
PSICOTERAPIA COGNITIVA DE URGENCIA



Juan José Ruiz Sánchez

Juan José Imbernón González

Justo José Cano Sánchez

Psicólogo Clínico

Psiquiatras

ESMD-ÚBEDA, 1ª Edición 1999

INDICE

Introducción

I. ASPECTOS GENERALES

Capítulo 1. Panorama general de las terapias cognitivas

Capítulo 2. Principios básicos de la psicoterapia cognitiva de urgencia (P.C.U)

Capítulo 3. El perfil básico de la P.C.U

Capítulo 4. La sesión inicial

Capítulo 5. Segunda a quinta sesión de la P.C.U

Capítulo 6. Métodos de intervención en la P.C.U

II. APLICACION A DISTINTOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Capítulo 7. La P.C.U de la depresión

Capítulo 8. La P.C.U de la manía

Capítulo 9. La P.C.U del trastorno de angustia

Capítulo 10. La P.C.U del intento suicida

Capítulo 11. La P.C.U de los estados psicóticos agudos

Capítulo 12. La P.C.U de las enfermedades físicas o cirugía

Capítulo 13. La P.C.U del trastorno por estrés postraumático

Capítulo 14. La P.C.U de los trastornos disociativo

Capítulo 15. La P.C.U con niños

Capítulo 16. La P.C.U con ancianos

Bibliografía

INDICE

Introducción

I. ASPECTOS GENERALES

Capítulo 1. Panorama general de las terapias cognitivas

Capítulo 2. Principios básicos de la psicoterapia cognitiva de urgencia (P.C.U)

Capítulo 3. El perfil básico de la P.C.U

Capítulo 4. La sesión inicial

Capítulo 5. Segunda a quinta sesión de la P.C.U

Capítulo 6. Métodos de intervención en la P.C.U

II. APLICACION A DISTINTOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Capítulo 7. La P.C.U de la depresión

Capítulo 8. La P.C.U de la manía

Capítulo 9. La P.C.U del trastorno de angustia

Capítulo 10. La P.C.U del intento suicida

Capítulo 11. La P.C.U de los estados psicóticos agudos

Capítulo 12. La P.C.U de las enfermedades físicas o cirugía

Capítulo 13. La P.C.U del trastorno por estrés postraumático

Capítulo 14. La P.C.U de los trastornos disociativo

Capítulo 15. La P.C.U con niños

Capítulo 16. La P.C.U con ancianos

Bibliografía

INTRODUCCION

Este libro espera presentar los principios y técnicas básicas de la psicoterapia cognitiva de urgencia (P.C.U) de manera clara, concisa y útil para el clínico.

Con frecuencia los manuales de urgencias psiquiátricas presentan algunos principios generales de intervención psicológica, a los que suelen dedicar poco espacio por considerarlos secundarios a las intervenciones farmacológicas. Esto es más frecuente en presencia de trastornos graves como los estados psicóticos agudos o las crisis de pánico. Nosotros no pretendemos ni mucho menos rebatir la gran relevancia de las intervenciones psicofarmacológicas en las urgencias psiquiátricas, nuestro interés se dirige más bien en complementarla con las intervenciones psicológicas estructuradas y útiles a partir de los enfoques cognitivo y/o cognitivo-conductual y constructivista-experiencial de la psicoterapia.

La psicoterapia cognitiva constituye en la actualidad uno de los enfoques terapéuticos más útiles para multitud de trastornos psicológicos. Sin embargo no conocemos ninguna guía o manual del mismo para las urgencias psiquiátricas. En esta obra, desde de los principios generales de las terapias cognitivas (o cognitivas-conductuales) y constructivistas-experienciales pretendemos cubrir esta deficiencia.

Partimos de una estructura similar al manual de psicoterapia de urgencias de Bellack y Siegel (1986), dedicado a un enfoque psicodinámico de las urgencias, y del libro de Slaikeu (1988) dedicado a la intervención en crisis desde un modelo cognitivo conductual de tipo multimodal. En libro presenta un enfoque cognitivo (o cognitivo-multimodal) y su aplicación a diez áreas o trastornos psiquiátricos frecuentes en la clínica, servicios de urgencias psiquiátricas e interconsulta. Para cada uno de ellos se exponen 10 factores de actuación siguiendo los principios de la psicoterapia cognitiva de urgencia (P.C.U).

La P.C.U es una adaptación creada por nosotros de las terapias cognitivas a las urgencias psiquiátricas, que se basa en las formulaciones de Lazarus (terapia multimodal), Ellis (terapia racional emotiva conductual) y Beck (psicoterapia cognitiva), así como en otras terapias cognitivas-conductuales. Esperamos que este enfoque sea útil tanto para los especialistas de salud mental como para otros sanitarios implicados en la atención de las urgencias psiquiátricas.

I. ASPECTOS GENERALES

Capítulo 1. Panorama general de las terapias cognitivas

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a. C al 180 d. C) y de las religiones orientales budista y taoísta.

La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas por otros filósofos estoicos griegos (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y romanos (marco Aurelio, Séneca y Cicerón). También la religión fundada por Buda (556 a. C) se basaba en el dominio del sufrimiento personal mediante el manejo de las pasiones. Para alcanzar el estado de insensibilidad e indeterminación total (nirvana) había que manejar los falsos juicios del sujeto, contruidos en su pensamiento y actitudes.

La tradición cognitiva es continuada ya en el siglo XX por dos importantes psicólogos clínicos: Adler y Kelly.

Es Alfred Adler quien verdaderamente crea un método de terapia cognitiva estructurado (aunque no exactamente similar a la terapia actual cognitiva) basado en la concepción de los trastornos psicológicos como problema derivado de la forma en que las personas buscan sus metas o propósitos en la vida, generalmente inconscientes y estructuradas mentalmente mediante guiones, esquemas o estilos de vida personales.

Se puede considerar a G. Kelly como un teórico y clínico muy adelantado a su época. Cuando en los años 50 y 60 las teorías predominantes en el terreno de la personalidad y la psicoterapia eran las teorías psicoanalíticas, del aprendizaje y de los rasgos de personalidad, este autor, prácticamente en una posición marginal de la psicología generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal. Su tesis central es que las personas miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, los llamados "constructos personales". Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y construir la experiencia del sujeto. La terapia consistiría en una revisión de los constructos empleados por el paciente que se han convertido en disfuncionales y ayudarlo a formular nuevos constructos más funcionales.

A partir de los años 60 en el campo de la modificación de conducta tanto en su vertiente teórica tradicional (psicología del aprendizaje) como en su vertiente práctica clínica (terapia de conducta) van apareciendo de modo progresivo una serie de objeciones a las limitaciones del paradigma conductista tradicional. Estas objeciones se concentran en la insuficiencia de los modelos del aprendizaje puramente conductistas para explicar la conducta humana, así como la insuficiencia de los métodos de condicionamiento para modificar fenómenos complejos disfuncionales como el pensamiento, las actitudes y el lenguaje de los pacientes.

El resultado inmediato de las anteriores limitaciones en el campo de la modificación de conducta es la inclusión de las teorías y procedimientos de las terapias cognitivas, dando lugar a la llamada terapia cognitiva-conductual.

Arnold Lazarus (1983, 1985, 1986, 1987) crea una terapia cognitiva-conductual llamada "terapia multimodal" en la década de los 80. Este autor a pesar de su vinculación inicial a la terapia de conducta, no se consideró en ningún momento un conductista radical (Lazarus, 1983) y pronto advirtió las propias limitaciones de la terapia o modificación de conducta más tradicional. Fundamentalmente, ya en su obra "Mas allá de la terapia de conducta" (Lazarus, 1971) plantea la necesidad de adaptar la terapia a las características personales del individuo en cuestión, el análisis de la demanda de tratamiento (sobre la base de las expectativas, necesidades del paciente, actitudes personales y aspectos socioculturales) y el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de casos. Las modificaciones que hace a la terapia de conducta darían lugar a la llamada terapia multimodal.

La terapia multimodal es una terapia ecléctica técnicamente hablando, y una terapia cognitiva-conductual teóricamente considerada. El procedimiento multimodal se centra en buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular. Para ello analiza las características de cada caso en siete modalidades o dimensiones interrelacionadas en una especie de sistema global de funcionamiento personal. El tratamiento multimodal evalúa cada caso en esas siete dimensiones y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento a la medida.

La evaluación se inicia realizando el llamado "puenteo" que consiste en comunicarse con el/los demandantes en el nivel multimodal que se expresa en el motivo de consulta inicial. Después se complementa con la evaluación de las siguientes modalidades.

Nosotros hemos tomado las siete dimensiones iniciales de Lazarus, resumidas por Slaikeu (1988) en cinco áreas:

- Cognitiva: Auto diálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales.

Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Sueños, recuerdos e imágenes recurrentes de carácter molesto. Autoimagen física-corporal. Imágenes y fantasías preferidas. Efectos de las cogniciones (creencias, significados, pensamientos e imágenes conscientes e inconscientes) sobre las otras modalidades.

- Afectos: Emociones sentidas con más frecuencia. Emociones indeseadas. Que conductas presentan el sujeto cuando experimenta esas emociones.
- Somático: Sensaciones placenteras y displacenteras experimentadas. Medicamentos, drogas consumidas. Enfermedades físicas relevantes pasadas y actuales. Dieta, ejercicio y alimentación. Relación con las otras modalidades.
- Interpersonal: Estilo de relación con otras personas. Problemas relacionales en el ámbito de pareja, familia, trabajo, etc. Habilidades sociales y asertividad. Como afectan

y es afectado el paciente por esas relaciones. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.

- Conducta: Actividades y conductas manifiestas. Habilidades o actividades que desearía incrementar. Hábitos o actividades que desearía reducir. Habilidades o carencias conductuales. Gama de actividades agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).
- A finales de los años 50 e inicio de los años 60 aparecen las primeras terapias cognitivas actuales (las llamadas terapias cognitivas "semánticas" o "racionalistas" por sus críticos): La Terapia Racional Emotiva (T.R.E) de A. Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck.
- En 1958 Albert Ellis crea el modelo A-B-C de la terapia racional emotiva. La mayoría de las personas, según este modelo, mantienen que sus dificultades o sus trastornos de comportamiento (punto "C" de consecuencias, del modelo A-B-C) se producen a partir de los acontecimientos de su vida (punto "A" de acontecimientos, del modelo A-B-C). Así una persona dice estar deprimida y haber descendido su nivel de actividad (punto "C") a consecuencia de haberle dejado su pareja (punto "A"). Sin embargo no es ese acontecimiento quién determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien lo que esa persona se dice para sus adentros en su pensamiento, en su Auto diálogo interno sobre la importancia de ese acontecimiento, en base a sus actitudes o creencias personales (punto "B" de Belief, Creencia en ingles). Así una persona después de haberle dejado su pareja (punto "A") podría creer lo siguiente: "Mi vida no tiene sentido sin ella", "No podré seguir viviendo sin ella", "Esto no debería haber ocurrido", etc. (su punto "B") llevándole a sentirse emocionalmente trastornada (punto "C"). Siguiendo el modelo A-B-C, lo importante no sería tanto modificar el acontecimiento externo (a menudo no es posible a otros a volver con uno), ni medicar a la persona para no estar alterada en sus consecuencias (se puede hacer, y a veces puede ser lo más adecuado, pero suele ser inefectivo a largo plazo), sino hacerle consciente de sus auto dialogo internos autodestructivos e "irracionales", y que ella misma, mediante la terapia, aprenda a modificarlos hacia maneras más racionales y funcionales de asimilar esa experiencia. Esto no quiere decir que para la T.R.E todos los trastornos psíquicos estén causados por creencias y actitudes inadecuadas o disfuncionales, sino más bien que esas actitudes están implicadas en la mayoría de los trastornos psíquicos, aún en aquellos donde se supone una fuerte base biológica.
- Corría el año 1957, cuando A. Beck trabajaba como psicoanalista interesado en la investigación de la depresión. Buscaba, como mantenía el psicoanálisis, que en las depresiones había una hostilidad vuelta hacia uno mismo. Los resultados de su investigación no confirmaron esta idea. Esto le llevó inicialmente a cuestionarse la validez de la teoría psicoanalítica de la depresión, y más adelante, el psicoanálisis, que terminó abandonando.
- Los datos que obtuvo en su investigación reflejaban más bien que los pacientes depresivos "seleccionaban" de manera focalizada su visión de los problemas presentándolos como negativos.

Además encontró que la práctica del psicoanálisis, una terapia realmente larga (de tres y más años), arrojaba escasos resultados a la hora de mejorar a los pacientes

depresivos. Esto le motivó a centrarse más en los aspectos cognitivos de los trastornos psicológicos y de la psicoterapia.

- La terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de "distorsiones cognitivas". Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, que por lo general actúan a nivel "inconsciente" sin que la persona se percate de su papel. Esos significados o creencias subyacentes y tácitas reciben el nombre de "Esquemas cognitivos o Supuestos personales". Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes (p.e una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal) se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y pre-conscientes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p.e ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de conducta (p.e conducta de escape fóbica o problemas de relación de pareja). A esas cogniciones se les denominan "pensamientos automáticos".
- En la década de los 90 y para el próximo siglo las terapias cognitivas continúan su evolución. Las nuevas terapias cognitivas llamadas "constructivistas" critican a los modelos "racionalistas" (p.e la T.R.E de Ellis, y la Terapia Cognitiva de Beck) el partir de un modelo o visión objetiva y universal de la verdad y la realidad de donde se apuntan sus desviaciones o distorsiones. Para los constructivistas (Maturana, Guidano, Mahoney, etc.) no es posible establecer un acceso directo a la realidad, ya que esta está siempre en relación al sujeto y su contexto cultural mediante la cual es construida.
- Los constructivistas además postulan que las emociones no son el objetivo siempre a modificar en la terapia cognitiva, ya que a menudo contienen una valiosa información sobre los significados personales tácitos que habría que explorar más que modificar. Estos autores postulan que el trastorno emocional deriva de desajustes entre la experiencia emocional (a menudo relacionada con esquemas cognitivos pre-verbales) y su explicación consciente (a menudo regulada por esquemas cognitivos verbales como los que postulan los cognitivistas racionalistas). La terapia se constituye así en un proceso de exploración de estos desajustes de modo que el sujeto pueda equilibrar ambos niveles produciendo significados alternativos a través de procedimientos más explorativos que correctivos.
- Actualmente las emociones y el rol central de la relación terapéutica en las terapias cognitivas parecen los nuevos emergentes de teorización y trabajo terapéutico de estos enfoques.

Resumen:

1. La cuestión del rol central del significado en las terapias cognitivas.
2. Las terapias cognitivas (y cognitivas-conductuales) suelen ser multimodales en sus métodos de intervención. El significado puede ser modificado por varias vías de acceso.
3. Actualmente parece haberse generado tres macro modelos de terapias cognitivas: las terapias cognitivas semánticas (Ellis y Beck p.e), que mantienen el rol de las creencias disfuncionales y pensamientos distorsionados en la génesis de los trastornos; las terapias cognitivas-conductuales centradas en un equilibrio híbrido entre las teorías-intervenciones conductuales tradicionales y las cognitivas semánticas (p.e R. Lazarus) y los constructivistas centrados en la exploración de significados alternativos en un modelo anti absolutista.

Capítulo 2: Los 10 principios básicos de la psicoterapia cognitiva de urgencias (P.C.U)

- 1. La evaluación de los significados personales implicados en la urgencia a través de la narrativa de la historia clínica. La secuencia de activación del significado.
- 2. La evaluación del estado emocional más predominante y disfuncional.
- 3. La evaluación del estado físico y somático inmediato.
- 4. La evaluación de los problemas relacionales actuales o desencadenantes.
- 5. La evaluación de los problemas conductuales actuales.
- 6. La selección de procedimientos cognitivos de intervención según el orden de activación de la urgencia.
- 7. La selección de procedimientos de exploración y expresión afectiva según el orden de activación de la urgencia.
- 8. La selección de procedimientos de tipo médico y sensorial según el orden de activación de la urgencia y su gravedad.
- 9. La selección de procedimientos de tipo interpersonal según el orden de activación de la urgencia
- 10. La selección de procedimientos de tipo conductual según el orden de activación de la urgencia

Nosotros hemos conjugado los elementos más activos y aplicables de la terapia multimodal de Lazarus y la terapia cognitiva (así como elementos de otras terapias cognitivas-conductuales y constructivistas) a algunos de los trastornos más frecuentes en los servicios de urgencias psiquiátricas.

Aunque el formato de los 10 puntos está pensado para una terapia breve, también es aplicable como terapia multimodal a más largo plazo.

Nuestra combinación de enfoques terapéutico se basa en los 10 principios de la P.C.U: 5 de evaluación y 5 de intervención:

1. La evaluación de los significados personales implicados en la urgencia a través de la narrativa de la historia clínica. La secuencia de activación:

El enfoque P.C.U a diferencia de la terapia multimodal de Lazarus (1983) o el modelo multimodal de Slaikeu (1988) aplicado a las intervenciones en crisis, que presentan una interacción entre las diferentes modalidades de activación, presupone además que las distintas secuencias siempre están mediadas por significados personales. Sin embargo a diferencia de las terapias cognitivas y cognitivas-conductuales entiende por aspectos cognitivos no solo los pensamientos, imágenes y reglas o creencias personales de tipo verbal. Comparte con las formulaciones constructivistas y experienciales que los significados personales más tácitos pueden estar esquematizados o representados de manera no verbal.

La secuencia de activación multimodal implicaría siempre una activación del significado personal, activación que puede variar de sujeto a sujeto, o en el mismo sujeto en distintas ocasiones. La recogida del motivo de consulta de la urgencia, el inicio del trastorno, sus características y desarrollo debe de tener como eje como los implicados en la urgencia exponen sus significados personales respecto al mismo.

Esos significados personales se pueden exponer a través del relato del propio paciente y sus allegados, o a través de la indagación del clínico. Para ello es importante recabar información sobre las atribuciones causales ("¿A qué causa atribuye el paciente-allegados la situación de urgencias?") , Sus evaluaciones sobre los acontecimientos y personas implicadas, incluyéndose a él/ella misma (que piensa sobre ellos, que tipo de valoraciones hace) y sus significados personales (que le hace creer los pensamientos y valoraciones mantenidas por él y sus allegados).

Otro punto esencial en la recogida del motivo de consulta es la indagación de como se está activando el trastorno en su secuencia de modalidades, su orden de disparo. Por ejemplo, un estado de ánimo depresivo (modal afectivo) puede haberse activado tras una situación valorada como fracaso personal y signo de inutilidad (modal cognitivo), o tras la ingesta de un fármaco (modal somático). El orden de activación indicaría posibles áreas de intervención distintas (cognitiva en el primer caso, y médica en el segundo). Si bien es cierto que en trastornos más crónicos o duraderas todas las modalidades pueden estar implicadas de manera circular, y es difícil determinar un orden de disparo lineal; en las situaciones de urgencias puede ser factible detectar el orden de disparo de la urgencia. Para conseguir esto es esencial recabar información de los allegados y del mismo paciente de como se presenta el problema de urgencias, pidiéndole ejemplos concretos del mismo, en las situaciones que aparecen, pidiéndole datos de su secuencia, y si es posible observando o auto-observando el problema.

Es importante que el terapeuta sintonice con el canal en el que comienza el paciente a comunicar su experiencia, la modalidad expresada con preferencia (cognitiva, afectiva, somática, interpersonal o conductual) y que le cuestione inicialmente por datos de esa modalidad ("puenteo" de Lazarus, 1983) y que continúe completando el cuadro de activación de la secuencia de la urgencia por las otras modalidades ("rastreo de Lazarus, 1983). Esto es aun preferible aún en el caso de que el terapeuta se haga una idea de diagnóstico presuntivo

de la urgencia, pues facilita la sensación de empatía con el sujeto y la misma relación terapéutica.

2. La evaluación del estado emocional más predominante y disfuncional:

El estado emocional presente en la urgencia al ser inmediato y estar aquí presente en la situación de exploración clínica suele ser uno de los motivos de consulta más habitual. Un estado emocional de alta intensidad puede estar indicando varias cosas:

- La presencia de unas valoraciones específicas de los acontecimientos acaecidos: por ejemplo de pérdida e incapacidad en un estado depresivo, de amenaza en un estado de ansiedad o paranoide, de injusticia en un estado de ira, o de visión maniaca en un estado eufórico excesivo.
- La presencia de significados, creencias o actitudes personales tácitas o inconscientes para el propio sujeto: por ejemplo sus exigencias de ser amado de manera absoluta, y la presencia de malestar por no cumplirse tal exigencia.
- La falta de conciencia o articulación de necesidades, sentimientos y deseos personales autorreferidos de manera consciente de manera inadecuada. Por ejemplo: Una persona con una experiencia no consciente de ira hacia una persona cercana, que se explica a sí misma sus "síntomas" corporales" como estado de ansiedad o enfermedad física.

Por lo tanto el clínico no solo está atento a que los estados emocionales indiquen estilos de pensamiento o actitudes personales más o menos conscientes, sino también a que representen señales de procesos y significados más tácitos o inconscientes que habría que explorar antes que siempre intentar modificar por su apariencia disfuncional. Ante esta última posibilidad los principios de evaluación y exploración de las terapias experienciales o psicodinámicas pueden ser lo más indicado.

El estado emocional puede también vincularse a ciertas sensaciones, enfermedades físicas o ingesta de tóxicos (modalidad somática), problemas o cambios en las relaciones con otros significativos (modalidad interpersonal), determinadas conductas o actos personales (modalidad conductual), amén de los aspectos cognitivos antes mencionados.

La P.C.U mantiene que aunque la secuencia en la que aparece un estado emocional puede ser iniciada por alguna de las modalidades señaladas, por lo general en el mismo la mediación cognitiva es un importante determinante del mismo. Ahora bien, esa mediación no se articula solo por pensamientos, valoraciones o creencias en forma de reglas verbales, como mantienen las terapias cognitivas de Ellis y Beck. La cognición en sentido amplio incluye también significados personales codificados de manera preverbal en forma de imágenes, sensaciones y acciones motoras. A esos significados no se puede acceder directamente por vía verbal, por que no están codificados de esa manera. Los métodos de las psicoterapias experienciales y constructivistas pueden ser los adecuados para acceder a estas experiencias subjetivas (p.e la focalización).

