es que como molesto me han dado ganas de marcharme yo de casa,

-¿Qué le dijo a su médico de familia?

-Se lo expliqué y me mandó unas pastillas que me sentaron fatal.

Experiencia: “Mi hija y su novio duermen juntos”. “Me dicen que tengo que admitirlo “...”que o me arreglaba o se marchaba mi hija”, “discusiones”, “no puedo aguantar mas que unos días”

Sentimiento: Nerviosa, irritable, insatisfecha consigo misma (“no me agunto”)

Sensación corporal: “Exploto”

Fórmula de Resumen: Si no le entiendo mal, trata de soportar la molestia y la irritación que le producen que su hija y el novio duerman juntos

pero al cabo de unos días explota y ello lleva a discusiones familiares y a estar disgustada consigo misma”.

Respuestas sugeridas al ejercicio 10.

“En el periódico había leído que habían terapias para dejar de fumar, quería saber si había sitios, charlas de autoayuda para aprender a defenderte a actuar, soy fuerte, pero desde que empecé en este trabajo, estoy mal, tengo miedo a perder el trabajo y no me gustaría tener que dejarlo. El encargado es un cabrón, le digas lo que le digas se vuelve contra ti, siempre eres el culpable de todo. Yo venía por el dolor en el pecho y el dolor en el brazo izquierdo, me dijo que era del estrés y del tabaco, me dio una pastilla para los nervios y un respirador. No me explicó nada, no me dijo nada, solo me dio un papel cuando le dije que si sería de los nervios, me dio una hoja y dijo “ baja y entrega esto a ver si te ayudan”. Era un volante para Salud Mental.

-¿Qué pensaste?

-Me asusté, pensé: ¡A dónde he ido a parar!

Experiencia: *“...Había leído que había charlas para aprender a defenderte El encargado se vuelve contra ti le digas lo que digas, , me dijeron que era estrés y me dieron pastillas... y un respirador... me dio un papel para Salud Mental...”.*

Sentimiento: Miedo (a perder el trabajo). Asustada.

Sensación corporal: Dolor en el pecho, dolor en el brazo izquierdo.

Fórmula de Resumen: *“Si no le entiendo mal, desde que empezó el trabajo se encuentra afectada por el trato con el encargado llegando a tener dolores en el pecho y en el brazo. Tiene miedo a perder el empleo y tenía entendido que habría algún tipo de ayuda para enseñarle a afrontar la situación, pero al venir le dieron pastillas, le enviaron a Salud Mental y se asustó”.*

8.4. HOJA DE AUTOEVALUACIÓN

	Sí	No	No Aplicable
¿He escuchado atentamente?			
¿He tratado de mostrarle al paciente que entendía lo que sentía?			
¿He mostrado que entendía el motivo por el que sufría?			
¿He establecido de modo claro qué puede esperar de mí?			
¿Se ha establecido de modo claro para qué vendrá el paciente en las próximas sesiones?			
¿He comprobado si el paciente tenía claro su papel en las consultas?			
¿He comprobado si el paciente tenía claro el papel del profesional en las consultas?			
¿El paciente ha concretado sus problemas por sí mismo?			
¿El paciente ha elaborado las soluciones por sí mismo?			
¿El paciente ha concretado las acciones que intentará a partir de ahora?			