3. La evaluación del estado físico y somático inmediato:

Este aspecto de la evaluación cubre el tradicional campo de las urgencias psiquiátricas, tanto en su vertiente de diagnóstico diferencial de la urgencia psíquica con otros trastornos orgánicos como de las posibles causas orgánicas o endógenas de la urgencia presente.

Habitualmente cuando la urgencia presentada no parece relacionada directamente con eventos precipitantes de tipo situacional o biográfico del sujeto, se puede sospechar la posibilidad de una mediación somática directa o inferida con mayor o menor evidencia (p.e las teorías bioquímicas de las psicosis o la depresión). Sin embargo aún en estos casos, como afirma Lazarus (1983), el resto de las modalidades señaladas suelen estar implicadas en determinadas secuencias de activación. Por lo tanto, a pesar del hallazgo o la hipótesis de una base biológica para un determinado trastorno, habría que calibrar la interacción y el papel de los otros factores o modalidades en el mismo. También puede ser cierto que al resolver o reducir la implicación disfuncional de la perturbación biológica (modal somático) se modifique toda la secuencia del resto de modalidades (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual) y remita la urgencia.

Para esta modalidad es relevante el diagnóstico clínico de la sintomatología (modelo médico) ya que puede permitir el generar pistas de la etiología y su tratamiento.

A pesar de ello es importante aclarar que aunque hoy en día este comprobado la suma utilidad, pongamos por ejemplo, de los psicofármacos en determinados trastornos (p.e psicosis, trastornos afectivos, etc.), sería sesgado concluir que los únicos factores implicados en la etología y posible tratamiento de los mismos son solamente de orden biológico.

En la evaluación del estado físico y somático junto al diagnóstico de las enfermedades, se podría incluir aspectos referentes a la alimentación, la dieta, el consumo de tóxicos, la gama de sensaciones físicas-corporales placenteras y displacenteras (incluidas las sexuales) que presenta el sujeto. Esto da lugar a considerar no solo los aspectos de queja y malestar sino también a incluir otros aspectos más integrales del estado de salud general.

Otro aspecto importante a considerar cuando se trata de urgencias relacionadas con la interconsulta de otros servicios médicos a los profesionales de salud mental (p.e de oncología, de medicina interna, de cirugía, etc.) es considerar el significado personal que tiene para el sujeto el impacto de su enfermedad, sus vivencias de la misma y los cambios que genera o pueden generar en su estilo de vida.

4. La evaluación de los problemas relacionales actuales o desencadenantes:

Para los terapeutas interpersonales y sistémicos es frecuente considerar que los problemas de los pacientes están causados por sus estilos de relación personal con otras personas o forman parte de un sistema más complejo de relaciones donde ese problema juega un papel central en el mantenimiento del propio sistema.

Los modelos interpersonales suelen considerar que la urgencia presentada al clínico procede del estilo general de relación de una persona con otras significativas de su entorno, de su personalidad en funcionamiento con otros. Suelen además considerar que las personas que interactúan con el paciente con estos estilos tienden a complementarlo con sus propias acciones. Por ejemplo, el paciente con un estilo paranoide puede generar con sus sospechas injustificadas y reticencia el rechazo y agresividad de quienes le rodean, incluido el clínico; confirmándose así su visión de los demás y su estilo de relación con ellos. Los modelos cognitivos actuales han incluido este factor (p.e Safran y Segal, 1994) y consideran que el terapeuta que atienda un cliente (en este caso en situación de urgencia) debe de estar alerta a sus propios sentimientos y acciones hacia sus clientes, a la llamada contratransferencia, de modo que pueda percatarse no solo de que esquema de relación tiene el paciente, sino de cómo el mismo puede estar ayudando a mantenerlo inconscientemente.

Los modelos sistémicos suelen mantener el principio de causación circular. El trastorno presentado por el paciente es causado por otras interacciones y creencias del sistema en cuestión (p.e la familia) y contribuye a mantener como causa esas interacciones y creencias.

El modelo cognitivo a menudo se presenta erróneamente como modelo de causación lineal (las cogniciones causan las emociones y conductas disfuncionales), cuando en realidad mantiene un modelo de causación interactivo (circular también) entre cogniciones, afectos y conductas. La formulación de Lazarus de su modelo multimodal, aun es mas explicita al defender un modelo de sistemas en interacción donde entra a formar parte la modalidad social o interpersonal.

Nosotros, en la línea de Lazarus, mantenemos que en determinados casos, aunque no siempre, el trastorno o la urgencia pueden jugar un importante papel en el mantenimiento de un sistema como puede ser una pareja o una familia. De aquí se deriva que un punto a valorar es como la urgencia puede derivarse de un conflicto del sistema (relación de pareja, relación familiar) y/o como puede estar afectando al mantenimiento de ese mismo sistema en la causalidad circular en la que está inmersa. Desde la P.C.U a la hora de valorar el funcionamiento interpersonal es necesario contar con la "contratransferencia" interpersonal del terapeuta hacia el caso en cuestión como con la evaluación de la urgencia en su sistema.

El método de "observación participante" que consiste en estar atento a las propias reacciones emocionales hacia el paciente, según que acciones de este se presenta en la urgencia, pueden ayudarnos a clarificar que significados interpersonales está poniendo en juego el paciente en la relación con nosotros, que podría ser un exponente de su estilo de relación interpersonal general con otros.

La evaluación de la secuencia e interacción entre creencias y acciones de un sistema implicado en una urgencia puede hacerse preguntando alternativamente por los significados de las acciones de los otros a los implicados en la misma (p.e preguntando a cada uno de ellos como le hace sentir-hacer la acción del otro y que significa para él/ella) mediante el cuestionamiento llamado de "preguntas circulares". Este método de detección de la secuencia interactiva creencias-acciones de varias personas implicadas en torno a un problema, ha sido

usado tanto por los terapeutas cognitivos racionalistas (p.e Hubert y Baruth, 1989) como por los constructivistas (p.e Procter, 1987).

5. La evaluación de los problemas conductuales actuales:

Evaluar la conducta presente en la situación de urgencia supone tener en cuenta si esta se presenta como un exceso de la conducta considerada funcional (p.e conducta de evitación, rituales, etc.) o como un déficit de conductas o habilidades para el afrontamiento de las situaciones (p.e falta de habilidades sociales). En determinadas urgencias como los cuadros depresivos o los estados maniacos puede haber un déficit o exceso de actividad que interfiere con el funcionamiento adecuado del sujeto. Este nivel de actividad suele estar relacionado con las otras modalidades (p.e significado de pérdida en la depresión y descenso de la actividad), y mediante el mismo el sujeto hace funcionar sus significados personales en su vida cotidiana. Normalmente las actividades del sujeto expresan sus motivaciones, intereses o "reforzadores". Por lo tanto, evaluar conductas significativas en una urgencia, junto a las contingencias que parecen mantenerla genera pistas para acceder a los significados del paciente y diseñar la intervención.

Autores como Bandura (1984) sostienen que los procedimientos conductuales (p.e entrenamiento en habilidades) son a menudo los más eficaces no solo para cambiar las conductas, sino también los significados con ellas asociadas. Incluso la terapia cognitiva de Beck (1979) propone los llamados "experimentos personales" para recoger evidencias a través de actividades conductuales para modificar significados personales. También la terapia racional emotiva, junto con la mayoría de las terapias cognitivas defienden las "tareas inter-sesiones" como esenciales para el cambio terapéutico.

La P.C.U como el resto de las terapias cognitivas-conductuales destaca la importancia de recoger datos sobre la secuencia de antecedentes-significado personal-conducta significativa-consecuencias, la interacción cognición-afecto-conducta, la interacción más amplia de las modalidades y las hipótesis de significados personales (análisis funcional cognitivo-conductual), contando sobretodo, cuando es posible con la entrevista con el propio paciente, sus allegados, la observación de "muestras de conducta" en la misma sesión de urgencias, los cuestionarios, etc.

6. La selección de procedimientos cognitivos de intervención según el orden de activación de la urgencia:

Los procedimientos cognitivos tienen como objetivo modificar las cogniciones (pensamientos e imágenes) disfuncionales y generar significados alternativos a los implicados en las urgencias.

Aunque en la P.C.U se considera que todos los procedimientos multimodales van encaminados a generar significados alternativos a los implicados en el malestar, considera como propiamente cognitivos a aquellos que se dirigen directamente a modificar los pensamientos, imágenes y significados personales disfuncionales.

La P.C.U destaca como más relevantes los siguientes procedimientos cognitivos: (1) Explicar al sujeto el modelo A-B-C (Ellis) o el de la relación pensamiento-afecto-conducta (Beck) en

aquellas urgencias donde predomine la secuencia de disparo cognitivo, (2) Usar la explicación de la diferencia de creencias racionales versus irracionales y el registro-debate de creencias irracionales (3) Usar el registro y cuestionamiento sobre la base de evidencias de los pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales, (4) Usar las auto-instrucciones de inoculación al estrés en casos de estresores puntuales y (5) Usar los procedimientos constructivistas de tipo narrativo y de exploración de la diferencia experiencia-explicación.

Los procedimientos cognitivos de trabajo con creencias irracionales parecen más accesibles a sujetos con crisis recientes de corta duración.

Los procedimientos de inoculación al estrés son asequibles a sujetos que se enfrentan a estresores particulares. Los procedimientos de trabajo con pensamientos automáticos y supuestos personales (verbales) parecen un acercamiento aconsejable a sujetos con distimia y trastornos de ansiedad, así como aplicable a sujetos con patologías más graves (p.e. trastornos de personalidad y psicóticos). Los procedimientos constructivistas pueden ser una alternativa a los procedimientos cognitivos anteriores cuando aquellos no dan el resultado esperado o una elección inicial, especialmente con sujetos resistentes al cambio.

Cuanto más grave sea la intensidad de la urgencia o el nivel sociocultural del paciente, menos indicado estará el acceso a los significados personales mediante procedimientos cognitivos directos, al menos en las fases iniciales. En estos casos pueden estar indicado procedimientos más conductuales o somáticos.

Los procedimientos cognitivos parecen indicados por lo general en los casos de urgencias por depresión, intento de suicidio, trastornos de ansiedad, y tratamiento de apoyo de la manía y las psicosis agudas.

Desde la P.C.U junto a las indicaciones generales, el clínico se decidirá por un procedimiento cognitivo cuando evalúe que en una determinada secuencia de activación del significado parece prioritario el trabajo directo con las cogniciones (pensamientos e imágenes) o cuando se trate de sujetos difíciles o resistentes al cambio. En este último caso puede ser más factible trabajar con una estrategia constructivista de exploración personal o con procedimientos de exploración y expresión afectiva menos directivos, donde el terapeuta parte de un enfoque no preconcebido de los significados personales que fallan y hay que reparar.

7. La selección de procedimientos de exploración y expresión afectiva según el orden de activación de la urgencia

Habitualmente las terapias cognitivas han considerado las emociones como expresiones o productos de las cogniciones disfuncionales que había que reducir o modificar. Lo más que se había considerado era diferenciar entre emociones disfuncionales derivadas de las creencias irracionales y emociones funcionales derivadas de las creencias racionales (Ellis y Grieger, 1990). Las terapias cognitivas beckianas y ellisianas han considerado que el momento más adecuado para el empleo de las intervenciones cognitivas era cuando el afecto estaba activado y se hacía presente, pues entonces podía detectarse su fuente cognitiva.

Actualmente, asumiendo los puntos anteriores, sé amplio la cuestión de la afectividad a su exploración. El afecto no solo representa algo a eliminar, sino también la llave a los significados personales más tácitos o inconscientes.

Las terapias cognitivas constructivistas y experienciales (Guidano, 1994; Mahoney y Neimeyer, 1995; Greenberg, Rice y Elliot, 1996, etc.) defienden que hay una diferencia entre los significados otorgados más estructurados verbalmente a las experiencias (que derivarían de las creencias más semánticas al estilo de la propuesta de Ellis y Beck) y aquellas de nivel más tácito, a menudo de carácter más nuclear y pre-verbal. Los significados más verbales a menudo conforman las "explicaciones" del sujeto a su experiencia emocional, mientras que los pre verbales conforman el significado emocional profundo de esa experiencia. Por lo tanto las técnicas cognitivas semánticas (Ellis, Beck, p.e) podrían ser inadecuadas para trabajar con esos significados.

Los terapeutas más orientados experiencialmente eligen técnicas de exploración de las experiencias, a través de indicadores que el paciente trae a consulta en su malestar. Así, por ejemplo un paciente con una experiencia emocional confusa o no simbolizada o explicada adecuadamente podría ser invitado a explorar esta experiencia a través del procedimiento de la focalización (Greenberg, Rice y Elliot, 1996).

De esta manera el terapeuta tiene la opción de elegir un procedimiento de reducción de la activación emocional mediante las técnicas habituales cognitivas conductuales (relajación, reestructuración cognitiva, etc.) o explorar las emociones displacenteras, sobre todo cuando el sujeto parece mínimamente consciente de su significado. En este último caso las técnicas de tipo experiencia derivadas de la terapia rogeriana (principios de la relación no directiva) y la Gestalt (focalización, silla vacía, etc.) podrían ser las adecuadas para la exploración de los significados del trastorno.

Las intervenciones experienciales parecen más indicadas en casos donde el sujeto parece no avanzar con las intervenciones cognitivo-conductuales entandares, cuando aparecen conflictos decisionales o experiencias subjetivas poco comprendidas a pesar de los esfuerzos racionales.

Normalmente el terapeuta propone las intervenciones de exploración como invitaciones a ponerse en contacto con sentimientos y significados personales poco entendidos o captados conscientemente. Los cambios de humor, los síntomas de angustia vividos como amenazantes para la seguridad personal, y las reacciones personales vividas como desproporcionadas, pueden ser indicaciones de activación de significados propicios a las intervenciones exploratorias.

8. La selección de procedimientos de tipo médicos y sensoriales según el orden de activación de la urgencia y su gravedad.

Con frecuencia la primera medida de intervención de urgencias psiquiátricas son los fármacos. Esto es así porque es frecuente que el sujeto de la urgencia llegue en un estado de

funcionamiento personal donde su capacidad de decisión está limitada, o por las mismas expectativas en los demandantes de la urgencia.

No toda urgencia, sin embargo debe ser abordada de entrada con fármacos o solo con ellos. En los casos donde el sujeto de la urgencia pueda exponer sus dificultades o la ansiedad o agitación no sea elevada, la escucha del relato del sujeto debe ser la primera medida a tomar.

En los casos donde se evidencia un nivel de ansiedad elevado con escaso autocontrol, la detección de deterioro orgánico o perturbaciones con componente psicótico (incluido los trastornos afectivos) es necesaria una rápida intervención médica a fin de restablecer el equilibrio funcional del sujeto. Una vez conseguido esto es deseable articular el significado subjetivo del paciente de los eventos desencadenantes y de su biografía experiencial a través de la entrevista y otros procedimientos de evaluación. Y esto suele ser adecuado aún en los casos donde algunos clínicos tienen una concepción exclusivamente biológica de algunos trastornos, ya que aquí también los significados personales seguirán jugando un papel esencial (p.e la actitud del sujeto con trastorno bipolar o esquizofrenia y sus familiares sobre la medicación o su concepción sobre la enfermedad que padece-conciencia de enfermedad).

Respecto al manejo de síntomas somáticos de malestar (ansiedad, dolor crónico en enfermedades, y otros síntomas psicosomáticos) parece que lo más adecuado es emplear procedimientos de reducción de su base emocional (medicación, cognitivos conductuales como la relajación, visualización y desensibilización) junto con otros derivados de la exploración de sus significados más tácitos, apuntados en el apartado de las intervenciones en el área afectiva.

9. La selección de procedimientos de tipo interpersonal según el orden de activación de la urgencia:

Para los seguidores de la teoría del apego (Bowlby, 1971), los terapeutas psicodinámicos breves (p.e Strupp y Binder, 1984), los terapeutas interpersonales (p.e Klerman, 1984) y los terapeutas cognitivos interpersonales (Safran y Segal, 1994) hay una relación entre la activación de significados personales relacionados con el estilo afectivo y de vinculación-relación del sujeto con otras personas con las que se relaciona y el malestar o urgencia que presenta actualmente.

Estos autores sostienen que muchos de los trastornos clínicos, incluidas las urgencias psiquiátricas se relacionan directamente con las relaciones interpersonales del sujeto con otros significativos y los cambios producidos en estas relaciones.

Los teóricos del apego y de las teorías cognitivas-interpersonal es y constructivistas parten de la teoría de que el sujeto cuando siente amenazada su sistema de vinculación afectiva por la interrupción real o percibida de sus relaciones significativas genera ansiedad e interrumpe automáticamente el procesamiento de información externa e interna de su experiencia, generando disfunción emocional.

Los teóricos interpersonales se centran en los problemas psicosociales e interpersonales del enfermo mental. Sostienen que muchos de los trastornos mentales se relacionan con el contexto psicosocial del enfermo; contexto donde habría que intervenir.

También los terapeutas sistémicos (p.e Minuchin, Selvini-Palazzoli, Watzlawick, etc.) destacan el rol que un enfermo mental puede jugar en el mantenimiento de un sistema (p.e el problema del niño evita la confrontación directa de la mala relación conyugal que podría llevar a su disolución).

Por último en los modelos cognitivos-conductuales también se considera la importancia de los factores interpersonales y el trastorno emocional al menos desde tres ángulos: (1) Como estresor desencadenante o recidivante (p.e la emoción expresada por la familia y las recaídas en un paciente psicótico, (2) Como potencial de habilidades sociales (p.e déficits de habilidades sociales en un sujeto con fobia social) y (3) Como estilo de relación personal con otros, incluido el propio terapeuta (p.e los estilos de relación de los distintos rasgos y trastornos de personalidad y la reconsideración de la relación terapéutica en las teorías cognitivas-conductuales) .

De lo anterior podríamos deducir que es importante averiguar el papel que el síntoma-urgencia juega en el grupo del sujeto-paciente, del significado otorgado por el sujeto a los cambios habidos en sus relaciones interpersonales, de cómo afecta el sujeto a los otros miembros de su familia-conocidos y del papel de estos en el mantenimiento de su malestar.

Si se detecta alguno de los datos apuntados anteriormente y juegan un papel relevante en el trastorno o urgencia en cuestión, el trabajo conjunto con la familia, pareja, amigos y otros significativos pueden estar indicados.

Además el terapeuta ante la presencia de un determinado estilo de relación disfuncional por parte del paciente deberá estar atento de no confirmarlo con sus propias reacciones "contratransferenciales". En este caso el manejo de la relación terapéutica puede ser central o complementario a otras intervenciones.

10. La selección de procedimientos conductuales según el orden de activación de la urgencia:

Los procedimientos conductuales en la tradición conductista se dirigen bien al manejo de los antecedentes de conductas específicas (p.e el control de estímulos), sus consecuencias (p.e procedimientos de refuerzo y extinción), la reducción de conductas excesivas (p.e reforzamiento diferencial) y el incremento de déficits conductuales (p.e el moldeamiento y el modelamiento). Las terapias cognitivas usan a menudo los métodos conductuales para contrastar los significados personales del sujeto. Es frecuente el diseño de "experimentos conductuales" en la terapia cognitiva de Beck para modificar significados personales (p.e la recogida de evidencia de la creencia de ser un inepto frente a áreas de manejo específico) o las propias interpretaciones subjetivas (p.e diarios de actividades de dominio-agrado en sujetos depresivos con generalizaciones de pérdida de placer). El entrenamiento en habilidades de conducta en la terapia cognitiva conlleva no solo el manejo de situaciones

problemas concretos (p.e habilidades sociales en un sujeto con fobia social para el manejo de sus relaciones sociales) sino también dirigido a explorar nuevos significados alternativos (p.e juego de roles, rol fijo, etc.) o para modificar el propio auto concepto negativo.

Con sujetos con un grado de deterioro o gravedad alto o con escasos recursos de afrontamiento, o bien en casos de conductas problemáticas específicas en niños, o hábitos concretos, las intervenciones conductuales suelen ser las intervenciones prioritarias. A mayor gravedad del caso, más prioridad inicial a acceder a los significados disfuncionales por vía conductual.

La presencia de una urgencia donde se evalúa que su secuencia de activación está precedida por un déficit o exceso conductual (p.e ingesta frecuente de una droga) suele ser indicativa de una intervención de tipo conductual, al menos en sus fases iniciales.

Resumen:

1. Los principios de la P.C.U se fundamentan en la evaluación e intervención multimodal según la secuencia de activación de la urgencia psiquiátrica. (Principio multimodal).
2. La activación de la urgencia psiquiátrica supone la presencia de significados personales de orden verbal o pre-verbal como núcleo central de la propia urgencia. (Principio cognitivo).
3. Las áreas de actuación de la P.C.U son aplicables a un formato de terapia más larga.

Capítulo 3: El perfil básico de la P.C.U

1. Cinco sesiones de 45 minutos, una vez a la semana.
2. Narrativa de la secuencia de activación.
3. Apreciación de los significados personales en la urgencia.
4. Consideración de los aspectos sociales y médicos.
5. Secuencia de intervención en la urgencia.
6. Decisión de terapia individual o con otros significativos.
7. Consideraciones sobre los psicofármacos y la hospitalización de urgencias

La duración estándar de las terapias cognitivas y cognitivas-conductuales es de unos 45 minutos. Las terapias de los trastornos del eje I (síndromes clínicos) se suelen desarrollar a lo largo de 10-20 sesiones, y de más duración (p.e 2 o más años) en el tratamiento prolongado de los trastornos de la personalidad o las psicosis. La P.C.U se propone con una duración media de 5 sesiones de 45 minutos, duración general que puede adaptarse a cada caso concreto.

Un aspecto clave es recoger ya a partir del motivo de consulta del paciente y sus allegados la secuencia de activación de la urgencia, y los antecedentes del sujeto a partir de la historia clínica (salvo en urgencias más graves donde estos datos se pueden posponer hasta que la urgencia remita en su intensidad). La secuencia de activación de la urgencia supone recoger datos con el paciente y sus allegados de los antecedentes inmediatos que han motivado la

urgencia, si es posible detectarlos, así de como se manifiestan esta en su modalidad y el significado subjetivo o del grupo otorgado a esta.

Es importante iniciar la entrevista poniéndose en el mismo canal predominante de expresión de la urgencia por parte del paciente (modalidad cognitiva, afectiva, somática, interpersonal o conductual) de modo que pueda facilitarse la recogida amplia de datos de esta y facilitar al mismo tiempo la colaboración del paciente/allegados en esta tarea ("puenteo" de A. Lazarus, 1983). A continuación el clínico indagará al paciente y sus allegados por los factores desencadenantes de tal urgencia, si es el caso; y de nuevo tendrá en mente las distintas modalidades de activación (cognitiva, afectiva, somática, interpersonal o conductual). El tercer paso será recabar información del significado personal tanto de las modalidades de activación, como del mismo malestar que genera la urgencia: pensamientos, atribuciones y significados que tiene el paciente y sus allegados sobre los eventos modales de activación y el propio malestar.

Así por ejemplo, suponiendo que el sujeto presente un cuadro depresivo manifestado sobretodo mediante la modalidad afectiva y somática y antecedido por problemas de relación de pareja, pedirá información de los síntomas en esa modalidad (p.e pérdida de interés, apatía, problemas de apetito y sueño, etc.), así mismo como datos sobre los cambios habido recientemente en la pareja y el significado que tiene para el propio sujeto (lo que piensa y significa para él/ella). Otro cuadro depresivo manifestado por síntomas somáticos y afectivos más anómalos (p.e despertar precoz, empeoramiento vespertino, anorexia, etc.) precedido por antecedentes poco claros o estacionales), podría hacer decantar al clínico hacia la posibilidad de un cuadro de depresión mayor melancólica. Aún en este caso es importante recoger el significado que el sujeto otorga a su estado y a las atribuciones de malestar. Esta última información podría tener relevancia en el tratamiento, aunque este fuera principalmente médico (p.e seguimiento de las prescripciones, conciencia de enfermedad, etc.).

De manera gráfica podemos representar el modelo de activación de la urgencia psiquiátrica mediante un modelo similar, aunque algo modificado, al de la T.R.E de Ellis:

A B C

- **A = Acontecimiento activador como modalidad activadora:**
 - - Cognitiva (p.e pesar i imaginar un evento anticipadamente)
 - Afectiva (p.e cambio de humor o estado anímico)
 - Somática (p.e ingesta de un tóxico y sus efectos)
 - Interpersonal (p.e separación conyugal)
 - Conductual (p.e conducir un automóvil)
- **B = Pensamientos evaluativos y significados personales verbales y no**
 - - Verbales sobre:
 - Acontecimientos activadores
 - Consecuencias o cuadro clínico de la urgencia
-

- **C = Consecuencias o cuadro clínico de la urgencia**

- - Cognitiva (p.e actividad delirante y alucinatoria)
 - Afectiva (p.e estado depresivo)
 - Somática (p.e cefaleas)
 - Interpersonal (p.e protección familiar)
 - Conductual (p.e descenso de la actividad o conductas de evitación)

De cara a seleccionar la secuencia de intervención será deseable averiguar cómo se ha producido la secuencia de activación A-B-C, de modo que las estrategias de intervención se adecue a sus componentes, aunque el cuadro clínico sea similar.

Los aspectos sociales y médicos son tenidos en cuenta en el mismo modelo A-B-C de la activación de la urgencia y su significado, ya sea como antecedentes o consecuencias de la misma. La desproporción entre la reacción del sujeto y los eventos desencadenantes, la dificultad para encontrar eventos particulares de licitación de la urgencia, o la presencia de determinados síntomas somáticos o psiquiátricos de gravedad, aumenta la posibilidad de investigar posibles causas orgánicas o seleccionar un tratamiento médico inicial. De la misma manera el soporte y apoyo social del sujeto y su implicación en conflictos relacionales ha de ser tenido en cuenta de cara a un pronóstico y tratamiento de la urgencia.

Respecto a la secuencia de intervención de la urgencia, lo deseable es detectar mediante la evaluación inicial de la secuencia A-B-C la presentación de la urgencia, y si esos factores continúan en la actualidad. De esa manera el tratamiento seleccionado deberá adaptarse al perfil de como se presenta esta. Por ejemplo, un sujeto donde ha aparecido un cuadro depresivo (punto C) caracterizado por síntomas somáticos de insomnio, apatía e ideas suicidas, tras la existencia de conflictos conyugales (punto A) y con un significado personal relacionado con la escasa valía personal si no hay apoyo afectivo, podría requerir una intervención inicial del punto más urgente de la secuencia (p.e terapia cognitiva para las ideas suicidas, o medicación para los síntomas depresivos-ansiosos más fuertes), así como posteriormente o paralelamente atención y requerimiento de trabajo conjunto con la pareja y/o terapia individual paralela de corte cognitivo para abordar los significados personales implicados directamente. La evaluación dará pistas sobre la conveniencia de terapia individual sola y/o con terapia conjunta con familiares, pareja u otros significativos.

Los fármacos tiene un papel esencial en muchas urgencias, sobre todo en los síndromes de agitación, ansiedad extrema y componentes psicóticos agudos. La P.C.U comparte la importancia de los fármacos en estas y otras urgencias psiquiátricas, pero añade que junto a las propiedades farmacológicas del producto, está el significado que el sujeto otorga al mismo. Un sujeto con escasa conciencia de enfermedad puede vivir la prescripción como un acto autoritario del clínico y no seguir las indicaciones del mismo, o puede con su actitud paranoide vivir la prescripción como un acto persecutorio. Es esencial detectar las opiniones, pensamientos y significados del sujeto objeto de la prescripción a fin de abordar posibles problemas de seguimiento de los mismos. Normalmente las terapias cognitivas han concedido una importancia fundamental a los modelos psico-educativos de las distintas patologías, incluido su abordaje; así mismo como a obtener feedback constante de la opinión y

pensamientos-temores del paciente sobre las prescripciones, a fin de corregir posibles distorsiones que pudieran afectar a su seguimiento.

Determinados casos de urgencias deben de requerir de un ingreso hospitalario breve cuando su manejo ambulatorio o contención familiar se hace imposible. Las sesiones de la P.C.U pueden entonces ser aplicadas en el servicio de hospitalización breve, por ejemplo a razón de una diaria, tras remitir quizás inicialmente la mayor intensidad del trastorno con psicofármacos.

Hay que tener en cuenta que para la mayoría de los terapeutas cognitivos los psicofármacos tienen un efecto más bien de tipo sintomático, mientras que las terapias cognitivas se dirigirían a la vulnerabilidad subyacente del trastorno. Por poner una metáfora, los psicofármacos se dirigiría a minimizar el dolor de muelas, y la P.C.U a la caries misma.

Resumen:

1. La P.C.U trata de averiguar la secuencia de activación del significado personal implicado en la urgencia.
2. La P.C.U considera el papel conjunto de trabajar con los aspectos psicológicos, sociales y biológicos del trastorno-urgencia y su posible interacción.

Capítulo 4: La primera sesión de la P.C.U

- 1. Motivo de consulta como modalidad narrativa: punto C
- 2. Evolución del síntoma principal: punto A cercano
- 3. Antecedentes personales y familiares: punto A lejano
- 4. El significado personal de la urgencia: punto B
- 5. Formulación de la secuencia de activación: Modelo A-B-C
- 6. La relación terapéutica
- 7. Contrato terapéutico

1. Motivo de consulta como modalidad narrativa: punto C

El terapeuta con un enfoque de P.C.U no difiere sustancialmente de otros clínicos cuando inicia su atención a una urgencia psiquiátrica. Recoge el motivo inicial de la consulta preguntando al paciente y a sus acompañantes sobre el problema o trastorno que les trae por el servicio en cuestión. Igualmente indagará sobre su duración, circunstancias vitales de aparición y grado de interferencia en su vida actual.

Desde el enfoque P.C.U se presta especial atención a que modalidad de expresión emplea el paciente y sus acompañantes para expresar el malestar objeto de la urgencia, la modalidad narrativa del síntoma principal motivo de la consulta. Una misma entidad clínica (p.e depresión) puede ser inicialmente expresada incidiendo el paciente en la visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y sus expectativas futuras (modalidad cognitiva), o bien incidiendo sobre la pérdida de interés y descenso de la actividad (modalidad conductual), los síntomas de pérdida de apetito, insomnio, etc. (modalidad somática), y así con las otras modalidades. El

terapeuta estará atento a la modalidad narrativa (como relata y cuenta su malestar, inicio, circunstancias, etc.) afín de sintonizar al mismo nivel del paciente como puente inicial de contacto con el mismo. A.A. Lazarus (1983) llama a esta actividad "puenteo".

Los datos del "puenteo" con el síntoma principal y los síntomas secundarios conformarán el punto C, del modelo A-B-C antes reseñado.

Con probabilidad la presencia de signos de psicosis, conductas de agitación o agresión requerirán intervenciones rápidas de contención física o psicofarmacológica al interrumpirse la posibilidad de conversar con el paciente, aun así el terapeuta explicará que estas intervenciones son harán para disminuir el malestar del paciente y ayudarle a manejar sus dificultades.

En la terapia P.C.U se diferencia de las terapias cognitivas, conductuales y constructivistas a más largo plazo en que aquellas se centran en acontecimientos activadores, consecuencias y significados más generales del sujeto y sus circunstancias, y este enfoque se centra casi exclusivamente en los acontecimientos activadores, consecuencias y significados objetos de la urgencia misma. La urgencia presentada puede enmarcarse en problemas más generalizados de la vida del sujeto, y tras su posible resolución requerir una terapia más continuada. También puede darse el caso de que la intervención de urgencia produzca el efecto "bola de billar" y modifique secuencias de malestar más amplias de la vida del sujeto. Para afianzar esta última posibilidad se trabaja con el modelo A-B-C de evaluación e intervención de la P.C.U

2. Evolución del síntoma principal: punto A cercano

Es importante recoger la duración, contexto de inicio y desarrollo del síntoma principal, como también conocer su secuencia de activación en función de sus modalidades predominantes. Para A.A. Lazarus (1983) parece que muchas personas tienen "modalidades de detonación" relativamente estables en distintas situaciones vitales. El estudio de la secuencia de activación es relevante para la selección de técnicas apropiadas de tratamiento.

El terapeuta preguntará paciente y/o a sus acompañantes ejemplos específicos de como se pone en marcha las secuencias del malestar objeto de la urgencia ("puenteo" de A.A. Lazarus, 1983). Partiendo de cómo y en qué canal relata el sujeto su malestar le preguntará por ejemplos recientes de en qué circunstancias ocurre, tras que eventos, etc.

Un sujeto relata la presencia de síntomas de ansiedad, sensación de ahogo, taquicardia y temor a un infarto (síntomas de la modalidad somática que se podrían catalogar como de pánico), tras un conflicto puntual con la pareja (modalidad interpersonal). El terapeuta tendrá una secuencia de activación inicial de tipo interpersonal-somática.

Otro sujeto puede presentar ansiedad y temor intenso (modalidad afectiva) ante sus interpretaciones infundadas y delirantes de ser espiado (modalidad cognitiva). El terapeuta tendrá en este caso una secuencia de activación inicial de tipo cognitivo-afectivo.

Detectar el eslabón modal en que se activa la secuencia de la urgencia (es decir la relación A-C del modelo) es importante de cara a seleccionar los procedimientos de intervención de manejo de la situación desencadenante o precipitante.

3. Antecedentes personales y familiares: punto A lejano

Cuando la circunstancia de la urgencia lo permite, puede ser de utilidad preguntar al sujeto sobre sus experiencias pasadas en su niñez, adolescencia y adultez, la existencia de trastornos mentales en su familia y las relaciones pasadas y actuales entre ellos, con la finalidad de entender la conexión pasado-presente en la que se enmarca la urgencia. Hay que tener en cuenta que el relato del sujeto se hace en términos de los significados personales que este hace de su experiencia, más que en la reminiscencia objetiva de hechos acaecidos.

El recabar datos biográficos y de los familiares permite al terapeuta generar hipótesis de la etiología del trastorno, no solo en el plano de los datos brutos de las experiencias relatadas (p.e la existencia de antecedentes depresivos en la familia) sino también del significado actual que el sujeto otorga a tales experiencias, y su posible conexión con la urgencia. Nos centraríamos así con una conexión Ap-Aa-C (Acontecimiento pasado-Acontecimiento actual y Consecuencia-Motivo de consulta).

4. El significado personal de la urgencia: punto B

Las terapias cognitivas y constructivistas se interesan por significados personales de ámbito general como las creencias personales generalizadas, los significados del sí-mismo o los estilos de pensamiento distorsionados del sujeto. Aunque la P.C.U puede encaminarse a detectar esos significados, su ámbito de aplicación es más limitado y modesto.

En el caso de la P.C.U interesa recabar tanto el significado de los eventos acaecidos relacionados con la urgencia en su orden-modalidad de activación (punto A reciente) y la misma modalidad de su presentación (punto C reciente).

Tras haber recogido la conexión A-C, el terapeuta indaga al sujeto y sus allegados por los significados de estos dos extremos.

Para recabar información de los significados subjetivos el terapeuta se puede valer de varios métodos cognitivos:

- (1) Preguntar sobre las atribuciones del malestar presentado, a que causas atribuye su malestar.
- (2) Escuchar las opiniones valorativas espontáneas del sujeto de lo acaecido y su malestar.
- (3) Preguntarle sobre sus pensamientos y significados al respecto de lo acaecido y su malestar, que le hace pensar eso, que se le pasa por su cabeza, y que significa para él/ella.

- (4) Usar procedimientos imaginativos de hacer pasar en modo ralentizado el evento y sus consecuencias preguntando por el diálogo interno que se produce al simular la secuencia A-C.
- (5) Usar procedimientos experienciales para activar significados de difícil acceso consciente, como el uso de la focalización, la silla vacía o el rol-playing psico-dramático.
- (6) Estando atento a cambios de humor en las sesiones, y otros indicadores como gestos-posturas repetitivos, cambios de la voz, vestimenta, etc.; preguntando entonces por sus pensamientos-sentimientos en ese momento señalando lo observado.
- (7) Estando atento a los propios sentimientos del terapeuta en la misma sesión, su carácter e intensidad, de modo que los conecte con el transcurso de la relación terapéutica en curso y los actos de su paciente que parecen haberlo generado (Safran y Segal, 1994). El terapeuta expresa sus sentimientos y la conducta observada de su paciente con los que parece ir conectado, preguntando a su paciente sobre cómo se siente y que piensa en ese momento ("observación participante"). Por ejemplo: "Tengo la impresión de que usted está siendo muy reservado conmigo en este momento. ¿Coincide esto con lo que usted siente y piensa en este momento?".

5. Formulación de la secuencia de activación: El modelo A-B-C

Los datos recogidos durante la primera entrevista proporcionan la información suficiente para iniciar la terapia P.C.U. La modalidad preponderante de expresión de la urgencia conforma el punto C del modelo A-B-C. Los acontecimientos activadores inmediatos (y los históricos como contexto longitudinal) según su modalidad u orden de disparo conforman el punto A del modelo A-B-C. Los significados personales tanto sobre el punto A, como del punto C, se refieren al punto B del modelo A-B-C de la P.C.U.

Una vez que el terapeuta tiene los datos A-B-C ya tiene una información suficiente para iniciar la psicoterapia cognitiva de urgencia.

Habitualmente, cuando se trata de casos graves, como una psicosis aguda, es habitual comenzar reduciendo el punto C de reacción excesiva o disfuncional, por ejemplo mediante fármacos y eventualmente retirando al sujeto de su medio o estresores, punto A, mediante su ingreso en un espacio de seguridad para él y las personas de su entorno (p.e unidad hospitalaria de psiquiatría). Una vez reducido el grado excesivo de la urgencia, se pueden abordar tanto el modal de activación estresor como los significados personales implicados.

La secuencia habitual de trabajo terapéutico suele ser por lo general, aunque no siempre, comenzar trabajando con la reducción del malestar en el punto C (según su modalidad), a continuación afrontando el primer eslabón de activación de la urgencia en su punto A (según su modalidad), y por último los aspectos de significado personal, en su punto B. Secuencia de intervención habitual: C A B

6. La relación terapéutica

Al ser la P.C.U una terapia de urgencias y a corto plazo suele adoptar un rol más directivo y psico-educativo que otras terapias a más largo plazo. Es posible que el terapeuta comparta su

formulación A-B-C con el paciente y familiares y le sugiera las pautas de intervención a seguir. Este rol es habitual ya en el modelo médico y la terapia cognitiva-conductual en general. La mayor dificultad del mismo se encuentra con pacientes poco colaboradores que pueden estar obteniendo ciertos beneficios de su trastorno, con escasa "conciencia de enfermedad" o con problemas de personalidad asociados.

El terapeuta debe estar atento a las dificultades antes adoptadas e intentar adoptar su estilo de intervención a esos casos. A mayor reactancia o resistencia del paciente, es deseable adoptar un estilo menos directivo y más exploratorio, proponiendo la secuencia de intervención como propuestas que han funcionado en otros pacientes, pidiendo la opinión del paciente, usando periodos de prueba, y especialmente estando atentos a sus propias reacciones emocionales-conductuales y significados personales de "contratransferencia" en la relación terapéutica (Safran y Segal, 1994). Si el terapeuta se detecta en el mismo esas dificultades puede auto aplicarse las mismas intervenciones de la P.C.U.

7. Contrato terapéutico

El terapeuta expone al paciente al final de la primera sesión de evaluación la hipótesis A-B-C y la posible secuencia de intervención para intentar manejar la urgencia mediante cinco sesiones de 45 minutos. Añade que en la última sesión se puede decidir el alta del paciente o la continuación de su trabajo en un formato de terapia más extenso ya no tan solo centrada en la urgencia. Si el paciente accede se continua ya en la misma primera sesión con las intervenciones iniciales (habitualmente centradas en los extremos A-C). Si el paciente rechaza el formato de terapia se evalúa la posibilidad de otras intervenciones-terapeutas alternativos, como un enfoque centrado más en el diagnóstico de los síntomas-C y de tipo más médico-psicofarmacológico.

El terapeuta da opción al paciente de elegir o rechazar el formato de terapia P.C.U.

El terapeuta da opción al paciente de elegir o rechazar el formato de terapia P.C.U.

Resumen:

1. En la entrevista inicial se trata de establecer la secuencia de activación de la urgencia A-B-C
2. La secuencia de activación ofrece información sobre las áreas de intervención.

Capítulo 5: Segunda a quinta sesión de la P.C.U

Segunda sesión:

- 1. Resumen del modelo A-B-C
- 2. Comenzar a trabajar con el punto C
- 3. Tareas para llevar entre sesiones con el punto C

Tercera sesión:

- 4. Revisión de tareas del punto C
- 5. Comenzar a trabajar con el punto A
- 6. Tareas para llevar entre sesiones con el punto A

Cuarta sesión:

- 7. Revisión de tareas del punto A
- 8. Comenzar a trabajar con el punto B
- 9. Tareas para llevar entre sesiones con el punto B

Quinta sesión:

- 10. Revisión de tareas del punto B
- 11. Resumen de estrategia de intervención A-B-C
- 12. Decisión de alta o seguimiento en terapia de formato amplio

Segunda sesión

En la segunda sesión se vuelve a resumir los datos obtenidos en la primera sesión del modelo A-B-C y se elige con los pacientes las intervenciones dirigidas al trabajo con el modal de expresión del mismo malestar de urgencias, el punto C.

El terapeuta debe mostrar al paciente la modalidad elegida de intervención sus objetivos y su procedimiento. Para ello explica al paciente las técnicas o estrategias de intervención elegidas, incluso actuando el mismo de modelo de cómo llevarlas a cabo, pidiendo al paciente su parecer, y si está de acuerdo pidiendo que este la lleve a cabo en el aquí de la consulta, corrigiendo sus dudas y modelando su ejecución.

Es deseable que el terapeuta y paciente use los juegos de papeles (rol-playing) para simular el manejo de los problemas de urgencias presentados en el punto C, intercambiando a menudo las dudas del procedimiento y sus ajustes.

También es conveniente dar al paciente recordatorios de las tareas de manejo del punto C, ya sea por escrito o recogida por medios audiovisuales (p.e casete de video o audio). Terapeuta y paciente acuerdan la cita de la próxima sesión y cuando, en qué ocasiones y cuantas veces es deseable llevar a cabo las tareas del punto C.

Es deseable terminar la sesión pidiendo al paciente un resumen de lo tratado, sus opiniones y dudas al respecto; y ofreciendo información correctora, si es el caso, de las mismas.

Tercera sesión

La tercera sesión comienza preguntando al paciente por la evolución de los problemas del punto C, y se continúa con la exploración de las tareas y sus efectos sobre ese punto.

Es importante recoger ejemplos del propio paciente y sus allegados de como se ha abordado el malestar de urgencia, y las dificultades habidas en ello. Se refuerzan los progresos, y se exponen alternativas a las dificultades habidas. Si las estrategias de abordaje del punto C han surgido efecto, al menos reduciendo el malestar inicial, se pasa a trabajar el punto A de la secuencia de activación. Si no ha habido progresos suficientes se evalúan los factores que han podido intervenir en ello, se proponen vías de solución o nuevas estrategias. Es deseable aún en este caso introducir las estrategias de trabajo con el punto A, e integrarlas con la del punto C. De nuevo el terapeuta modela las nuevas estrategias, usa el rol-playing y pide el feedback del paciente.

La sesión termina con la propuesta de tareas para el abordaje del punto A y de repaso con las del punto C. Se ofrece de nuevos resúmenes por escrito o medios audiovisuales.

Cuarta sesión

En esta sesión se revisan las tareas propuestas para el abordaje del punto A de la secuencia de activación de la urgencia. Posteriormente se ensayan nuevas tareas para abordar los significados personales respecto al punto A-C.