ABREVIATURAS

AD: antidepresivo

APA: American Psychiatric Association

BDZ: benzodiacepina

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

EAP: equipo de atención primaria

ERP: Estrategia de Resolución de Problemas

DHD: dosis diaria definida por mil habitantes y año

FDA: Food and Drug Administration

GPT: Guía de Prescripción Terapéutica de la SEMFYC

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

MAP: médico de atención primaria

NICE: National Institute for Clinical Excellence

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines National

SM: salud mental

TRP: Terapia de Resolución de Problemas

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses sobre los temas tratados en este manual. No han recibido ningún tipo de ayuda económica pública ni privada para la redacción de este manual, ni para la realización del Curso de Habilidades Psicoterapéuticas Básicas en Atención Primaria impartido durante tres años consecutivos en el Centro de Salud de Paterna en los que se basa en gran parte este manual.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Berger, John. Un hombre afortunado. Madrid: Edit Alfaguara; 2008. 192 págs.
- Casell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. Oxford University Press 2004. Oxford.
- Casell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. N Engl J Med 1982; 307:758-760.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198209163071224>
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. Eur Psychiatry 2007;22:9-15.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194572>
- Epicteto. Enquiridion. José J. de Olañeta, ed. 2007. Palma de Mallorca.
- García-Campayo J, Claraco LM, Tazón P, Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. Aten Primaria 1999;24:595-601.
http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=79.144.35.224&articulo id=13429&revistaid=27
- García-Campayo J, Hidalgo I, Orozco F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Barcelona: Ars Médica; 2006.
- Huibers MJH, Beurskers AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP. Efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. Oxford Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library. 2007 Issue 3. Chichester. UK: John Wiley&Sons Ltd.) Disponible en:
<http://www.samfyc.es/pdf/GdTSaludMental/20099.pdf>
- Illich Iván. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975. <http://www.ivanillich.org.mx/Principal.htm>
- Loyssa JR, Ruiz R, García J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes. Aten Primaria 2009;41:646-649.
http://www.jano.es/revistas/ctl_servlet? f=7216&articuloid=13142442&revista id=27
- Montaigne. Ensayos. Cátedra Ed. 2005. Madrid
- Mynors-Wallis L M, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. BMJ 1995;310:441-445. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6977/441>
- MynorsWallis LM, Davies I, Gray A, Gath DH, Barbour F. Randomised controlled trial and cost analysis of problemsolving treatment for emotional disorders by community nurses in primary care. Br J Psychiatry1997;170:1139.
<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/170/2/113>

- Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
<http://www.bmj.com/content/320/7226/26>
- Mynors-Wallis R. *Problem Solving Treatment for anxiety and depression*, Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Non-pharmaceutical management of depression in adult. A national clinical guideline n. 114. SIGN 2010.
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf>
- Smith R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2002; 322:1073.
<http://www.bmj.com/content/322/7294/1073.extract>
- Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clin Psychol Rev.* 2008; 28:131-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17555857>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . Double D. The limits of psychiatry. *BMJ* 2002; 324: 900-904. <http://www.bmj.com/cgi/reprint/324/7342/900>
- 2 . TNS Opinion & Social. Mental Health. Special Eurobarometer 345/73.2. Survey requested by the Directorate General Health and Consumers (DG SANCO) and coordinated by the Directorate General for Communication (DG COMM). 2010. Disponible en: [http://www.google.es/#hl=ca&biw=833&bih=439&q=TNS+Opinion+%26+Soci al.+\(2010\).+Special+Eurobarometer+345%2FWave&aq=f&aqi=&aql=&oq=&fp =841376c6d50ac987](http://www.google.es/#hl=ca&biw=833&bih=439&q=TNS+Opinion+%26+Soci al.+(2010).+Special+Eurobarometer+345%2FWave&aq=f&aqi=&aql=&oq=&fp =841376c6d50ac987)
- 3 . Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P et al. Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005; 352: 2515-2523. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa043266>
- 4 . Latorre JM, López-Torres J, Montañés, M Parra. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36: 85-92. http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=83.50.218.201&articuloid=13076608&revistaid=27
- 5 . González P. De los principios científicos para la acción. El idealismo práctico de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2004; 34: 313-7. <http://www.mfunt.ecaths.com/archivos/mfunt/2025699943.pdf>
- 6 . Porter R. Breve historia de la locura. Turner Publicaciones, Madrid, 2003.
- 7 . Horwitz A, Wakefield J. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford University Press, Oxford, 2007.
- 8 . Shorter E. A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac. Wiley, New York, 1997.
- 9 . Gunnell, D, Ashby D. Antidepressants and suicide. What is the balance of benefice and harm? *BMJ* 2004; 329: 34-38. <http://www.bmj.com/content/329/7456/34.full.pdf+html>
- 10 . Olfson M, Marcus SC. National patterns in antidepressant medication treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 848-856 <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/66/8/848>
- 11 . Martín LH, Treceno C, Ortega S, Velasco A, Carvajal A, García J. Trends in the consumption of antidepressants in Castilla y León (Spain). Association between suicide rates and antidepressant drug consumption. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010; 19: 895-900. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712020>
- 12 . Rayón P, Montero D, Santamaría B, Madurga. Benzodiazepine consumption in Spain. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;52:321-3. <http://www.springerlink.com/content/34m1k18h73p2u5r6/>