Respecto al trabajo con los significados del punto A-C, el terapeuta puede elegir varias opciones:

1. Opción de la T.R.E de Ellis: Si los significados tienen un carácter de exigencias, se modela la diferencia exigencia versus preferencia, y como debatir las propias exigencias. Se prepara con el sujeto un resumen del debate de las exigencias detectadas, las alternativas preferenciales, y como ensayar (ensayo cognitivo) induciendo imaginariamente la escena de activación, o representándola por rol-playingpsico-dramático y representando su afrontamiento primero mediante las exigencias, y después mediante las preferencias. Un procedimiento similar es la Imaginación Racional Emotiva (Maultsby, 1974).
2. Opción de la inoculación al estrés de Meichenbaum: Igualmente se induce la escena imaginariamente o por rol-playing, y se van recogiendo y anotando los pensamientos del sujeto en ellas. Posteriormente se proponen una serie de pensamientos de afrontamiento alternativos a los recogidos, que se escogen de una lista por el sujeto y se ensañan de nuevo ante las escenas de activación de la urgencia, junto a ejercicios de relajación-respiración.
3. Opción de la terapia cognitiva de Beck con los significados personales: Se propone al sujeto experiencias estructuradas para comprobar la validez de sus significados personales sobre la base de experimentos personales de contraste de evidencias. Los llamados "diarios personales" pueden servir a este propósito (p.e el sujeto lleva in diario

del funcionamiento de la creencia de ser un inepto y va anotando su funcionamiento en varias áreas de su vida cotidiana).

4. Opción de las terapias cognitivas constructivistas y experienciales: El sujeto puede presentar dificultad para articular los significados de la situación desencadenante y de su propio malestar. El terapeuta puede usar las técnicas constructivistas y experienciales para articular nuevos significados alternativos, como la focalización ("focusing") de Gendlin.

La sesión termina nuevamente pidiendo al sujeto feedback de su entendimiento, y diseñando las tareas para casa con el punto B. Puede ser necesario el trabajo paralelo con tareas de los puntos A-C.

5. Opción de psico-educación: En muchos trastornos psiquiátricos y sus urgencias puede ser esencial lograr que el paciente tenga una mayor conciencia de enfermedad, de su vulnerabilidad y su manejo. En estos casos el terapeuta informa y forma al paciente y sus allegados en la detección del trastorno, las situaciones de riesgo para el mismo y su manejo. Las estrategias de psico-educación son más efectivas cuando se ensayan y modelan con el propio paciente y allegados y se hace un seguimiento de las mismas.

Quinta sesión

La última sesión se dedica a repasar todo el trabajo propuesto en las sesiones anteriores y los progresos y dificultades hallados en ellos.

La sesión comienza revisando las tareas cognitivas con el punto B, y las adicionales, si es el caso, con los puntos A-C.

Se dedica parte de la sesión a integrar todas las tareas en una secuencia alternativa de manejo de la secuencia de activación de la urgencia. De nuevo puede ser útil el modelado, ensayo imaginario y por rol-playing de la secuencia alternativa. La secuencia alternativa puede ser resumida por medio escrito o audiovisual.

Al término de la sesión se decide con el sujeto la necesidad de un tratamiento más prolongado o el alta.

El alta no se decide siempre en la P.C.U por una total desaparición de los síntomas objetos de la urgencia, ya que muchas de las urgencias psiquiátricas pueden conformar las llamadas "exacerbaciones" o "recaídas" de cuadros más crónicos (p.e un trastorno bipolar). El objetivo es dotar al sujeto de estrategias de afrontamiento de sus dificultades, de modo que este experimente al menos un mejor manejo de los problemas que han motivado la urgencia y de otros similares. Las estrategias desarrolladas pueden ser usadas e integradas en las terapias más prolongadas, cuando la urgencia ha desaparecido o ha disminuido, pero el sujeto tiene una vulnerabilidad o trastorno más crónico.

Resumen:

1. La P.C.U se centra en desarrollar estrategias de afrontamiento activas a la secuencia de activación de la urgencia.
2. Las estrategias de la P.C.U pueden ser integradas en terapias más prolongadas una vez resuelta la urgencia en el caso de sujetos con trastornos más crónicos.

Capítulo 6 : Métodos de intervención en la P.C.U

A. Métodos cognitivos:

- 1. Explorar y explicar el modelo A- B-C
- 2. Debate cognitivo de exigencias
- 3. Inoculación al estrés
- 4. Diarios personales para comprobar significados subjetivos
- 5. Psicoeducación

B. Métodos afectivos:

- 6. Focalización
- 7. Inducción de escenas cargadas afectivamente
- 8. Silla vacía

C. Métodos somáticos:

- 9. Relajación
- 10. Hipnosis
- 11. Consejo médico
- 12. Psicofármacos como facilitadores

D. Métodos interpersonales:

- 13. Entrevista y orientación familiar
- 14. Entrevista y orientación de pareja
- 15. Consejo conductual para familiares
- 16. Observación participante

E. Métodos conductuales:

- 17. Ensayo, modelado y rol-playing
- 18. Exposición-desensibilización sistemática
- 19. Entrenamiento asertivo-habilidades sociales básicas
- 20. Asignación de tareas

Cualquier método de intervención de las terapias cognitivas, conductuales, constructivistas y experienciales puede ser usado por la P.C.U, dada su vocación multimodal. Los procedimientos reseñados no pretenden ser una lista completa. Se han escogido por la

posibilidad de ser aplicados a lo largo de pocas sesiones y por ser efectivos en muchos trastornos emocionales.

A. Métodos cognitivos:

1. Explorando y explicando el modelo A-B-C

Las terapias cognitivas parten del modelo de que las personas no reaccionan a los acontecimientos en sí mismos, sino al significado que se les otorga a aquello subjetivamente. Una urgencia (punto C) puede ser activada por una serie de acontecimientos multimodales (punto A), que son interpretados subjetivamente mediante significados personales (punto B).

El sujeto evalúa los sucesos de punto A, y su propio trastorno del punto C ("modelo de enfermedad o conciencia de enfermedad"). El terapeuta explora y después explica a su paciente la secuencia de activación de la urgencia, y como se podría intervenir en ella.

El modelo A-B-C de la P.C.U supone que el sujeto de la urgencia está respondiendo a tres cuestiones de significado: "¿Cómo valoro y qué significa para mí lo ocurrido? (Significado de A), ¿Cómo me valoro a mi mismo/a ante todo esto? (Significado de nexo A-C), ¿Qué me está pasando y que significa para mí? (Significado de C) ".

El modelo A-B-C fue introducido en la psicoterapia por Albert Ellis (1962) en su Terapia Racional Emotiva Conductual (R.E.C.T).

2. Debate cognitivo de exigencias:

Los significados personales pueden adoptar la forma de actitudes inflexibles y exigentes, que predisponen al sujeto a no tolerar el curso de los eventos cuando estos no coinciden con sus metas personales. Ellis y su R.E.C.T proponen identificar esas exigencias, calibras sus consecuencias negativas, diferenciarlas de las preferencias personales y reducir su influencia mediante el uso de su cuestionamiento filosófico (método socrático) y empírico (búsqueda de evidencias).

El cuestionamiento de las exigencias se potencia con otras tareas emocionales (p.e la imaginación racional emotiva, el dialogo de las dos sillas; una con la actitud de exigencia y la otra con la preferencia) y conductuales (p.e el afrontamiento de situaciones que se perciben como intolerantes).

3. Inoculación al estrés

Este procedimiento se emplea para reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes ante situaciones concretas. Primero se lista los pensamientos y significados personales asociados a esas situaciones de estrés y ansiedad. Posteriormente se le enseña un procedimiento de relajación. En el tercer paso se elabora una jerarquía de situaciones activadoras y se eligen pensamientos alternativos de afrontamiento de las mismas. El cuarto paso consiste en un ensayo cognitivo-imaginario de la jerarquía desde niveles más fáciles a más difíciles con la

relajación y los pensamientos de afrontamiento. El último paso consiste en afrontar las situaciones en la realidad.

4. Diarios personales para comprobar los significados subjetivos

En determinados sujetos puede ser más efectivo comprobar el funcionamiento real de sus significados personales disfuncionales que cuestionarlos mediante el diálogo socrático. Para ello el terapeuta puede diseñar una hoja, donde en su encabezado está escrito el significado disfuncional (p.e "Soy un inepto, todo me sale mal") y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del paciente (p.e familia, trabajo, amigos, ocio) donde el paciente debe de recoger datos que des-confirman ese significado. De esta manera el sujeto puede por sí mismo comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana.

5. Psico-educación:

Las terapias cognitivas han otorgado gran importancia a explicar a los pacientes los principios y reglas de sus terapias y procedimientos, buscando la colaboración activa de los pacientes en ellas. En los últimos años se ha añadido también la necesidad de explicarles a los pacientes y sus allegados el conocimiento actual sobre determinados trastornos mentales y el manejo de ciertos factores para su mejor pronóstico. El terapeuta explica y enseña al paciente y familiares a cómo manejar ciertos aspectos del trastorno en cuestión, como el uso-seguimiento adecuado de la medicación, señales de recaída, estilos de comunicación adecuados con el paciente y la resolución de problemas frecuentes.

B. Métodos afectivos:

6. Focalización

Esta técnica se emplea para simbolizar significados de experiencias emocionales que parecen poco claro. Cuando el sujeto presenta un estado de ánimo o situación donde presenta un malestar indeterminado o difícil de definir por el mismo, puede ser invitado a focalizar su experiencia interna. Primero se induce un estado de relajación y tranquilidad, y se invita al sujeto a recorrer sus experiencias internas poniéndose poco a poco en contacto con ellas, sin ponerle nombre. Una vez sumergido y en contacto con estas experiencias, buscará un nombre o adjetivo para las mismas.

Tratará de comparar la simbolización por ese nombre-adjetivo con su misma experiencia, hasta que encaje bien para él. Una vez en este punto y habiendo emergido nuevos significados se puede hacer preguntas sobre los mismos (p.e: "¿Que indica esto sobre mi vida?, ¿Que podría hacer ante esto?, Etc.). El enfoque fue creado por Gendlin dentro de la tradición experiencial de la psicoterapia. Greenberg y cols. (1996) lo han desarrollado en combinación al uso de imágenes para generar nuevos significados ante experiencias vividas de manera confusa o poco clara.

7. Inducción de escenas cargadas afectivamente

Ensayos cognitivos e imaginarios haciendo describir la escena donde se produjo una reacción o conducta del sujeto de tipo afectivo y relevante, sus sentimientos y sensaciones corporales y la cadena de auto dialogo interno, de manera pausada como a cámara lenta, pueden facilitarle al sujeto la toma de conciencia de los significados otorgados a distintas situaciones donde este ha actuado de manera impulsiva, exagerada o en "actingout".

También se puede regresar en estado de relajación a escenas del pasado relevantes usando el mismo procedimiento, o introducir secuencias de reacciones alternativas y su visualización.

La Imaginación Racional Emotiva (Maultby, 1971) usada en las intervenciones de la R.E.C.T de Ellis, emplea a fondo la inducción de escenas cargadas afectivamente tanto para la identificación de significados disfuncionales como para sus alternativas, mediante la inducción de reacciones emocionales extremas y posteriormente de otras más moderadas.

Greenberg y cols. (1996) usan la inducción de escenas sobrecargadas afectivamente para facilitar el acceso o conciencia de significados ante reacciones del sujeto vividas como exageradas e impulsivas, sin conciencia del motivo de las mismas.

8. Silla vacía

Se pide al sujeto que se sienta en una silla y frente a él está otra vacía, que puede representar a una persona significativa de su vida o también un aspecto distinto de él mismo. Se trata de establecer un diálogo entre ambas partes con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver un conflicto entre los polos contrapuestos del sujeto, desbloquear la expresión de deseos ante auto exigencias personales o elaborar asuntos irresueltos y no terminados del pasado (p.e duelo). El terapeuta puede ofrecer sugerencias para desarrollar los diálogos, pero no interviene en los sentimientos y significados que el sujeto produce.

La silla vacía también puede ser empleada para contraponer significados disfuncionales (p.e una exigencia perfeccionista) con significados alternativos (p.e derecho a cometer errores).

La técnica de la silla vacía fue creada por Perls en su terapia Gestalt. Han sido desarrollados por los modernos enfoques cognitivos-experienciales (Greenberg y cols.1996) para afrontar significados y experiencias contrapuestas en las personas de manera vivencial y directa.

C. Métodos somáticos

9. Relajación

Consiste en una serie de ejercicios centrados en la distensión muscular y el control respiratorio adecuado. Hay muchos métodos de relajación. En la clínica el más habitual es el método de Jacobson, centrado en la relajación progresiva muscular, primero tensando y después destensando varios grupos musculares; y el método de Schultz, que se basa en una relajación más mental induciendo sensaciones de calor, pesadez, ritmo cardíaco, etc.

La relajación se emplea en la reducción de la ansiedad, por lo que suele formar parte de las estrategias generales del afrontamiento de los trastornos de ansiedad. También usa con profusión en los trastornos psicosomáticos y el alivio del dolor asociado a enfermedades o cirugía.

10. Hipnosis

La hipnosis supone habitualmente la inducción previa de la relajación, continuada con fijación en sensaciones corporales y sensoriales y la repetición monótona de frases sugestivas. Una variante es la auto hipnosis donde el sujeto aprende a inducirse el mismo el estado hipnótico. Hay muchos formatos de hipnosis (uno de los más famosos es la técnica de Erickson que emplea la hipnosis como intervención paradójica). Las técnicas cognitivas pueden ser asociadas a la hipnosis para ser practicadas como auto instrucciones o significados alternativos. La aplicación de la hipnosis abarca el campo de los trastornos disociativos, los trastornos de ansiedad, el manejo del dolor asociado a enfermedad y cirugía, y otras áreas.

11. Consejo médico

El manejo de distintos trastornos con componentes somáticos, la dieta, nutrición y uso de psicofármacos, suele ser competencia del médico y otros sanitarios. El seguimiento de las prescripciones médicas aumenta cuando el clínico evalúa y conoce el modelo de enfermedad del paciente, el significado subjetivo de esta, y los factores que pueden aumentar su motivación para el seguimiento correcto del tratamiento. Un objetivo básico de la P.C.U en urgencias relacionadas con el curso de trastornos crónicos (p.e trastorno bipolar) es la psicoeducación del paciente en su propia vulnerabilidad personal y su manejo.

12. Psicofármacos como facilitadores

Los psicofármacos pueden reducir la ansiedad, la desorganización del pensamiento y la depresión extrema, facilitando el acceso del sujeto a la psicoterapia. Como afirman Bellack y Siegel (1986) la combinación de psicofármacos y psicoterapia es útil siempre que la proporción de las dosis de medicación no interfiera con la motivación, y los procesos cognitivos del sujeto de cara a la psicoterapia, permitiéndole participar en ella.

D. Métodos interpersonales

13. Entrevista y orientación familiar

En determinados casos es importante contar con la evaluación del funcionamiento y apoyo familiar con relación a la urgencia. El paciente y su urgencia pueden formar parte de un problema más global de su sistema familiar, donde el mismo puede estar jugando un papel de paciente identificado para desviar otras cuestiones aún más problemáticas que podrían desestabilizar su grupo de referencia. Por otro lado el estrés familiar y las "emociones expresadas" en el mismo pueden afectar al transcurso y las hospitalizaciones por urgencias de determinados trastornos como la esquizofrenia.

En los casos anteriores habrá que contar con la posibilidad de contar con los familiares implicados, invitando a aquellos interesados a la terapia (no se sostiene la rigidez de todos o ningunos de las antiguas terapias familiares). En estos casos es importante detectar tanto las secuencias de relación entre ellos como los significados que otorgan a la urgencia. En el contexto de la P.C.U el terapeuta puede proponer intervenciones cortas y focales a los problemas presentados, orientar a la familia (psico-educación) y mostrarle el manejo de ciertos problemas (consejo conductual).

14. Entrevista y orientación de pareja:

El formato de la P.C.U suele ser más corto de lo que permitiera una terapia de pareja, por lo que las intervenciones en este ámbito son centrar exclusivamente en torno a la activación de la urgencia y su manejo.v

El terapeuta tratará en estos casos de evaluar la relación entre la urgencia y ciertos problemas del funcionamiento de la pareja. Prestará especial atención a los llamados "nudos sistémicos" (Procter, 1981,1987) o secuencias de significados y acciones disfuncionales entrelazadas de la pareja.

Por ejemplo un marido depresivo puede sostener la construcción de significado personal siguiente: "Mi mujer trabaja demasiado y en casa se dedica a los niños. Me dedica poco tiempo a mí", seguido de acciones como decirle a su esposa que trabaje menos y que dediquen más tiempo a salir fuera de casa. La esposa, paralelamente, sostiene el significado siguiente: "Solo quiere estar tranquilo y me ayuda poco en casa con los niños. Quiero descansar los fines de semana en casa", seguido de acciones como decirle a su marido que dedique más tiempo a los niños y a estar en casa los fines de semana. Las acciones y significados de ambos se refuerzan y retroalimentan mutuamente.

El terapeuta mostraría a la pareja, por ejemplo por esquemas dibujados o por rol playing, el nudo sistémico, y sugiere alternativas al mismo.

15. Consejo conductual para familiares

En casos de problemas infantiles, enfermedades crónicas con situaciones de urgencias y otros trastornos, a menudo la familia solicita o necesita una guía para entender lo que está sucediendo y/o manejar problemas inmediatos. El terapeuta informa y muestra a la familia aspectos del problema y manejo de ciertos ámbitos del mismo. Para ello usa tanto la psico-educación como la guía en estrategias conductuales para la resolución de ciertos problemas. Por ejemplo los padres pueden ser aconsejados en el manejo de las conductas depresivas y de llanto de su hijo, aprendiendo a reforzar diferencialmente ciertas conductas que disminuyan el afecto depresivo. La familia del sujeto psicótico puede ser informada de "como hablarle" al paciente, etc.

16. Observación participante

El psiquiatra interpersonal Sullivan (1953) concedió gran importancia al uso de la relación terapéutica con el fin de evaluar y producir cambios significativos en el paciente. Safran y Segal (1994) han ampliado estas estrategias: La observación participante permite al terapeuta sentir el influjo relacional del paciente y observar como participa en esa relación. Consiste en tres pasos. En primer lugar el terapeuta debe atender a sus propios sentimientos y tendencias a la acción ("¿Cómo me siento ahora con este paciente, que me veo impulsado a hacer?"). En segundo lugar trata de identificar los llamados "marcadores interpersonales", es decir las conductas en la sesión que suscitan sus reacciones, y en tercer lugar trata de desengancharse de ese influjo dejando de emitir respuestas complementarias al esquema interpersonal del paciente y meta-comunicando ese influjo en forma de hipótesis. En la P.C.U se puede emplear la observación participante en el manejo de la urgencia, cuando el paciente parece presentar pautas relacionales disfuncionales que podrían reflejar su esquema interpersonal de relación con otros significativos

E. Métodos conductuales

17. Ensayo, modelado y rol playing

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento, incluyendo todas las citadas en los otros métodos multimodales, puede ser más efectivo si el terapeuta hace de modelo progresivo de la tarea a llevar a cabo, hace que el sujeto la repita, instruyéndole en sus pasos, propone acercamientos progresivos a la misma desde pasos más fáciles a difíciles, anima y refuerza los progresos, y ambos simulan las escenas donde esas habilidades pueden ser llevadas a cabo.

A veces el ensayo puede ser imaginario (ensayo cognitivo) centrado en el afrontamiento de escenas futuras posibles, o haciendo que este ejecute ciertas conductas en vivo en la sesión (ensayo conductual) al simular una situación representada. Las técnicas psico-dramáticas pueden combinarse perfectamente con el ensayo, modelado y rol playing.

18. Exposición-desensibilización sistemática

La persona puede ser ayudada a afrontar temores y cuestiones subjetivas que le generan ansiedad extrema mediante un acercamiento gradual y jerarquizado a sus temores personales, usando paralelamente el entrenamiento en relajación (desensibilización sistemática). Se elabora una jerarquía de escenas de ansiedad graduadas de menor a mayor grado de malestar, se instruye al sujeto en relajación y se le expone a las mismas imaginariamente o en vivo usando la relajación. Se ha comprobado que la desensibilización sistemática es más efectiva si el sujeto mantiene la escena aunque genere ansiedad y al mismo tiempo relajan la tensión, más que apartarla al primer signo de tensión y relajarse (Goldfried, 1995).

Un método similar al anterior es la exposición. La diferencia con la desensibilización es que aquí el sujeto imagina o se enfrenta en vivo a la escena o situación ansiógena de manera más directa (existen poca jerarquización), hasta que su ansiedad vá disminuyéndose (habitución),

sin usar habitualmente la relajación y previniendo (prevención) la respuesta de escape o huida de ellas (que pueden ser también pensamientos distractores).

19. Entrenamiento asertivo-habilidades sociales básicas

Algunos sujetos pueden carecer de las habilidades básicas para tratar con otras personas (p.e. iniciar y mantener conversaciones) o exponer sus deseos y opiniones personales de manera directa pero no agresiva (asertividad). En estos casos se suele requerir un entrenamiento sistemático en asertividad y/o habilidades sociales. En la P.C.U debido a su brevedad, se seleccionan y trabajan las áreas deficientes en estos aspectos de manera puntual con relación a la urgencia. El modelado, el ensayo de conducta y el rol-playing se usa para el entrenamiento en esas habilidades. Una cuestión adicional es detectar los significados personales que la están inhibiendo, y ofrecer puntos de vistas alternativos, como los llamados "derechos asertivos" (Smith, 1977).

20. Asignación de tareas

Las habilidades ensayadas en la consulta se siguen practicando en el domicilio del paciente o en la sala del hospital y se sugiere su aplicación a determinadas situaciones, de modo que a la vuelta a la siguiente consulta se pueden valorar sus efectos. La finalidad de la asignación de tareas es practicar lo aprendido en la consulta en las situaciones reales, de modo que se facilite el aumento de la confianza del sujeto en sus propios recursos de afrontamiento, sus expectativas de auto eficacia (Bandura, 1984) y/o se exploren significados alternativos a los disfuncionales (Greenberg y cols.1996; Guidano, 1994).

Las tareas pueden ser divididas en su finalidad:

- De cambio: Ejecución de alternativas al problema con nuevos efectos
- De exploración: Invitación a contactar con significados alternativos

Resumen

1. Las técnicas de la P.C.U se pueden agrupar multimodalmente en estrategias cognitivas, afectivas, somáticas, interpersonales y conductuales.
2. Las técnicas de la P.C.U se seleccionan según el orden de activación o secuencia de la urgencia, en su modelo A-B-C revisado.