- 13 . Ortiz A, Lozano C. El incremento de la prescripción de antidepresivos. Aten Primaria 2005;35: 152-155.
http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&articuloid=13071941
- 14 . Agencia Española Medicamentos y Productos Sanitarios. Observatorio del Consumo de medicamentos de la AEMPS. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1992-2006). Disponible en:
<http://www.aemps.es/profHumana/observatorio/docs/ansioliticos-hipnoticos.pdf>
- 15 . Úbeda A, Cardo E, Sellés N, Broseta R, Trillo JL, Fernández-Llimós F. Antidepressant utilization in primary care in a Spanish region: impact of generic and reference-based pricing policy (2000-2004). Soc Psychiatr Epidemiol 2007; 42:181-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17235443>
- 16 . Vicens C, Sempere E, Moral A, Palop V, Zaforteza M, Prat A. Consum d'antidepressius i benzodiazepines a les nostres Comunitats Autònomes (CCAA). 2on Congrés de les Societats Valenciana, Catalana i Balear de Medicina Familiar i Comunitària. Castelló. Mayo de 2008.
- 17 . García del Pozo J, Debajo de FJ, Carvajal A, Montero D, Madurga M, García V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). Rev Esp. Salud Pública 2004; 78: 379-387.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000300007&script=sci_arttext
- 18 . Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. N Engl J Med 2008; 358: 252-260.
- 19 . Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and Drug Administration. Plos Medicine 2008; 5(2)e45.
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050045>
- 20 . National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression treatment and management of depression in adults. NICE clinical guidelines 90 and 91, 2009.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45890/45890.pdf>
- 21 . American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 2010.
http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx.
- 22 . Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. BMJ 2009; 339: b3999.
<http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3999.abstract>
- 23 . Vicens C, Fiol F. Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. Inf Ter Sist Nac Salud 2008; 32: 52-57.
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_2DeshabBenzodiaAte nPrimaria.pdf

- 24 . Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios. Guía de Prescripción Terapéutica Española. Pharma Editores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fecha de última actualización 18 de junio de 2008.
- 25 . Hasting Center. Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (nº 11); 2004. <http://www.bioeticanet.info/relacion/FinMedic.pdf>
- 26 . Summerton N. Making a diagnosis in primary care: symptoms and context. Br J Gen Pract 2004; 54: 570-571. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1324833/>
- 27 . Wolfson RJ, Barraclough K D, Dowrick C. When no diagnostic label is applied. BMJ 2010; 340: 1302-4. <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c2683.long>
- 28 . Casell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. N Engl J Med 1982; 306: 639-645. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198209163071224>
- 29 . American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- 30 . International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision (CIE-10)¿Es la misma cita que la 29. World Health Organization, version 2011. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- 31 . Huibers MJH, Beurskers AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP. Efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales (Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2. Oxford Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library. 2007 Issue 3. Chichester. UK: John Wiley&Sons Ltd.) Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdT-SaludMental/20099.pdf>
- 32 . Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. Eur Psychiatry 2007;22(1):9-15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194572>
- 33 . Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Non-pharmaceutical management of depression in adult. A national clinical guideline n. 114. SIGN 2010. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf>
- 34 . Robinson RG, MD; Jorge R, Moser D, Acion L, Solodkin A, Small SL, Fonzetti P, Hegel M, Arndt S. Escitalopram and Problem-Solving Therapy for Prevention of Poststroke Depression. JAMA 2008;299: :2391-2400. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/299/20/2391>
- 35 . Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR, Vázquez AL, Piris SP, Vilanova MB. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. Int J Geriatr Psychiatry 2009;24:489-99. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2142/abstract>

- 36 . Rivera PA, Elliott TR, Berry JW, Grant JS. Problem-solving training for family caregivers of persons with traumatic braininjuries: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:931-41.
[http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(08\)00112-3/abstract](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(08)00112-3/abstract)
- 37 . Coates C, Malouff JM, Rooke SE. Efficacy of written modeling and vicarious reinforcement in increasing use of problem-solving methods by distressed individuals. *J Psychol* 2008;142:413-25.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18792652>
- 38 . Smith R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001; 322:1073.
<http://www.bmj.com/content/322/7294/1073.extract>
- 39 . Salazar-Fraile J, Sempere-Verdú E, Mossakowski k, Page JB. 'Doctor, I just can't go on': Cultural constructions of depression and the prescription of antidepressants to users who are not clinically depressed. *International Journal of Mental Health* 2010; 39: 29-67.
<http://mesharpe.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&ackto=issue,3,6;journal,4,28;linkingpublicationresults,1:110908,1;>
- 40 . Norcross J, Goldfried M. *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press. 2005. Oxford.
- 41 . Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace. Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine* 2010, 8:38. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/38>
- 42 . Morrisette, P. J. *Self-supervision: a primer for counselors and helping professionals*. Brunner-Routledge; 2001. New York
- 43 . Prochaska J, Norcross J, DiClemente C. *Changing for good*. Guilford Press. 1994. New York.
- 44 . Hill C, Gormally J. Effect of reflection, restatement, probe and nonverbal behaviors on client affect. *Journal of Counseling Psychology* 1977; 24: 92-97.
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WYB-4NPKJ2P-2&_user=10&_coverDate=03%2F31%2F1977&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1623917924&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=bc441fd1febf875d56d3ffa071e63d76&searchtype=a
- 45 . Egan G. *The skilled helper* (5th ed.).:Brooks/Cole Pub. 1994. Monterrey
- 46 . Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 1957;21,95-103
http://books.google.es/books?hl=ca&lr=&id=bWAppdNBftcC&oi=fnd&pg=PA179&dq=Rogers+CR.+The+necessary+and+sufficient+conditions+of+therapeutic+personality+change&ots=XK7d8xTKwR&sig=4NwaXZSDiq8YUoCjmeW00Tk_f3o#v=onepage&q&f=false
- 47 . Duan C, Hill CE. Theoretical confusions in the construct of empathy: A review of the literature. *Journal of Conseling Psychology*. 1996, 43: 261-274.

- 48 . Brugha TS, & Cragg D. The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*. 1990; 82: 77-81.
- 49 . Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. En: Claghorn JL (ed). *Succesfull psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel; 1976. p. 92-116.
- 50 . Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept or the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1979; 16,: 252-260.
- 51 . Harvath AO. The alliance. *Psychotherapy* 2001; 38:365-37.
- 52 . Weiss KA, Smith TE, Hull JW,Piper AC, Huppert JD. *Schizphr Bull* 2002; 28:341-349.
- 53 . Ackkerman SJ y Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev* 2003;23:1-33.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559992>
- 54 . Blatt S y Zuroff D. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychological Review*. 2005; 25: 459 - 486
- 55 . D'Zurilla T, Godfried M. Problem solving and behaviour modification. *J Abnormal Psychol* 1971;78:107-126.
- 56 . Catalan J, Gath D, Edmonds D, Ennis J. The effects of non-prescribing of anxiolitics in general practice. *Br J Psychiatry* 1984; 593-602.
<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/144/6/593>
- 57 . Catalan J, Gath DH, Anastasiades P, Bond SAK, Day A, L Hall L Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychological Med* 1991; 21: 1013-1018
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&id=5038800>
- 58 . Mynors-Wallis L. Does problem-solving treatment work through resolving problems? *Psychological Med* 2002;32:1.315-1.319.
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&id=125437>
- 59 . Mosterin J. *Racionalidad y acción humana*. Alianza Editorial. 1978. Madrid.
- 60 . Rescher N. *La racionalidad: Una indagación sobre la naturaleza y la justificación de la razón*. Tecnos.1993. Madrid.
- 61 . Colman A. C. Cooperation, psychological game theory, and limitations of rationality in social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*. 2003. 26; 139-198.
- 62 . Mosterin J. *Lo mejor posible: Racionalidad y Acción Humana*. Alianza Editorial.2009. Madrid.
- 63 . Mynors-Wallis L. Does problem-solving treatment work through resolving problems? *Psychol Med*. 2002 ;32:1315-9.