II. APLICACION A DISTINTOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Capítulo 7: La P.C.U de la depresión

DEPRESIÓN. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Los trastornos depresivos no bipolares tienen una prevalencia del 10-20% en la población general y suele afectar al 50% de los pacientes psíquicos. Parece más frecuente en mujeres que en hombres (relación 4-9: 3) y se suele asociar como factores de riesgo, el ser mujer entre 35-45 años, tener una historia familiar de alcoholismo y depresión, las desventajas socioeconómicas, escasa relación social y el parto 6 meses antes del episodio depresivo (J. Vallejo, 1991).

Los trastornos del estado de ánimo se han clasificado históricamente de diversas maneras. Los modelos más populares entre los clínicos han sido las llamadas "parejas dicotómicas". Se les ha clasificado como (1) unipolar-vs-bipolar en función de la asociación o no de depresión con manía/hipomanía, como (2) neurótica-vs-psicótica en función de la sintomatología psicótica presente, como (3) endógena-vs-exógena con relación a su supuesta etiología biológica o psicosocial y como (4) primario-vs-secundario en función de su inicio o no, tras otro trastorno psiquiátrico no afectivo.

Los trastornos depresivos no bipolares abarcan en el DSM-IV tres categorías: (1) depresión mayor, (2) distimia y (3) depresión no especificada.

En la depresión mayor en el ámbito cognitivo suele aparecer disminución de la concentración, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, en el ámbito afectivo aparece ánimo deprimido, disminución del placer-intereses y fatiga- pérdida de energía. En el ámbito somático aparece insomnio/hipersomnia y pérdida significativa de peso. En el ámbito de la conducta puede aparecer agitación o enlentecimiento motor.

La distimia suele tener una duración más crónica (al menos 2 años), en el ámbito cognitivo se caracteriza por baja autoestima, dificultad de concentración, indecisión o desesperanza. El aspecto afectivo se caracteriza por ánimo deprimido y fatiga-pérdida de energía. El nivel somático se caracteriza por pérdida de apetito e insomnio/hipersomnia. Las ideas reiteradas de muerte y suicidio, de culpa o inutilidad excesivas, la agitación o inhibición psicomotriz y la pérdida significativa de peso suelen estar ausentes, y se asocian más a la depresión mayor que a la distimia. La depresión mayor y la distimia se pueden asociar en las llamadas "depresiones dobles".

Las teorías etológicas de las depresiones no bipolares de tipo cognitivo-conductual se agrupan en tres grupos de factores:

1. Las teorías conductuales: Destacan el papel de la pérdida de reforzadores asociados a la pérdida de la persona o eventos crónicos, produciendo un proceso de extinción (Fester, 1966, 1973) y/o la incapacidad del sujeto para generar nuevas fuentes de

relaciones gratificantes tras la pérdida o estrés crónico, debido a un déficit en sus habilidades sociales (Lewinshon, 1977; 1985).

2. Las teorías cognitivas: Destacan el papel de los significados personales implicados en la pérdida o evento crónicos. Seligman y Abramson (1978) destacan la sensación del sujeto de sentirse indefenso por sus atribuciones de incapacidad de manejar su situación. Beck (1979) destaca el papel de la visión negativa del sujeto depresivo de su situación, de sí mismo y su futuro (triada cognitiva negativa), el papel de las distorsiones del pensamiento depresivo y los significados personales disfuncionales que se activan en la depresión. Otros autores como Rehm (1979) hablan de un déficit en el autocontrol del sujeto en tres planos: auto observación (distorsiona su experiencia), autoevaluación (se valora en función de sus errores más que de sus aciertos) y autorrefuerzo (se gratifica escasamente a sí mismo por sus logros).
3. Las teorías constructivistas: Guidano (1994) habla de organización del significado personal de tipo depresivo en función de cómo el sujeto se explica en el ámbito consciente el flujo de su experiencia emocional.

El sujeto depresivo habría sido expuesto a experiencias tempranas de su vida donde habría experimentado pérdidas reales o falta de atención o afecto por parte de los otros significativos. El evento desencadenante actual reactualizaría tales pérdidas. Además habría desarrollado una serie de defensas contra esas experiencias de pérdida consistente en excluir de su conciencia la expresión de ira frente a las personas que le han generado la pérdida o falta de afecto, y evitaría el apego a otros para no reactivar la pérdida. A nivel emocional experimentaría la experiencia de la pérdida, rechazos y fracasos excluyendo la ira de su conciencia, y a nivel consciente de auto explicación de su estado emocional mantendría una atribución interna negativa de sí mismo.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA P.C.U DEL PACIENTE DEPRESIVO

- 1. Evalúe los significados personales de tipo depresivo
- 2. Evalúe los sentimientos subyacentes a la tristeza
- 3. Evalúe los síntomas somáticos asociados
- 4. Evalúe el funcionamiento relacional del paciente
- 5. Evalúe el nivel de actividad y gratificación del paciente
- 6. Modificando los significados disfuncionales depresivos
- 7. Expresando ira y deseos, de manera focalizada y asertiva
- 8. Disminuyendo la tensión asociada con relajación. Posibilidad de medicación asociada
- 9. Buscando apoyos sociales y encaminando los conflictos relacionales
- 10. Aumentando las actividades de dominio-placer y las habilidades sociales más básicas

1. Evalúe los significados personales de tipo depresivo

Se intenta detectar ya en la primera consulta los significados personales del sujeto depresivo en la urgencia. Es importante detectar el significado de la secuencia de activación de la urgencia:

Qué significa para el sujeto lo ocurrido en el punto desencadenante (punto A del modelo A-B-C). Es importante no solo preguntarle sobre que piensa sobre lo ocurrido, sino también de que significa para él. Puede parecer así significados en forma de exigencias (P.e: "El no debería haberme dejado") y/o insoportabilidad/catastrofización ("No soporto esto", "Es terrible").

Qué significa para el sujeto su propio malestar y su evolución. Es frecuente la aparición de actitudes pesimistas o de indefensión (p.e "No mejoraré", "Las cosas seguirán mal", "No puedo hacer nada")

Qué significa para la propia autoestima o auto concepto lo ocurrido y su propio malestar (P.e: "Sin el amor de él yo carezco de valor")

El terapeuta estará atento a las expresiones verbales del sujeto, y le preguntará alternativamente por sus pensamientos/significados sobre los eventos (A), su malestar (C) y su propia autoestima (B).

2. Evalúe los sentimientos subyacentes a la tristeza

El sujeto con un estado depresivo puede estar experimentando experiencias emocionales internas más complejas de la que la tristeza es la expresión más consciente. Una experiencia de pérdida o tensión relacional continua puede dar lugar a la tristeza, pero el propio individuo puede estar experimentando un conjunto más global de sentimientos como la rabia y deseos no expresados, que quizás por temor relacionada con su experiencia con otros significativos, aparta de su experiencia consciente.

Otro aspecto importante en cuanto al aspecto afectivo es el de los "asuntos pendientes e irresueltos". Se trata de sentimientos no expresados en parte por la interrupción de la relación, como duelo o separación. El sujeto se queda con la sensación de que tenía que haber expresado algo más y no pudo.

El terapeuta puede evaluar la presencia de esos sentimientos subyacentes usando técnicas experienciales o de rol-playing para simular experiencias actuales y pasadas significativas relacionadas con la urgencia. La silla vacía, la focalización, la psico-dramatización de escenas cargadas de afecto, pueden facilitar tanto la evaluación como la terapia por "elaboración catártica" de sentimientos subyacentes a la tristeza.

3. Evalúe los síntomas somáticos asociados

Tradicionalmente se ha considerado que la ausencia de factores desencadenantes específicos, la tristeza profunda y persistente, la presencia de fases depresivas anteriores, de ideas deliroides de ruina, culpa o hipocondría, junto a una serie de síntomas de corte somático como el despertar precoz, la pérdida de peso y variaciones diurnas y estacionales del estado de humor (mejorías por las tardes y recaídas en primavera y otoño) como indicadores de depresión endógena, melancólica o psicótica. Se considera que la depresión endógena responde mejor a los fármacos que a la psicoterapia.

El clínico ha de tener también en cuenta que el consumo de ciertos fármacos y enfermedades físicas pueden producir cuadros depresivos. Por ejemplo, tanto el hipotiroidismo como el hipocortisolismo o enfermedad de Addison se relacionan con la depresión. Medicamentos como los hipertensivos pueden desencadenar cuadros depresivos. Enfermedades neuroendocrinas y metabólicas (hiper/hipotiroidismo, Addison, Cushing, diabetes, etc.), infecciones (víricas, tuberculosis, encefalitis, fiebre tifoidea, etc.), artritis reumatoide, cáncer, trastornos del sistema nervioso (Parkinson, Demencia senil, etc.), intoxicaciones y otros trastornos físicos incapacitantes son candidatos todos ellos a relacionarse con cuadros depresivos.

Recoger los antecedentes personales médicos y evaluar los síntomas físicos puede estar indicado en ciertos cuadros depresivos donde no aparecen claramente factores psicosociales como desencadenantes.

4. Evalúe el funcionamiento relacional del paciente

Diversos autores han encontrado una relación entre los aspectos interpersonales y el mantenimiento, urgencias, y recuperación del paciente depresivo. De esta manera se han encontrado factores como la vulnerabilidad depresiva y la falta de una relación de confianza con el conyugue, las críticas hostiles del conyugue y las peleas matrimoniales como antecedentes de los episodios depresivos. En sujetos depresivos puede encontrarse problemas conyugales más duraderos y previos.

Los pacientes depresivos suelen mostrar también un estilo interpersonal de relación menos competente. Suelen hablar negativamente de sí mismos reflejando su falta de autoestima.

El clínico preguntará al paciente y familiares sobre el estado de sus relaciones y cambios recientes habidos en ellas.

5. Evalúe el nivel de actividad y gratificación del paciente

El sujeto depresivo suele experimentar una disminución de sus actividades previas, su autocuidado y aficiones. El descenso de esa actividad se acompaña tanto de una pérdida de intereses-gratificación (pérdida de actividades "reforzantes") como de la sensación de menor dominio o eficacia en el manejo del entorno y la vida cotidiana.

Para la mayoría de los terapeutas cognitivos-conductuales el descenso de las actividades reforzantes es uno de los factores centrales, junto con los cognitivos, en el mantenimiento de la depresión.

Se debe de evaluar el estado de actividad actual del paciente con relación a su funcionamiento previo, así como el número y cantidad de actividades que le proporcionan sensación de placer y dominio (eficacia de ejecución).

6. Modificando los significados disfuncionales depresivos

Los significados disfuncionales con relación a los eventos desencadenantes, el estado depresivo mismo, y su propia autoestima pueden ser abordados de manera breve e intensiva en las cuatro sesiones de la P.C.U tras la primera entrevista de evaluación, al menos para iniciar su mayor flexibilización.

Las exigencias pueden ser comparadas con las preferencias usando el método de la T.R.E.C de Ellis; pueden ser abordadas representándolas en dos sillas donde entablan un dialogo; comparadas por medios imaginativos, etc.

Los significados disfuncionales pueden ser puestos a prueba mediante los "diarios personales" (Beck y Freeman, 1997). El sujeto se encarga de comprobar las predicciones de sus creencias en áreas de su vida diaria, llevando una especie de diario de notas de ello.

También el sujeto puede focalizar o revivir escenas cargadas de afecto a través del contacto corporal y la simbolización de las emociones con ellas relacionadas, significados más tácitos e inconscientes, y en una especie de diálogo interno generar sus propias soluciones (Greenberg y cols. 1996).

7. Expresando ira y deseos de manera focalizada y asertiva

El sujeto deprimido puede haber inhibido la expresión de sentimientos de malestar y deseos personales por distintas razones, como el miedo al rechazo o creer que no debe hacerlo.

En la terapia se puede animar y facilitar al sujeto la expresión de estos deseos y sentimientos ocultos o reprimidos. Incluso puede que el terapeuta incluso tenga que modelar la expresión de derechos personales a través del entrenamiento de la asertividad.

Los sentimientos relacionados con la depresión pueden incluso estar apartado de los procesos conscientes, y el terapeuta deberá facilitar el acceso a los mismos, incluso antes de expresarlos asertivamente. Para ello se puede servir de la visualización de escenas personales significativas cargadas de afectos, el dialogo con otros significativos con la silla vacía, el rol-playing o la focalización.

8. Disminuyendo la tensión asociada con relajación. Posibilidad de medicación asociada

Se suele considerar que los síntomas de la llamada depresión mayor (ideas delirioideas, pérdida de peso significativa, insomnio vespertino, etc.) suele responder mejor a los psicofármacos que a la psicoterapia; considerándose sin embargo, que en la distimia lo contrario suele ser lo más efectivo, al menos de cara a la vulnerabilidad y recaídas.

Algunos terapeutas suelen ser partidarios de combinar psicoterapia y medicación en la mayoría de las depresiones, sea cual sea su tipo. Consideran que los psicofármacos pueden actuar más rápidamente sobre los síntomas, y la psicoterapia sobre la vulnerabilidad personal

que predispone al sujeto a recaídas futuras. Desde este punto de vista se considera que los fármacos actúan-usando una similitud- sobre el dolor de muelas y la psicoterapia sobre la caries subyacente.

Cuando aparece ansiedad asociada al cuadro depresivo, los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del sujeto respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables (Lewinshon, 1997). En estos casos se le enseña a relajarse, a llevar un registro de esta actividad por síntomas-reducción y/o a identificar situaciones que generan tensión. La relajación puede ser asociada además a las estrategias cognitivas como las auto-instrucciones, los diarios personales o el debate de exigencias.

9. Buscando apoyos sociales y encaminando los conflictos relacionales

Podemos recomendar tanto al paciente depresivo como a sus allegados el que tenga compañía y estímulo social, especialmente cuando esté aún más depresivo. Se puede evaluar los momentos del día o de la semana donde es más frecuente el aislamiento del paciente y el incremento de su malestar depresivo, y programar para ese tiempo encuentros con sus allegados o amistades.

El paciente envuelto en conflictos de pareja o familia tiene más dificultades para manejar su estado depresivo. El terapeuta puede arreglar una sesión con la pareja o familiares, evaluar los conflictos en marcha, su relación con la depresión y proponer alternativas. Si hay un nivel de ira o agresión elevado, debe ser este el foco inicial de trabajo con la familia o pareja. Puede estar recomendada la necesidad de separación completa temporal si hay abusos físicos. También se puede programar sesiones de desahogo mutuo, con tiempos similares para que cada uno exprese su versión, donde el terapeuta puede evitar que se corten los turnos. Una vez que se enfría lo suficiente la hostilidad, se puede intentar a comenzar a exponer la importancia y manejo del refuerzo mutuo.

También se puede exponer a la pareja o familia la noción de "nudo sistémico" donde los miembros de la misma son retroalimentan sus concepciones de los problemas con su intercambio mutuo de conductas. Incluso una intervención muy poderosa es hacer que el terapeuta pida y modele con la pareja, en forma de rol-playing o psico-dramatización, los pasos en como se produce el nudo sistémico. La pareja o familia puede de esta manera a exponerse a una experiencia poderosa de como se produce su conflicto, y también sus alternativas. El terapeuta puede proseguir introduciendo cambios en ese nudo sistémico, haciendo que sea representado en la consulta, y comentado con la pareja o familia.

10. Aumentando las actividades de dominio-placer y las habilidades sociales más básicas.

Los niveles altos de tipo depresivo suelen requerir por lo general la intervención inicial de fármacos y medidas conductuales iniciales. A mayor nivel de depresión más necesidad de medidas farmacológicas-conductuales. En la terapia se puede proponer al paciente un programa de actividades conductuales progresivos. Se invita al paciente a registrar sus actividades diarias durante una o dos semanas, anotando en cada una de ellas el grado de

dominio de las mismas (0-10) y el grado de placer de la misma (0-10). El paciente junto con el terapeuta puede elegir después las actividades con puntuaciones más altas y programarlas en horarios semanales. Con esta medida se trata de aumentar el repertorio de actividades agradables y de dominio del paciente, de modo que disminuya el estado depresivo.

En pacientes con baja habilidad para las relaciones sociales que sufren de depresión se les pueden aconsejar medidas básicas para facilitar sus interacciones sociales como el propio arreglo personal y el inicio y desarrollo de conversaciones. Esas intervenciones son más efectivas en sesiones de rol-playing en la consulta con modelado de las mismas. Si hay un déficit excesivo en estas conductas la terapia a largo plazo centrada en el entrenamiento de habilidades sociales puede ser aconsejada. En el formato P.C.U se le puede introducir al sujeto el concepto de habilidades sociales y su relación con su depresión, e indicarle las nociones básicas de la misma.

Capítulo 8: La P.C.U de la manía

MANÍA. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La prevalencia del trastorno bipolar está en torno al 1% de la población. Su incidencia suele ser similar en varones y mujeres; aunque algunos autores encuentran una frecuencia ligeramente mayor en mujeres. La edad media de inicio suele ser durante los 30 años, pero una tercera parte comienza antes de los 20 años. En general se considera que la edad de comienzo se sitúa entre el final de la adolescencia y principios de la edad adulta.

El episodio maniaco del trastorno bipolar se caracteriza por un funcionamiento cognitivo donde el sujeto experimenta grandiosidad o suspicacia, optimismo o temeridad. Presenta trastornos del pensamiento como la fuga de ideas, trastornos del juicio-razonamiento, distraibilidad y alucinaciones. En el funcionamiento psicomotor presenta agitación intensa. Experimenta poca necesidad de dormir y con frecuencia hipersexualidad. El sujeto presenta un patrón de conducta caracterizado por la implicación en actividades peligrosas y temerarias, como el despilfarro de dinero o la ejecución de conductas de alto riesgo. Aproximadamente un cuarto de los pacientes con estados maniacos intenta suicidarse.

La clínica de los trastornos bipolares comprende al menos cuatro grupos de trastornos: (1) el trastorno bipolar I (ocurrencia de uno o más episodios maniaco o mixto), (2) el trastorno bipolar II (episodios recurrentes de depresión mayor y de hipomanía), (3) el trastorno esquizoafectivo tipo bipolar (síntomas psicóticos durante los episodios maniacos o depresivos que persisten tras remitir aquellos estados afectivos) y (4) la ciclotimia (análogo sub-sindrómico del trastorno bipolar).

El trastorno bipolar tiene una causa biológica. Esta no es una contraindicación para que los tratamientos psicosociales puedan ser útiles en su manejo. Ramirez-Baso y Thase (1996) afirman que del 15-46% de los pacientes con este trastorno tienen niveles de litio fuera del adecuado, facilitándose así sus recaídas. Estos autores proponen cuatro caminos mediante los que se puede intervenir psicológicamente en este trastorno: (1) Mejorando la adherencia al tratamiento farmacológico, (2) Identificando y manejando los síntomas sub-sindrómicos entre

recurrencias, (3) Manejando el curso de los síntomas sub-sindrómicos y (4) Manejando los estresores psicosociales. En el enfoque de la P.C.U al menos pueden ser abordados aspectos de los puntos (1) y (4), y otros adicionales.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA P.C.U DEL PACIENTE MANIACO

- 1. Evalúe las cogniciones maníacas o hipomaniacas
- 2. Evalúe el estado anímico
- 3. Evalúe los síntomas físicos presentes
- 4. Evalúe los cambios relacionales previos y posteriores
- 5. Evalúe la conducta maníaca o hipomaniaca
- 6. Identifique y corrija las cogniciones disfuncionales del paciente sobre su enfermedad y la medicación. Atención a cogniciones híper positivas
- 7. Ayudele a estar precavido cuando su estado de ánimo sea demasiado alto o demasiado bajo
- 8. Eduque al paciente y familiares sobre la importancia y manejo de la medicación preventiva y sintomática
- 9. Indíquele y practique con el paciente el control de estímulos y la resolución de problemas en situaciones de riesgo
- 10. Entrene al paciente a modular su grado de actividad en función de su estado anímico

1. Evalúe las cogniciones maníacas o hipomaniacas

Es poco frecuente que un paciente con un estado maniaco o hipomaniaco solicite ayuda. Sus familiares suelen ser los demandantes de la misma.

El terapeuta está atento a lo que dice el paciente e informan sus familiares. El paciente presenta un pensamiento híper positivo como grandes ideas de invulnerabilidad y/o delirios de grandeza que pueden llevarle a actos peligrosos y expectativas de éxito demasiado optimistas.

Se debe preguntar al paciente sobre sus actitudes y creencias respecto a su enfermedad y la medicación, ya que una disfunción en esta área conlleva un mal ajuste de la medicación y repetidas recurrencias. Este punto puede convertirse en el objetivo central de la P.C.U con estos pacientes.

2. Evalúe el estado anímico

Cuando el sujeto está exaltado, su estado de ánimo suele ser de afable, cordial y generalmente entusiasta; con frecuencia induciendo al clínico a contagiarse con reír o sonreír. De otro lado este estado afectivo puede variar rápidamente (labilidad afectiva) y hacer que el sujeto se vuelva irritable, colérico o triste, sin mediar evento aparente alguno. El paciente puede presentar también un estado irritable, suspicaz y paranoide, pudiendo presentar actos de violencia, o intento de suicidio en estados disfóricos.

3. Evalúe los síntomas físicos presentes

La reducida necesidad de dormir se suele presentar en casi todos los pacientes, ya que el paciente no se siente cansado. Incluso el paciente puede comer muy poco al estar ocupado en otras actividades. También puede presentar híper sexualidad con gran actividad sexual, respecto a su nivel previo.

Se debe tener en cuenta si el paciente usa fármacos antidepresivos, ya que estos pueden precipitar una manía, incluso si se combinan con el litio (Hyman, 1992). También el periodo de postparto en las mujeres con una historia anterior de trastornos afectivos en este periodo, presentan mayor riesgo de episodios maniacos. Este último dato se relaciona con una situación hormonal que favorece el trastorno.

Respecto al diagnóstico psiquiátrico es importante el diagnóstico diferencial con los trastornos maniacos secundarios a enfermedad orgánica o inducida por drogas, la esquizofrenia, el trastorno ciclotímico, el abuso de drogas-alcohol, trastornos de la personalidad (p.e histriónica) y las crisis epilépticas del lóbulo temporal.

4. Evalúe los cambios relacionales previos y posteriores

Debido a la vulnerabilidad del paciente, este puede presentar una recaída maniaca no solo por el no seguir el tratamiento médico. Los conflictos familiares, de pareja y sociales de carácter crónico o agudo también pueden desencadenar los episodios maniacos.

Es importante evaluar la presencia de tales conflictos tanto en las fases previas al episodio como posibles desencadenantes, como posteriores al mismo, de cara al apoyo social que puede recibir el paciente en el manejo de su trastorno.

5. Evalúe la conducta maniaca o hipomaniaca

El sujeto con un estado maniaco e hipomaniaco suele implicarse en actividades de alto riesgo para sí mismo o sus allegados. Puede malgastar los ahorros familiares, hacer dudosas inversiones o donativos, o presentar conductas de alto riesgo (p.e conducir temerariamente o hacer piruetas en cornisas de edificios altos). Es importante preguntar a los allegados por la presencia de tales conductas con el fin de llevar a cabo medidas preventivas de las mismas.

6. Identifique y corrija las cogniciones sobre su enfermedad y la medicación. Atención a cogniciones híper positivas

La presencia de cogniciones híper-positivas como la creencia en la propia superioridad y las expectativas de éxito exageradas de los proyectos o deseos personales manifestados o detectados al preguntarle por ellos al paciente, se cuestionan con base a la petición de evidencias pasadas, las probabilidades reales o la propia información del terapeuta. Para ello el terapeuta debe distanciarse del tono eufórico del paciente por el que puede ser contagiado, incluso cambiando a un semblante más serio y una actitud corporal de distancia y mayor formalidad.

Se debe preguntar al paciente y allegados sobre la conciencia de enfermedad que tiene este (p.e: "¿Qué trastorno cree usted que tiene para que le hayan traído hasta aquí?") Y su actitud hacia la medicación (p.e "¿Para qué cree usted que se le ha indicado tomar esta medicación?").

Las disfunciones en las actitudes en esta área se intentan de corregir proporcionando información al paciente sobre la enfermedad que padece y su tratamiento tanto farmacológico como, psicosocial (psico-educación).

El abordaje cognitivo es más factible tras un abordaje farmacológico que reduzca inicialmente la intensidad de la manía y la hipomanía.

7. Ayúdele a estar precavido cuando su estado de ánimo sea demasiado alto o demasiado bajo

Puede ser útil confeccionar una lista de síntomas por escrito para el propio paciente y sus familiares en forma de tres columnas (Ramirez-Basco y Thase, 1997) de los síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que aparecen en los tres estados anímicos: normal-depresivo-maniaco. Por ejemplo:

Estado normal	Estado depresivo	Estado maniaco
Duerme 8 horas.	Duerme 11 horas.	Duerme 4 horas.
Más introvertido.	Solitario.	Extrovertido y sociable.

Estas listas pueden servir de recordatorios como síntomas de alarma para buscar tratamiento y adoptar precauciones por el paciente y familiares. Las notas de precauciones y tratamiento pueden ser añadidas por escrito a la triple columna anterior.

8. Eduque al paciente y familiares sobre la importancia de la medicación preventiva y sintomática

Se le explica al paciente/familiares la importancia del seguimiento adecuado de la medicación y se le pide su opinión para comprobar su entendimiento de lo expuesto y su acuerdo al respecto. También se le explica las consecuencias positivas/negativas de seguir o no la medicación, y de nuevo se le pide feedback de comprensión-acuerdo.

A los familiares y al propio paciente se le explica el evitar recompensar el seguimiento de la medicación, pues la recompensa es intrínseca a su seguimiento.

Otra estrategia es anticipar con el paciente posibles obstáculos para no seguir la medicación y estrategias para manejar estos casos. El terapeuta puede preguntar: "¿Qué podría pasar para que no tomaras la medicación?", "¿Qué sucedió otras veces que no la tomaste?". "¿Qué

podrías hacer para superar ese obstáculo?". Los problemas y las estrategias de manejo pueden ser entregadas por escrito o en medios audiovisuales. También se pueden programar sesiones de seguimiento con la familia-paciente para comprobar si han surgido obstáculos y su manejo efectivo.

9. Indique y practique con el paciente el control de estímulos y la resolución de problemas en situaciones de riesgo

Una vez que el paciente se encuentra más eutímico, puede abordarse una estrategia que combina el control de estímulos y la resolución de problemas de situaciones de riesgo. Se trabaja con el paciente en identificar y definir lo más específicamente las situaciones de recidiva, el generar y escoger soluciones alternativas al problema en función de sus ventajas-desventajas potenciales, se especifican el cómo/cuando de la ejecución de la tarea escogida de resolución y se revisan sus resultados tras su puesta en práctica.

El control de estímulos puede formar parte de las estrategias de resolución de problemas informando y recordando al paciente y allegados que este evite ciertos lugares y actividades cuando está en una fase maniaca, como por ejemplo los bares, las sustancias psicoactivas y la conducción.

10. Entrene al paciente a modular su grado de actividad en función de su estado anímico

Cuando el paciente está en un estado maniaco se suele implicar en múltiples actividades que le sobre estimulan aún más. Se les aconseja al paciente y familiares la reducción de la estimulación y la actividad en estos casos. La familia incluso puede ser asesorada en prevenir un exceso de actividades, no colaborando con el paciente en ellas, poniendo en alerta a los servicios de urgencias, o usando un estilo de comunicación eutímico (p.e ante el exceso de chistes y risas, adoptando un tono y contenido de voz normal, no contagioso por las risas).

Capítulo 9: La P.C.U del trastorno de angustia

TRASTORNO DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR PÁNICO). CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El trastorno de angustia tiene una prevalencia distinta según los estudios. Según J. Vallejo (1991) tiene una prevalencia general del 0,4-1,2%. Para C. Botella y R. Ballesteros (1995) su prevalencia es del 10% en la población general, aunque solo el 5% suele cumplir los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

El inicio más frecuente del trastorno se sitúa entre los 20-40 años.

En los casos con cierta cronicidad el trastorno de pánico suele ir acompañado por otros trastornos secundarios como la hipocondría, la depresión, el abuso de drogas, alcoholismo y graves limitaciones en la vida socio - laboral.

Las principales teorías etiológicas, de corte cognitivo-conductual y constructivistas del trastorno de pánico se pueden agrupar en dos grupos:

1. **Las teorías cognitivas-conductuales.** Destacan dentro de ellas tres teorías principales:
 - A) Teoría cognitiva (Beck y cols.1985; Clark y Salkovskis, 1987): Destaca el papel central de las interpretaciones catastrofistas de los síntomas corporales. La terapia básica sería la llamada "prevención cognitiva"
 - B) Teoría de la hiperventilación (Lum, 1974; Ley, 1987): El trastorno se produce por una respiración inadecuada como respuesta a los síntomas corporales con aumento del Co_2 y cambios del PH y nuevo aumento circular de los síntomas corporales. La terapia básica sería el entrenamiento en respiración lenta y las técnicas vágales.
 - C) Teoría del condicionamiento interoceptivo (Barlow, 1988): Primero habría un desencadenamiento inicial espontáneo regulado por un mecanismo biológico. Después se produciría un condicionamiento interoceptivo posterior a señales internas, a los que se añadirían las cogniciones catastrofistas. La terapia principal sería la exposición a las señales corporales internas.
 - Las terapias cognitivas conductuales consideran al trastorno de pánico como una especie de "fobia a estímulos corporales internos" que es menos predecible y que genera una mayor ansiedad anticipatoria que los temores externos. Además se consideran la combinación de factores biológicos, cognitivos (sistema de miedos y catastrofización de síntomas corporales), de condicionamiento interoceptivo y psico-fisiológicos (hiperventilación).
2. **Teorías constructivistas.** Dos enfoques, que a menudo aparecen combinados, son los más destacados:
 - A) La teoría del apego de Bowlby (1973): La relación de apego temprana del niño con sus progenitores, basada en una relación de apego ansioso entre el progenitor-niño, predispone al niño, después adulto, a generar ansiedad intensa ante las señales de separación del progenitor o vínculo afectivo posterior con el que se haya establecido una relación de apego ansioso.
 - B) La teoría postracionalista de Guidano (1994): El trastorno de pánico se asocia a la llamada organización fóbica del significado personal, de la relación entre él "mi" de la experiencia afectiva directa y en gran parte tácita-inconsciente y él "yo" que explica esta experiencia como signos de enfermedad física. Habría un vínculo temprano de apego donde el individuo habría tenido experiencias que habrían inhibido su conducta exploratoria (por sobreprotección o no disponibilidad de una figura de apego que la hubiera facilitado) y un apego ansioso a la figura de apego, que hace que el entorno y las propias sensaciones internas se vivan como peligrosas. El sujeto en el ámbito de experiencia tácita experimentaría oscilaciones emocionales entre la necesidad de explorar libremente y la percepción de peligro, buscando la protección del otro para manejar esta angustia. A nivel explícito, del yo que se explica su experiencia a sí mismo, por un lado se produciría un autoengaño-desconexión de las sensaciones de autonomía-exploración y la atribución de las oscilaciones emocionales a causas físicas. Esto permitiría al sujeto buscar figuras de apego

que le protegieran de sus amenazas (incluidos los médicos y terapeutas). Las figuras de apego renovadas se constituyen así en nuevas oportunidades para reproducir o cambiar la propia organización del significado personal.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA P.C.U DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ANGUSTIA

- 1. Evalúe los significados catastrofistas, de peligro e interpretación de los síntomas
- 2. Evalúe las emociones y sus significados subyacentes tácitos
- 3. Evalúe los síntomas físicos asociados como sensaciones corporales temidas
- 4. Evalúe los cambios en los vínculos afectivos relacionales como sistemas de apego
- 5. Evalúe las conductas de evitación asociadas
- 6. Reestructure el sistema cognitivo de miedo
- 7. Focalice y simbolice las emociones-significados tácitos (inconscientes)
- 8. Exponga al sujeto a las sensaciones físicas temidas y use técnicas de descenso de la activación física
- 9. Trabaje con los sistemas de apego de los vínculos afectivos relacionales
- 10. Prevenga las conductas de evitación junto con la exposición

1. Evalúe los significados catastrofistas, de peligro, e interpretación de los síntomas

Estaremos atentos, y preguntaremos por las interpretaciones catastrofistas y aprehensivas que hace el paciente de los cambios fisiológicos que este percibe en su cuerpo (Suele aparecer en términos de: "¿Y si me pasa tal?", "Me puede ocurrir tal"). Estos pacientes suelen esperar tener un ataque cardíaco, quedarse sin aire y ahogarse, perder la razón, etc. Suelen mantener creencias y atribuciones sobre el peligro y significados de los síntomas corporales, creencias por lo general relacionadas con enfermedades físicas en torno a los síntomas percibidos, como enfermedades del corazón, respiratorias, etc.

2. Evalúe las emociones y sus significados subyacentes tácitos

En algunos casos de trastorno de pánico, lo que el sujeto vivencia más conscientemente como peligro aprehensivo por sus síntomas físicos puede ser su auto explicación engañosa de procesos emocionales tácitos o inconscientes no suficientemente percatados o explicados adecuadamente. El paciente puede experimentar emociones ajenas al temor como la ira, sin darse cuenta de la cualidad emocional de la misma, y solo de sus componentes somáticos, que pueden ser similares a los de la ansiedad. El terapeuta valora esta posibilidad mediante técnicas exploratorias como la focalización. Invita al paciente a relajarse y ponerse en contacto con sus sensaciones internas (lo que ya en sí mismo puede ser una especie de desensibilización corporal), que después van siendo simbolizadas en nuevos significados..

3. Evalúe los síntomas físicos asociados como sensaciones corporales temidas

En el plano físico el terapeuta está atento a dos aspectos: el diagnóstico diferencial del trastorno de pánico con otros trastornos físicos y mentales y la evaluación de los síntomas físicos asociados como sensaciones corporales temidas.

Respecto al diagnóstico diferencial, deberemos diferenciar este trastorno de otras entidades mentales como otros trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos. Algunos trastornos orgánicos pueden producir trastornos de pánico, siendo los principales: la hipoglucemia, el hipertiroidismo, el hipoparatiroidismo, el feocromocitoma, el síndrome de Cushing, la epilepsia del lóbulo temporal, la hiperventilación, la intoxicación por cafeína, el trastorno auditivo vestibular y el prolapso de la válvula mitral. El examen médico por lo tanto es necesario en la mayoría de los casos.

Preguntaremos al paciente por ejemplos concretos de sus ataques de pánico, de modo que obtengamos una lista de los síntomas más frecuentes. Es de suma utilidad preguntar también por los síntomas más temidos, de modo que esa información sea útil de cara a las estrategias de intervención basadas en la prevención cognitiva/exposición interoceptiva.

4. Evalúe los cambios en los vínculos afectivos relacionales como sistemas de apego

Los problemas relacionales del paciente con otros significativos de su familia, pareja o amigos, pueden reactivar sus patrones de apego ansioso y disparar el trastorno de pánico. Es importante recabar del paciente y sus allegados la posibilidad de cambios recientes en la vida relacional del paciente, como separaciones, muertes, conocer a alguien nuevo, etc. Los conflictos paterno-filiales entre la sobreprotección y el deseo de explorar el mundo (independencia) pueden hacerse presente.

5. Evalúe las conductas de evitación asociadas

Habitualmente la conducta de evitación más asociada al trastorno de pánico es la evitación agorafóbica. También es frecuente que el sujeto requiera para sus salidas de su domicilio la presencia de personas que le proporcionen seguridad en caso de un ataque inminente. Se debe de preguntar por las situaciones, conductas y personas que juegan un rol contrafóbico o de conductas de evitación, de modo que las listemos y la usemos en la intervención terapéutica como "prevención de respuestas", junto a la exposición.

6. Reestructure el sistema cognitivo de miedo

La prevención cognitiva como forma de reestructuración cognitiva, es la estrategia cognitiva más útil en el caso del trastorno de pánico. Comienza induciendo al sujeto una exposición interoceptiva (ver apartado de exposición a síntomas físicos), pudiendo al sujeto que diga en voz alta el contenido de sus pensamientos catastrofistas, que son valorados inicialmente en una escala de 0-10 en el grado en que cree que ocurrirán (habitualmente alto, p.e la posibilidad de un infarto ante ejercicios de tipo cardiovascular), y se mantiene la exposición para desconformar las predicciones catastrofistas, reevaluando de nuevo la probabilidad de las cogniciones catastrofistas.

7. Focalice y simbolice las emociones - significados tácitos (inconscientes)

En algunos casos de trastorno de pánico el sujeto debe de prestar atención y hacerse consciente de determinadas experiencias emocionales internas que corresponden a

sentimientos no suficientemente explicados y percatados, que se les explica el sujeto a sí mismo como síntomas de amenaza o peligro inminente. El empleo de la focalización, la silla vacía, la inducción imaginada de escenas donde ha ocurrido el ataque, etc. pueden servir de contexto para simbolizar estos sentimientos internos poco que son inadecuadamente explicados y reconocidos.

8. Exponga al sujeto a las sensaciones físicas temidas y use técnicas de descenso de la activación física

Se induce la exposición interoceptiva escogiendo varios sistemas, según sean los estímulos-sensaciones internas disparadoras y temidas más frecuentes. Esos procedimientos incluyen ejercicios cardiovasculares (para sujetos temerosos de infarto), inhalaciones de dióxido de carbono e hiperventilación (para sujetos temerosos del ahogo), o los giros en sillas y de pie (para sujetos temerosos de pérdida de equilibrio-mareos), etc. Se mantiene la exposición hasta que el sujeto reduce su ansiedad. Suele asociarse a la prevención cognitiva, descrita en el punto 6.

Cuando los síntomas de angustia son muy intensos, suele ser necesario el uso combinado de medicación antipánico (p.e. alprazolam, imipramina o fenelzina).

Para reducir el malestar y la intensidad de los síntomas de pánico el terapeuta también puede recurrir a una serie de estrategias de reducción de la activación física o fisiológica: (1) el entrenamiento en respiración abdominal (mejor en sujetos hiper-ventiladores), (2) la relajación aplicada a una lista jerarquizada de síntomas de pánico como método de autocontrol, y (3) la intervención vagal que presiona varias zonas corporales para estimular la disminución del ritmo cardíaco, como presión ocular o sobre el pecho (mejor en sujetos con altos síntomas cardiovasculares).

9. Trabaje con los sistemas de apego de los vínculos afectivos relacionales

Cuando hay conflictos relacionales del paciente con su pareja, familia o amistades, es adecuado invitar a estas personas a terapia, si es posible. El terapeuta puede orientar al paciente hacia un formato de terapia de pareja o familia más amplia, o dar varias indicaciones iniciales tras evaluar el funcionamiento relacional del paciente. Las intervenciones en esta área puede incluir el manejo cognitivo de resistencias o razones no colaborativas, el intercambio de refuerzos, la resolución de problemas, las intervenciones paradójicas, etc.

10. Prevenga las conductas de evitación junto con la exposición

En el caso de temores fóbicos asociados al trastorno de pánico de carácter conductual y abierto, como la agorafobia y las conductas de evitación contrafóbicas (compañía, p.e), hay que emplear un programa de exposición o desensibilización en vivo gradual, de modo que el sujeto se enfrente gradualmente a las situaciones temidas sin esos mecanismos de evitación, impidiendo en lo posible las respuestas de escape o evitación (la prevención de respuestas) de esas situaciones o uso de personas/lugares contrafóbicos.

Capítulo 10: La P.C.U del intento suicida

INTENTO SUICIDA. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El suicidio es poco frecuente, aunque va en aumento, antes de la adolescencia. En los varones su frecuencia aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo a los 75 años. En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55-65 años. Las mujeres intentan con más frecuencia el intento suicida que los hombres, en una proporción 4:1, mientras que los hombres presentan más suicidios consumados respecto a las mujeres en una proporción 2-3:1.

Se han barajado muchos factores que contribuyen al acto de cometer una conducta suicida. Freeman y Reinecke (1995) desde un modelo cognitivo, en la línea de Beck, destacan tres factores comunes que colocan al sujeto en un mayor riesgo de cometer una conducta suicida:

1. La impulsividad conductual: Tendencia a no anticipar la relación actos-consecuencias.
2. Pobreza en la capacidad de resolución de problemas: El intento de suicidio crónico y repetitivo se relaciona con una baja capacidad para elaborar, evaluar y poner en práctica soluciones alternativas. El uso de alcohol y drogas son intentos inadecuados de afrontamiento de las situaciones de malestar.
3. La existencia de esquemas y significados personales idiosincráticos del paciente sobre sí mismo, el mundo y su futuro personal.

La existencia de factores situacionales de tipo socioeconómico, las enfermedades crónicas o dolorosas, las situaciones de soledad, y otros factores, desencadenarían como contexto los tres factores personales antes enunciados en el modelo.

Del anterior modelo se deriva que las intervenciones con los sujetos suicidas deberían focalizarse en el desarrollo de habilidades alternativas de afrontamiento secuenciadas y la modificación de los significados personales disfuncionales.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA P.C.U DEL PACIENTE CON INTENTO SUICIDA

- 1. Evalúe el riesgo, las razones y motivaciones del intento suicida
- 2. Evalúe el estado de ánimo y desesperanza del paciente
- 3. Evalúe la presencia de trastornos psiquiátricos y enfermedades físicas
- 4. Evalúe la presencia de conflictos y recursos relacionales del paciente y otros estresores desencadenantes
- 5. Evalúe las formas y carencias conductuales del intento suicida
- 6. Reestructure las cogniciones y significados suicidas
- 7. Disminuya la tristeza y la desesperanza
- 8. Intervenga en los trastornos psiquiátricos y físicos asociados
- 9. Incremente los apoyos sociales y sistemas de alarma
- 10. Incremente las habilidades conductuales de afrontamiento de problemas del sujeto

1. Evalúe el riesgo, las razones y motivaciones del intento suicida

El clínico dispone de dos medios muy útiles para detectar el riesgo suicida: el uso de cuestionarios de corte cognitivo y la entrevista clínica.

Dos son los cuestionarios más prácticos para evaluar el riesgo suicida: el BDI y el HS. El BDI (Inventario de depresión de Beck) puede usarse cuantitativamente, para evaluar la gravedad de la depresión que puede asociarse con el riesgo suicida (0-9 normal, 10-20 depresión leve, 11-15 disforia, 15-20 depresión leve, 20-30 depresión moderada y mayor a 30 depresión grave) y cualitativamente (los ítems 3,5,6,7,8 se agrupan en torno a las actitudes de autocrítica- distímicas y los ítems 12,15,17 y 21 en torno a la anhedonia o pérdida de energía y descenso de la motivación). La HS (Escala de desesperanza de Beck y cols.1975) correlaciona directamente con el riesgo suicida, siendo un fuerte predictor del riesgo suicida. Un paciente que manifieste ideas suicidas y puntuaciones en el HS superiores a 13-14 indica un alto potencial suicida, y la necesidad de una intervención terapéutica inmediata.

Es importante que la entrevista clínica con el paciente y sus allegados trate de recoger la cronicidad del pensamiento suicida, la duración del problema, la historia familiar de suicidio-depresión y las habilidades previas de manejo de problemas. Respecto al nivel cognitivo, el terapeuta preguntará al paciente de sus razones para pensar en el intento suicida, tratando de averiguar si desea sentirse aliviado de sus problemas o intenta manipular a otros. Intentará también captar los significados personales o creencias personales del paciente que alimentan sus razones suicidas, preguntándole que le hace creer en esas razones. Otro aspecto complementario es preguntarle sobre qué significa para él la vida, la muerte y él haber fallado en el intento.

2. Evalúe el estado de ánimo y desesperanza del paciente

El BDI y el HS sirven respectivamente para evaluar el grado de depresión y la desesperanza del sujeto. Especialmente la HS correlaciona bastante con el riesgo de suicidio. El estado de ánimo y la desesperanza puede ser también valorado a través de la entrevista siguiendo los criterios diagnósticos del DSM o el CIE.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se relaciona con el riesgo suicida. Dentro de la depresión el componente de la desesperanza como actitud negativa solución futura de las dificultades personales, es el factor que más se relaciona con el riesgo suicida.

3. Evalúe la presencia de trastornos psiquiátricos y enfermedades físicas

Los pacientes suicidas no presentan trastornos psiquiátricos homogéneos. Se han agrupado una serie de trastornos mentales que se relacionan con más frecuencia con el intento suicida: la depresión severa, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad. El clínico debe por lo tanto evaluar el estado mental del paciente, de manera multiaxial, destacando el síndrome presente (eje I) y los posibles rasgos-trastornos de personalidad del sujeto (eje II). Los individuos con trastornos de personalidad de tipo límite,

antisociales y dependientes con depresión, son los que más riesgo suicida parecen presentar (Freeman y Reinecke, 1995).

Las enfermedades físicas crónicas o progresivas generan en el sujeto una alta desesperanza, especialmente en personas ancianas, por lo que en ellas puede haber un alto riesgo suicida.

Hay una gran cantidad de estudios que afirman que casi el 90% de los pacientes que han intentado suicidarse tenían trastornos psiquiátricos.

4. Evalúe la presencia de conflictos y recursos relacionales del paciente y otros estresores desencadenantes

Es importante detectar los factores desencadenantes agudos o crónicos que han disparado el riesgo suicida del sujeto. Estos pueden incluir problemas familiares, de pareja, sociales o laborales. También hay que estimar las redes de apoyo socio-familiar con las que cuenta el sujeto en cuestión. El riesgo suicida aumenta con el retraimiento y la soledad del sujeto. Es importante determinar y listar los nombres-direcciones de las personas en las que confía el sujeto y podría acudir en caso de necesidad.

5. Evalúe las formas y carencias conductuales del intento suicida

Es importante evaluar las formas en que el sujeto ha intentado suicidarse, o lo desea intentar en un futuro próximo. De esto forma parte los métodos para darse muerte, los planes, hora elegida o forma impulsiva, etc. Esta información puede servir para prevenir ciertos estímulos y contextos de riesgo.

Un factor poderoso de determinación del riesgo suicida junto a los significados personales y la impulsividad es el grado de carencias conductuales o de habilidades de resolución de problemas que tiene el sujeto. Es importante determinar el/los problemas en los que se encuentra inmerso el paciente y las habilidades que se podrían requerir para su afrontamiento, así como el grado en que las tiene el sujeto.

6. Reestructure las cogniciones y significados suicidas

Los métodos de intervención cognitiva pretenden generar significados alternativos y funcionales a los suicidas. Aunque Freeman y Reinecke (1995) llegan a enumerar una veintena de técnicas cognitivas según el caso concreto presentado; Nosotros consideramos que las estrategias básicas consisten en: establecer una relación empática y de apoyo al paciente de modo que este pueda hablar del significado de su intento suicida, que el terapeuta tratará de especificar en lo posible, cuestionar las razones-significados argumentados sobre la base de evidencias contrarias, postergar el intento hasta no valorar opciones alternativas y examinar las opciones alternativas tanto de significados como de cursos de acción o resolución de problemas. Una metáfora guía para seleccionar las estrategias cognitivas es considerar que el intento suicida es un intento de solución-fallido- a un problema según la perspectiva del sujeto.

7. Disminuya la tristeza y la desesperanza

La medicación puede ser una medida adecuada en caso de pacientes con un estado depresivo intenso. Hay que advertir al paciente y sus familiares el intervalo de actuación de los fármacos antidepresivos (normalmente 21 días), de modo que se complementen con el apoyo familiar. Hay que valorar si el sujeto tiene tendencias impulsivas, y en este caso la medicación deberá pasar al control de los allegados o del personal hospitalario si es necesario su ingreso temporal, dado la posibilidad de su ingesta para intentar nuevamente el suicidio.

Los sujetos suicidas con componentes psicóticos o de toxicidad suelen requerir el ingreso hospitalario hasta la remisión de su cuadro agudo.

8. Intervenga en los trastornos psiquiátricos y físicos asociados

En sujetos con una actividad delirante y/o alucinatoria que le predisponga al suicidio, será necesario el uso de psicofármacos neurolépticos para reducir esta actividad en régimen ambulatorio u hospitalario, según el caso. Igualmente los sujetos alcohólicos y toxicómanos deberán ser desintoxicados de sus estados agudos y ser canalizados al alta hacia servicios y procesos de rehabilitación.

Los sujetos con enfermedades crónicas o progresivas pueden requerir, junto al tratamiento médico habitual, el uso de psicofármacos para disminuir el dolor y la depresión asociada, y de medidas de soporte y afrontamiento psicosocial, de modo que su situación se haga más llevadera (ver **capítulo 12**).

9. Incremente los apoyos sociales y sistemas de alarma

Es importante contar con la colaboración de las personas significativas del paciente, de modo que estas colaboren en el plan de tratamiento médico y psicosocial. Estas pueden ser alertadas de los signos conductuales frecuentes que predisponen al paciente a intentar suicidarse (en el caso del paciente repetidor), y a contar con los teléfonos y direcciones de los servicios de urgencia. Los signos de alarma pueden ser escritos como recordatorios junto a las direcciones de los servicios de urgencia.

En caso de conflictos relacionales crónicos es necesaria la entrevista con los allegados para intentar establecer las prioridades con ellos, intentando demorar el abordaje de los problemas más crónicos para después de la superación de la crisis suicida, de modo que se salvaguarde la vida del paciente. En el caso de no contar con la colaboración de estos buscar un lugar de residencia alternativa a la cercanía a sus familiares

10. Incremente las habilidades conductuales de afrontamiento de problemas del sujeto

Como se ha apuntado el hecho de que el sujeto no disponga de habilidades de resolución de problemas funcionales, facilita la impulsividad y el buscar el intento suicida como salida a sus problemas.

El terapeuta debe de valorar el/los problema/s en cuestión a los que se enfrenta el sujeto y el déficit de habilidades que puede tener ante los mismos. El entrenamiento en las habilidades básicas (p.e entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, comunicación, búsqueda de amistad, etc.) suele requerir un formato de terapia más amplio que el de la P.C.U. En nuestro formato el paciente puede ser informado y enseñado en los componentes más básicos y/o derivado a un formato de terapia más larga.

Capítulo 11: La P.C.U de los estados psicóticos agudos

ESTADOS PSICÓTICOS AGUDOS. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La psicosis aguda como señala Hyman (1992) no es un diagnóstico psiquiátrico sino un síndrome clínico caracterizado por los típicos síntomas psicóticos de los delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento. Además incluyen insomnio, agitación psicomotriz, hiperactividad y desequilibrios afectivos. Este síndrome puede estar causado por diferentes enfermedades físicas, causas tóxicas o ser una manifestación aguda de otros trastornos psiquiátricos como los trastornos afectivos, la esquizofrenia y otros.

Es conocido el desarrollo de nuevas terapias cognitivas-conductuales para la esquizofrenia con síntomas defectibles (p.e Liberman, 1995; Perris, 1994, Brenner, 1992). Menos conocido, y más novedosa es la nueva terapia cognitiva para los síntomas positivos (los delirios y alucinaciones con más frecuencia) de la esquizofrenia y otras psicosis. La escuela inglesa de terapia cognitiva ha desarrollado nuevos métodos, basados en la terapia cognitiva de Beck y otras terapias cognitivas-conductuales para el abordaje de los síntomas positivos de las psicosis esquizofrénicas (Chadwick, Birchwood y Tarrier, 1996). Nosotros vemos adaptables estas estrategias a la P.C.U.

El enfoque cognitivo de las alucinaciones y de las ideas delirantes, a diferencia del enfoque biológico y fenomenológico tradicional de la psiquiatría, supone que las respuestas emocionales y conductuales del sujeto psicótico no están en función de los contenidos de las alucinaciones y delirios, sino más bien en función de las creencias sobre el poder y autoría de las voces alucinantes y los delirios. La actividad delirante y alucinante puede estar regulada o derivar de alteraciones bioquímicas o neurofisiológicas, al menos en gran parte. En este punto se está de acuerdo con las teorías biológicas; pero hace falta además que esos fenómenos sean interpretados por el sujeto que la vivencia para producir unas conductas y emociones específicas.

La conceptualización de los delirios de la terapia cognitiva difiere de la concepción fenomenológica psiquiátrica tradicional: en el enfoque tradicional las ideas delirantes se definen como creencias falsas, en el cognitivo pueden ser ciertas aunque no adaptativas (p.e los celos). En el tradicional se basan en inferencias incorrectas en el cognitivo son más bien un intento de explicar una experiencia anormal. En el tradicional son irrefutables e irrefutables lógicamente y empíricamente, en el cognitivo pueden variar en su grado de convicción. En el tradicional tienen un contenido extraño o infrecuente, en el cognitivo hay diferencias en cuanto a su relación con el contexto cultural. En el tradicional son creencias distintas a las creencias normales, en el cognitivo se ponen en un continuo dimensional con las creencias normales

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS DE LA P.C.U EN PACIENTES CON ESTADOS PSICÓTICO AGUDOS

- 1. Evalúe las dimensiones de las creencias subjetivas en las alucinaciones y los delirios
- 2. Evalúe los estados afectivos asociados al síndrome de psicosis aguda
- 3. Evalúe los síntomas físicos y mentales asociados
- 4. Evalúe los estresores psicosociales precipitantes
- 5. Evalúe las estrategias cognitivas-conductuales de afrontamiento del sujeto
- 6. Use la terapia cognitiva no confrontadora
- 7. Maneje los estados afectivos asociados
- 8. Maneje las enfermedades y toxicomanías etiológicas asociadas
- 9. Trabaje con los niveles de emoción expresada en la familia
- 10. Incremente las habilidades de afrontamiento de síntomas

1. Evalúe las dimensiones de las creencias subjetivas en las alucinaciones y los delirios

Los sujetos con experiencias alucinatorias y delirantes suelen creer que sus voces y delirios son muy poderosos y omnipotentes. Atribuyen sus conductas a estas experiencias, son incapaces de influir sobre su aparición/desaparición, tienen la impresión de que las voces conocen su historia pasada y las consideran malévolas/benévolas en sus intenciones. Las respuestas conductuales y emocionales del sujeto a estas experiencias por lo general se agrupan en: (1) Resistencia (intentan combatir y oponerse a las mismas), (2) Indiferencia (no se implican con la voz o delirio) y (3) Compromiso (cooperan con las voces y delirios).

Chadwick, Birchwood y Trower han creado un cuestionario para medir las creencias sobre las voces: "Cuestionario de creencias sobre las voces" (BAVQ, 1996). Con el mismo se pretende identificar los significados otorgados a las alucinaciones auditivas. El cuestionario recoge aspectos como las creencias de omnipotencia, malevolencia y obediencia a las voces. Es útil para diseñar el área de intervención cognitiva con las alucinaciones.

2. Evalúe los estados afectivos asociados al síndrome de psicosis agudas

Es importante determinar si el síndrome psicótico agudo es un estado evolutivo o una recidiva de un trastorno afectivo como el trastorno bipolar, la depresión mayor o el trastorno esquizo-afectivo. En la fase maniaca del trastorno bipolar el sujeto presenta también otros síntomas típicos (fuga de ideas, animo eufórico o irritable, etc.) e historia anterior de episodios maniacos o depresivos anteriores.

Los pacientes depresivos graves pueden presentar junto a su tristeza estados irritables y paranoides, así como historia anterior de episodios de trastorno afectivo. Los pacientes esquizo-afectivos presentan una mezcla de síntomas afectivos y psicóticos similares a los esquizofrénicos.

3. Evalúe los síntomas físicos y mentales asociados

La esquizofrenia puede presentarse como una psicosis aguda, con síntomas positivos como las alucinaciones y los delirios. Es frecuente que las exacerbaciones agudas de la esquizofrenia estén producidas por el incumplimiento de la toma de medicación o el abuso de drogas. El trastorno esquizo-freniforme también puede presentarse como psicosis aguda. En este caso los síntomas previos tienen una duración menor a 6 meses. La psicosis reactiva breve suele presentarse como una psicosis aguda con síntomas extraños y de carácter histriónico, que suelen ser una respuesta a estresores psicosociales recientes.

Las psicosis agudas pueden ser también inducidas por drogas como los alucinógenos, la cocaína, las anfetaminas, la abstinencia de alcohol-drogas y otras.

Por último diversos trastornos médicos y neurológicos pueden inducir psicosis agudas.

La evaluación de los aspectos médicos, neurológicos y psiquiátricos es necesaria en todos los casos de psicosis aguda.

4. Evalúe los estresores psicosociales precipitantes

La evaluación de los factores psicosociales de las psicosis de forma detallada escapa al formato de la P.C.U y pertenece a terapias más largas centradas en la rehabilitación. En el enfoque P.C.U se evalúan los factores estresantes psicosociales que han actuado como precipitantes del episodio agudo. Este puede pertenecer a un aspecto de la llamada "emoción expresada" como la falta de comprensión de la familia de la enfermedad en curso con el consiguiente mal seguimiento de las prescripciones médicas o tratamientos y/o la existencia de conflictos familiares que generan estrés al paciente, la falta de apoyos o actividades sociales en momentos de crisis.

La entrevista familiar o con los allegados debe de tener en cuenta los puntos reseñados.

5. Evalúe las estrategias cognitivas-conductuales de afrontamiento del sujeto

Los pacientes psicóticos suelen intentar controlar el curso de sus síntomas positivos con acciones internas, cognitivas (p.e pensar en otras cosas) y abiertas, conductuales (p.e salir de la casa). Es importante determinar los intentos del paciente para reducir la ansiedad y el malestar producido por sus síntomas activos y su grado de éxito. Ello nos permitirá conocer los propios recursos del paciente y las áreas de afrontamiento de síntomas deficitarias. El terapeuta preguntará al paciente que hace o intenta pensar para reducir la ansiedad que le genera por ejemplo sus voces, y el grado de efectividad de las mismas.

6. Use la terapia cognitiva no confrontadora

El objetivo de las intervenciones cognitivas con las voces es reducir las creencias de omnipotencia, malevolencia y obediencia a las mismas. Una vez que el terapeuta ha evaluado sus dimensiones (p.e con el BAVQ, 1996-existe versión castellana) intenta facilitar el

compromiso del paciente en la terapia a través de la anticipación de las respuestas del paciente a sus voces, la explicación del trabajo con otros pacientes a la terapia (se puede presentar videos) y la libertad de dejar la terapia cuando desee. Posteriormente conceptualiza con el paciente que las respuestas que tiene a las voces dependen de sus creencias sobre las mismas. La tercera fase tras la facilitación del compromiso en la terapia y la conceptualización para el paciente del problema de las voces es la intervención con las mismas. Básicamente se reúnen evidencias en contra de las creencias sobre las voces (no sobre las voces mismas). También se trabaja con la re-atribución de las creencias en las voces en función de la historia personal del sujeto. Se dedica un tiempo a que el sujeto relate su historia personal; poniendo las creencias en las voces en relación con ella. El descontrol de las voces se intenta manejar mediante el manejo empírico en vivo como prueba de realidad: el método de la "verbalización concurrente" donde el sujeto escucha las voces por un oído y otra grabación distractora por la otra puede ser usado. Se entrena al sujeto a avivar y después reducir las voces como prueba completa.

Respecto a los delirios el terapeuta evita la confrontación directa de sus ideas delirantes evitando decirle que están equivocadas. El terapeuta evita las etiquetas con el paciente de delirio, esquizofrenia, psicosis, etc. Le expone que sus ideas son posibles interpretaciones a los hechos vividos, aunque quizás no las únicas posibles. Posteriormente le expone los efectos de sus creencias sobre su conducta y emociones. El tercer paso, ya de intervención, se basa en buscar las inconsistencias lógicas de las ideas del paciente, jerarquizar los aspectos más refutables de sus creencias, y ofrecerle explicaciones alternativas y/o expone experimentos personales para desconfirmarla, cerciorándose el terapeuta antes del éxito de estos.

Aunque el tratamiento de primera línea de los casos de psicosis aguda se basan en la medicación psicofarmacológica o el abordaje de la etiología médica según los casos; es cierto que en algunos casos la sintomatología psicótica aguda no remite lo suficiente con la medicación ya sea porque no se siguen las prescripciones o por que no es efectiva por sí sola. En estos casos puede estar justificada la intervención cognitiva.

7. Maneje los estados afectivos asociados

Los síntomas psicóticos activos relacionados con trastornos afectivos (trastorno bipolar, depresión mayor, etc.) suelen requerir del empleo de medicación neuroléptica y otros psicofármacos. Una vez remitidos estos síntomas, o paralelamente si es necesario, se emplean otros fármacos para reducir los síntomas del curso del trastorno, como el litio o los antidepresivos. La P.C.U y otras terapias cognitivas-conductuales pueden ser estrategias complementarias en estos casos (ver capítulos 7 y 8).

8. Maneje las enfermedades y toxicomanías etiológicas asociadas

Dado que ciertos estados psicóticos agudos se relacionan con enfermedades psiquiátricas, médicas y toxicomanías, para su remisión es prioritario tratar la etiología implicada. Los psicofármacos están indicados en todos los casos para reducir o eliminar la sintomatología aguda. El tratamiento de las enfermedades o toxicidad también es necesario en el caso de

causa médica o tóxica del cuadro. En estos últimos casos se hace necesaria la colaboración de los servicios de psiquiatría y medicina interna.

El psicólogo clínico puede abordar junto con los profesionales anteriores las áreas de significado personal de los síntomas, el seguimiento de las prescripciones, la orientación ante los problemas relacionales y la preparación del paciente para el afrontamiento de los síntomas residuales activos.

9. Trabajo con los niveles de emoción expresada en la familia

Un alto nivel de "emoción expresada" (comunicación hostil y descalificadora) en el seno de la familia del paciente se relaciona con un mayor nivel de recaídas e ingresos en los pacientes psicóticos. El terapeuta en la P.C.U puede orientar a los familiares a como comunicarse con el paciente con un estilo más neutral y centrado en la resolución de problemas. El terapeuta puede modelar y usar el rol-playing como demostración con los familiares. También puede orientar a estos a formatos de terapia más larga centrada en la psico-educación del abordaje de la psicosis. .

10. Incremente las habilidades de afrontamiento de síntomas

El terapeuta elige en colaboración con el paciente los síntomas o las consecuencias de los mismos que se desea reducir. Se proponen varias estrategias que se ensañan paso a paso en consulta (de manera similar con frecuencia a la inoculación al estrés), y en la misma consulta se simula su aplicación (p.e el terapeuta repite las voces alucinantes, y el paciente se relaja y se auto-instruye en autocontrol, retribución o distracción cognitiva). El paciente evalúa la efectividad del ensayo (p.e escala de 0-10). Ambos proponen su aplicación y registro como tarea entre sesiones. A la vuelta, en la próxima sesión se evalúa sus efectos y se pulen las carencias habidas en su aplicación real. Birchwood y Tarrier (1995) han propuesto una clasificación de las estrategias de afrontamiento que pueden ser empleadas con sujetos psicóticos para el automanejo de sus síntomas. De manera resumida, estas estrategias comprenden: (1) Estrategias cognitivas (desviación de la atención, restricción de la atención, autoafirmación verbal de autodirección o re atribución), (2) Estrategias conductuales (aumentar los niveles de actividad, aumentar la actividad social, reducir la actividad social, comprobación de la realidad), (3) Estrategias sensoriales (p.e escucha dicótica) y (4) Estrategias fisiológicas (control de la respiración, relajación, etc.).

Capítulo 12: La P.C.U de las enfermedades físicas o cirugía

ENFERMEDADES FÍSICAS O CIRUGÍA. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El modelo cognitivo-conductual del papel de los factores psicológicos en el curso y tratamiento de las enfermedades físicas o cirugía se basa en la combinación de dos modelos: (1) el modelo conductual, que destaca la influencia de la conducta misma en la salud-enfermedad (Ribes, 1990) y (2) el modelo cognitivo del estrés, basado en el significado y afrontamiento de la enfermedad (R. Lazarus, 1996; 1986).

Desde el punto de vista conductual el hecho de que una persona mantenga, pierda o recupere su salud psicológica va a depender de la interacción de tres factores: la historia previa de relaciones del sujeto con su entorno, las habilidades funcionales para manejar las situaciones que vive, y el papel modulador de las contingencias ambientales sobre sus estados biológicos.

Desde el punto de vista cognitivo la respuesta de estrés de las personas (incluida la enfermedad o cirugía como estresor) va a depender de dos procesos cognitivos: la evaluación primaria ("¿Qué significa esto para mí?") y la evaluación secundaria ("¿Me veo capaz de hacer algo eficaz con esta situación?"). La enfermedad o la ansiedad ante una intervención quirúrgica, su curso, recuperación, recidiva, etc. no va a depender solo de las causas biológicas implicadas; sino también de lo que significa para el sujeto (p.e amenaza, pérdida, signo de injusticia, etc.), y lo que hace con ella (p.e seguimiento de las prescripciones). Significado y conducta ante la enfermedad o cirugía son las cuestiones claves para la P.C.U en éste área.

El psiquiatra o psicólogo clínico suelen ser requeridos por el médico, el cirujano o los familiares del paciente (interconsulta) con más frecuencia por dos posibles motivos:

1. El paciente no sigue adecuadamente las prescripciones o se niega a la intervención quirúrgica o médica.
2. El paciente presenta una reacción emocional desproporcionada y adversa ante su enfermedad o intervención quirúrgica que dificulta su evolución.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS DE LA P.C.U DE LAS ENFERMEDADES FÍSICAS O CIRUGÍA

- 1. Evalúe el significado subjetivo de la enfermedad o cirugía
- 2. Evalúe el estado emocional del paciente
- 3. Evalúe el curso de la enfermedad o cirugía prevista
- 4. Evalúe la red de apoyo familiar y sanitaria del paciente
- 5. Evalúe las estrategias de afrontamiento del paciente y el cambio de actividad
- 6. Reestructure los significados disfuncionales de la enfermedad o cirugía
- 7. Disminuya el nivel de miedo e incremente la esperanza razonable
- 8. Intervenga para reducir el dolor y/o la ansiedad asociada
- 9. Incremente la red de apoyo del paciente. Incluya al personal sanitario
- 10. Incremente el nivel de actividad reforzante del paciente y su adhesión al tratamiento

1. Evalúe el significado subjetivo de la enfermedad o cirugía

Los significados en torno a la enfermedad o cirugía inminente a la que va a ser sometido el paciente se suelen distribuir en dos aspectos conectados entre sí: el concepto que tiene el paciente sobre la enfermedad o cirugía en cuestión y el significado que le otorga en cuanto a las repercusiones personales que le conlleva esta situación.

En cuanto al concepto o modelo de enfermedad del propio paciente es importante recabar del paciente sus: (1) preocupaciones en torno a la enfermedad que padece o la cirugía prevista.

También es relevante conocer (2) el modelo causal (atribuciones) de propio paciente, sus ideas de que le ha llevado a tal estado. En este último aspecto podrían aparecer ideas irracionales de culpa o merecimiento como castigo divino, del destino, etc. y otras actitudes derrotistas. Otro aspecto relevante es conocer si el paciente (3) sobreestima el órgano afectado, es decir puede exagerar la implicación o amenaza de la afectación. En este aspecto puede ser útil pedir al paciente que dibuje el cuerpo humano, incluyendo el órgano afectado por la enfermedad u objeto de la cirugía (Bellack y Siegel, 1986). A través de los dibujos el paciente puede revelar sus temores y distorsiones sobre su enfermedad o cirugía.

Respecto al significado que el paciente otorga a las repercusiones que puede tener la enfermedad o cirugía para su propia autoestima y curso vital es importante determinar las siguientes áreas: (4) como cree el paciente que la enfermedad va a afectar a su imagen corporal y estima personal (p.e pérdida de vigor físico, de atractivo sexual, etc.), (5) las consecuencias y repercusiones sobre su actividad y proyectos personales, (6) la presencia de actitudes amenazantes o paranoides (p.e en la fase previa y posterior a la cirugía pueden aparecer síntomas alucinatorios, delirantes, etc.) y (7) pedir al paciente que comparta con nosotros sus fantasías o imágenes (incluido su actividad onírica) sobre su enfermedad, su evolución futura y los tratamientos previstos. Las fantasías pueden revelar aspectos de los temores ocultos y las estrategias o mecanismos defensivos para manejarlos.

Es importante que el terapeuta pregunte (y oriente a los médicos y personal sanitario en ello) al paciente por sus preocupaciones sobre su enfermedad o cirugía.

2. Evalúe el estado emocional del paciente

Es importante conocer el estado mental del paciente cuando se realiza la interconsulta. La ansiedad y la depresión pueden estar presentes con frecuencia, dado que la enfermedad o cirugía pueden significar una amenaza o pérdida para el paciente.

Un aspecto importante es conocer los miedos específicos del paciente sobre su enfermedad o cirugía inminente. El paciente puede presentar miedos a la anestesia y el postoperatorio, a los tratamientos específicos (p.e sí va a ser doloroso), a la muerte (en enfermedades terminales) y al mismo proceso de enfermedad en curso. El terapeuta animará al paciente a compartir con él estos temores de manera empática.

3. Evalúe el curso de la enfermedad o cirugía prevista

El clínico que va a trabajar psicoterapéuticamente con un paciente afectado de una enfermedad física o con una cirugía prevista debe conocer el estado médico del paciente, el tipo de intervención prevista o en curso y los principales elementos de la enfermedad, su tratamiento y pronóstico. Para ello debe informarse del médico o cirujano. Este aspecto es importante de cara a informar al paciente de la manera más realista posible de su enfermedad o cirugía, las posibilidades futuras, o las alternativas de afrontamiento (incluida la situación de enfermedad terminal).

4. Evalúe la red de apoyo familiar y sanitaria del paciente

Los familiares y el personal sanitario que está en contacto con el paciente juegan un papel importante sobre el estado emocional de paciente y su conducta ante la enfermedad. Pueden estimular al paciente a afrontar su situación de una manera más o menos adaptativa.

En caso de cirugía es importante evaluar si el paciente puede contar con la presencia de un familiar de confianza que le acompañe en los momentos previos a la intervención y en el post-operatorio cuando despierte de la anestesia y aparezcan los signos iniciales de desorientación. Otros aspectos importantes son el grado y tipo de comunicación y mensajes que la familia y el personal sanitario transmiten al paciente sobre su enfermedad o cirugía, y como los percibe y evalúa el propio paciente (p.e. "Que le dicen de su enfermedad, que actividades comparten con él, que significa esto para el paciente").

Puede darse el caso de que la enfermedad del paciente haya modificado el funcionamiento global de la familia, y sus miembros hayan renunciado en gran medida a sus propios proyectos en exceso, contribuyendo a aumentar el malestar relacional general. Es deseable, preguntar por estas cuestiones a los allegados del paciente.

5. Evalúe las estrategias de afrontamiento del paciente y el cambio de actividad

El tipo de conducta de afrontamiento (ataque, huida o pasividad) es importante tanto para manejar las demandas de la situación (p.e la enfermedad como situación) como para manejar el estado emocional del sujeto. Se han identificado determinados patrones de conducta de afrontamiento (p.e tipo A y B) que correlacionan con determinadas enfermedades (p.e patrón tipo A- colérico/hostil con trastornos cardiovasculares).

El terapeuta puede medir los patrones de conducta de afrontamiento mediante auto-informes (p.e Inventario de reacciones de ira de Novaco-NAI, Escala de tipo A de Fremingham, etc.), indicadores de observación con el paciente en la misma entrevista y otras fuentes.

Otro aspecto conductual relevante es conocer el número y tipo de actividades agradables o reforzantes que lleva a cabo el sujeto, y como se han visto alterada por el curso de la enfermedad. El nivel de actividad reforzante suele correlacionar con el estado de ánimo y con el nivel de adaptación del sujeto a su situación. Es deseable que el sujeto conteste a los ítems en dos momentos: antes y después de la enfermedad. Las escalas conductuales de refuerzos pueden servir para evaluar este aspecto.

6. Reestructure los significados disfuncionales de la enfermedad o cirugía

El paciente afectado de una enfermedad o con una intervención de cirugía inminente puede tener una serie de actitudes o creencias disfuncionales, erróneas o irracionales sobre estas situaciones, resultantes de su ignorancia, prejuicios culturales o significados personales idiosincráticos.

El terapeuta puede modificar estos significados disfuncionales dando información realista al paciente sobre su enfermedad, su curso y los tratamientos disponibles. Puede también animar al paciente a listar sus preocupaciones y abordarlas con el médico o cirujano, o buscar fuentes de información fiables (que pueden ser otros pacientes que están afrontando adecuadamente su situación). Los métodos de cuestionamiento y búsqueda de evidencias para los pensamientos automáticos (Beck y Cols., 1979) y las creencias irracionales (Ellis y Grieger, 1990) pueden ser también eficaces.

Los terapeutas que hayan establecido una relación empática con el malestar del paciente y que se perciban como competentes por el mismo, tienen más poder de modificar las actitudes disfuncionales del paciente respecto a su enfermedad o cirugía.

7. Disminuya el nivel de miedo e incremente la esperanza razonable

En principio es deseable respetar al paciente que usa sus propios recursos de afrontamiento a su enfermedad o cirugía (incluida un cierto nivel de negación) sin intervenir directamente con éste. Sólo en los casos donde estos recursos se hayan visto sobrepasados por un nivel de ansiedad que interfiere con un afrontamiento adecuado o un seguimiento de las pautas adecuadas de tratamiento, puede estar legitimizado.

El paciente puede tener un elevado nivel de ansiedad ante una cirugía prevista o el futuro de su enfermedad. La enfermedad que puede estar padeciendo puede tener un carácter extremadamente grave o terminal, y el terapeuta no debe de minimizar la ansiedad artificialmente otorgando vanas esperanzas o un falso optimismo. En estos casos es legítimo informar al paciente de los procedimientos médicos para reducir el dolor (p.e analgésicos) y aliviar la ansiedad (p.e psicofármacos), y dejar si es posible la elección al paciente sobre los mismos.

El terapeuta debe estar también disponible para el paciente, intentando empatizar con su sufrimiento y ayudarle incluso en el proceso de duelo respecto a la propia vida del paciente si fuera necesario. Este último caso requiere un previo manejo del terapeuta sobre su ansiedad ante la muerte.

En casos de elevada ansiedad del paciente ante determinados tratamientos o cirugía se puede entrenar al paciente en la inoculación al estrés (capítulo 6), y si es posible simular el afrontamiento en el servicio médico o sala de operaciones. Otra opción es trabajar con grupos de pacientes que van a ser sometidos a una intervención similar y que presentan un elevado miedo. El trabajo en grupo con relajación, desensibilización, inoculación al estrés y exposición de temores y manejo alternativo puede ser una buena opción.

8. Intervenga para reducir el dolor y la ansiedad asociada

Como ya ha sido apuntado, la reducción del dolor y la ansiedad mediante el uso de fármacos puede ser necesaria en el alivio del sufrimiento del paciente e incluso en la mejora del afrontamiento de la enfermedad.

Dado que el dolor y la ansiedad conllevan no solo aspectos sensoriales, sino también afectivos y cognitivos, suele ser necesario, más en procesos crónicos intervenir mediante estrategias psicológicas. Aunque actualmente las unidades de manejo del dolor están basadas casi exclusivamente en el uso de procedimientos médicos (estimulación eléctrica, analgésicos y psicofármacos), los tratamientos cognitivos-conductuales en combinación con los médicos pueden aumentar la eficacia.

Las técnicas de relajación pueden disminuir la activación emocional asociada al dolor, las técnicas cognitivas-imaginativas pueden reducir, distraer, revalorar o transformar la atención al dolor hacia otras sensaciones, y las técnicas conductuales disminuir la inactividad y las restricciones del paciente ante la conducta de dolor.

9. Incremente la red de apoyo del paciente. Incluya al personal sanitario

El paciente se puede retirar de la vida social y recluírse en su domicilio a partir de su enfermedad, reforzando su conducta pasiva y dependiente, y disminuyendo sus recursos de afrontamiento, y probablemente su propio sistema inmunológico. El terapeuta debe orientar al paciente y sus familiares en la necesidad de mantener un nivel adecuado de actividad social y comunicación.

Se puede programar las tareas sociales de la semana con el paciente y sus allegados. También la familia debe de seguir atendiendo a las necesidades y proyectos de sus miembros, de modo que toda su actividad no se vea adsorbida exclusivamente por el enfermo; para ello habrá que definir las tareas, quién la realiza, la distribución del tiempo, etc. La terapia familiar puede ser necesaria en casos extremos, donde en el contexto de la enfermedad se ha generado el conflicto relacional.

El terapeuta debe también colaborar y contar con el personal sanitario. Éste personal puede prestar un valioso apoyo emocional en los internamientos hospitalarios del paciente. El entrenamiento en comunicación; escucha empática y habilidades sociales, pueden formar parte de talleres de preparación para el personal sanitario, más en los casos de atención a enfermedades crónicas graves.

Paralelamente el psicólogo o psiquiatra que trabajen en la interconsulta colaborará con el médico o cirujano, familiarizándose con las dificultades médicas o quirúrgicas del paciente, atendiendo a las preocupaciones del especialista sobre el estado mental de los pacientes y presentándose como un colaborador auxiliar dedicado a los aspectos emocionales del paciente.

10. Incremente el nivel de actividad reforzante del paciente y su adhesión al tratamiento

El terapeuta colabora con el paciente en diseñar un nivel de actividad potencial que aumente las sensaciones de dominio y agrado del paciente. Para ello valora los intereses y/o reforzadores del paciente y va proponiendo niveles de actividad progresivas que mantengan al paciente ocupado con experiencias positivas.

En esta línea es importante abordar los refuerzos externos que pueden mantener un papel pasivo y excesivo de rol de enfermo, y provocar una redistribución de los mismos hacia conductas más funcionales de cara a la enfermedad. Las ganancias secundarias (evitación de responsabilidades, cuidados externos, etc.) pueden contribuir a mantener aspectos disfuncionales de la conducta del enfermo.

A menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas para su enfermedad, debido a su complejidad, el abandono de otras actividades más inmediatamente gratificantes (p.e fumar o beber alcohol), problemas de recuerdo, falta de conciencia de enfermedad, negación o de mala relación con el profesional.

La terapia puede abordar estos temas con el mismo paciente y con los profesionales que le atienden, usando las técnicas de condicionamiento operante (p.e refuerzo diferencial), el entrenamiento en comunicación y otras habilidades de afrontamiento de problemas. Las intervenciones cognitivas, junto a las conductuales, pueden ser necesarias para abordar las "razones y motivos subjetivos" del paciente para no seguir las prescripciones.

Capítulo 13: La P.C.U del trastorno por estrés postraumático

TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Las teorías conductuales del trastorno por estrés post-traumático (TEP) se basan en el modelo bifactorial de Mowrer (1947). Esta teoría supone que el trauma es un estímulo incondicionado que ha producido una respuesta incondicionada de temor extremo. El recuerdo del trauma actuaría como una especie de estímulo condicionado que generaría una respuesta condicionada también de temor extremo.

Las situaciones y recuerdos relacionados con el trauma, posteriormente actuarían doblemente como estímulo discriminativo y estímulo condicionado, ante los que el sujeto tendría ansiedad que trataría de eliminar mediante evitación mental y abierta, reduciendo la ansiedad por refuerzo negativo (Kilpatrick, 1982). La terapia derivada de este modelo se basaría en el control de la ansiedad (p.e inoculación al estrés) y la exposición reiterada a los recuerdos traumáticos.

Las teorías cognitivas del TEP han planteado que la teoría conductual bifactorial es incompleta al no explicar suficientemente los síntomas de los recuerdos invasores y desconsiderar el papel del significado subjetivo del mismo. Resick y Schnicke (1992, 1993) proponen que las respuestas emocionales del TEP derivan en parte del trauma y en parte de las interpretaciones y significados que el sujeto da al mismo.

La teoría cognitiva propone que los esquemas cognitivos se suelen adaptar a los nuevos eventos para incorporar la información que proporcionan. Sin embargo en el TEP la experiencia emocional es tan elevada por la amenaza que supone a la propia vulnerabilidad del sujeto, que esa experiencia es rechazada o disociada de la conciencia, actuando a nivel no consciente como esquema emocional que produce síntomas. El resultado sería una disociación cognitiva entre los recuerdos emocionales no conscientes y el esquema cognitivo

de vulnerabilidad-temor personal. La estrategia terapéutica derivada de este modelo añadiría a las intervenciones conductuales (especialmente la exposición), el reprocesamiento cada vez más consciente de la experiencia disociada a través del cuestionamiento de los significados de temor/vulnerabilidad que producen bloqueo de la experiencia no consciente y la exposición progresiva al material que se va recuperando.

El TEP abarca un amplio abanico epidemiológico llamado comúnmente "sucesos catastróficos de la vida" como: víctimas de guerra y campos de concentración, refugiados de guerra, víctimas de agresiones y violación sexual, víctimas de catástrofes naturales, víctimas de asalto y robo, víctimas de accidentes diversos (incluyendo los de transportes o vehículos), malos tratos físicos y/o psíquicos etc. Hay autores que incluso incluyen como TEP a los trastornos de duelo (pérdida de un ser querido por muerte) y a ciertas situaciones de jubilación o pérdida de empleo, aunque estas últimas inclusiones son discutibles.

Respecto al uso diferencial de estrategias cognitivas-conductuales y psicofarmacológicas en el TEP (Astin y Resick, 1997) parece adecuado: (1) Utilizar los psicofármacos cuando predomina los flashbacks con mucha ansiedad o los síntomas depresivos moderados a intentos, (2) Utilizar la exposición cuando predomina el temor, (3) Usar la inoculación al estrés cuando predomina la ansiedad que interfiera en el funcionamiento social y (4) Usar el reprocesamiento cognitivo cuando predomine la autoinculpación.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS DE LA P.C.U DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

- 1. Evalúe el significado subjetivo del trauma
- 2. Identifique los puntos de bloqueo emocional
- 3. Evalúe la necesidad de usar psicofármacos
- 4. Evalúe la disposición de redes de apoyo
- 5. Evalúe la presencia de conductas de evitación
- 6. Use las estrategias cognitivas para reducir la posible autoinculpación y evitación: el reprocesamiento cognitivo
- 7. Use la exposición graduada para reducir el temor
- 8. Use los psicofármacos y/o la inoculación al estrés para reducir el malestar emocional
- 9. Use las redes de apoyo social en momentos preventivos y de crisis
- 10. Prevenga gradualmente las conductas de evitación

1. Evalúe el significado subjetivo del trauma

Un primer aspecto a evaluar es el grado de incontrolabilidad e impredecibilidad de los estímulos estresantes (incluyendo los recuerdos invasores o "flashbacks"). A mayor grado de incontrolabilidad el sujeto se sentirá más deprimido, y a mayor grado de impredecibilidad se sentirá más ansioso.

El sujeto que ha experimentado una situación traumática suele mantener una serie de pensamientos y significados personales que con frecuencia giran en torno al grado de amenaza y catastrofismo (p.e "No quiero pensar en eso", "Es horrible", "No lo soporto", "Si

pienso en eso me pondré peor", etc.) o la propia responsabilidad o autoinculpación (p.e "No debería haber hecho ese viaje", "Por mi culpa les ha ocurrido eso", etc.) que suelen bloquear el recuerdo consciente del trauma y su resolución. En resumen tres son las áreas frecuentes a evaluar en el aspecto cognitivo: (1) Grado de incontrolabilidad e impredecibilidad, (2) Catastrofismo amenazante y (3) Autoinculpación/responsabilidad.

2. Identifique los puntos de bloqueo emocional

Los propios síntomas de "evitación y falta de sensibilidad" del TEP indican el grado de bloqueo emocional del sujeto en cuestión. Puede incluir los intentos de evitar los pensamientos, emociones y situaciones que recuerden el trauma. La falta de sensibilidad puede hacer que el sujeto aparezca como insensible a los eventos positivos y negativos en general, y no sólo a los eventos traumáticos.

El hecho que desde que el sujeto experimento el TEP haya presentado abuso y dependencia de alcohol/drogas, episodios de depresión mayor o episodios maniacos, puede indicar intentos de bloquear las claves del trauma.

El terapeuta puede pedir al sujeto en la consulta que intente recordar el trauma en posición de relajación, y así evaluar como observación en vivo, el grado de bloqueo-evitación del mismo.

No hay que olvidar el impacto emocional sobre el propio técnico o clínico que atiende un TEP. El mismo puede experimentar síntomas similares al TEP en un grado sub-sindrómico o sindrómico. Esto es más frecuente en los clínicos que han atendido a gran cantidad de personas que han sufrido un desastre natural o un accidente de grandes proporciones e implicados. El propio clínico puede necesitar ayuda posterior.

3. Evalúe la necesidad de usar psicofármacos

La presencia de una comorbilidad importante e intensa como la depresión mayor, los episodios maniacos o síntomas extremos de ansiedad, suele hacer necesario el uso combinado de psicofármacos y psicoterapia. Es deseable no sedar al sujeto excesivamente hasta el punto que se interfiera sus procesos cognitivos de afrontamiento o pierda motivación por un estado de relajación excesivo.

4. Evalúe la disposición de redes de apoyo

Es evidente que en el caso de catástrofes naturales que han implicado a muchas personas es necesaria la intervención de los servicios sanitarios, de ayuda social y los de seguridad, según las necesidades inmediatas. Los psicólogos y psiquiatras de los servicios sanitarios han de evaluar en estos casos la disponibilidad de lugares adecuados donde atender a las víctimas y sus familiares en coordinación con los servicios sanitarios, sociales y de seguridad.

El clínico debe de evaluar los recursos familiares, sociales y sanitarios que pueden servir de apoyo material y emocional al sujeto. Estos pueden ser personas, lugares (p.e casa de refugio

para mujeres maltratadas) y medios (p.e recursos legales) para atender al/los sujetos que han sufrido un TEP.

5. Evalúe la presencia de conductas de evitación

Junto con el procesamiento cognitivo y selectivo de la información para evitar los recuerdos traumáticos, el sujeto suele llevar a cabo intentos activos de reducir su malestar. El consumo de drogas o alcohol puede ir en esta línea, así como otras actividades de carácter más o menos compulsivo. Podemos preguntar al sujeto y sus allegados por las conductas que han aparecido con más frecuencia en el repertorio del sujeto a raíz del TEP, y evaluar si tienen un efecto distractor o evitador de la ansiedad o malestar.

6. Use las estrategias cognitivas para reducir la posible autoinculpación y evitación: El reprocesamiento cognitivo

El terapeuta puede enseñar al sujeto el modelo A-B-C de la terapia cognitiva, explicando el papel de las cogniciones de evitación y autoinculpación en el mantenimiento del TEP. A continuación va pidiendo al sujeto que vaya escribiendo, como tarea para casa, un registro cada vez más detallado del trauma, destacando lo que le hace pensar sobre él/ella mismo/a y los demás. El terapeuta intentará que el sujeto aumente el detalle de sus escritos-recuerdos del trauma, que son leídos en voz alta en la consulta e identifica las cogniciones bloqueadoras y propone alternativas a las mismas (p.e retribución frente a culpa y afrontamiento gradual y alternativas de resolución frente a catastrofismo). A esta estrategia se le llama reprocesamiento cognitivo (Astin y Resick, 1997).

7. Use la exposición graduada para reducir el temor

La exposición consiste en hacer revivir gradualmente al sujeto los recuerdos del trauma con sus claves o componentes cognitivos-emocionales-sensoriales-imaginativos-situacionales-conductuales durante un periodo aproximado de 40-60 minutos, evaluando cada cierto tiempo (p.e cada 5 minutos) el nivel subjetivo de ansiedad (p.e de 0-10). Después se graba en casete como tarea para casa y se registra el nivel subjetivo de ansiedad.

8. Use los psicofármacos y/o la inoculación al estrés para reducir el malestar emocional

Como se ha apuntado puede ser necesario el uso de psicofármacos para reducir los síntomas depresivos, maníacos o de ansiedad extrema; facilitando también esto la posibilidad de la psicoterapia. La inoculación al estrés se puede usar cuando el nivel de ansiedad es moderado, o ya se ha reducido con la medicación, para el manejo y afrontamiento del malestar. En la inoculación al estrés, primero se enseña al sujeto a relajarse progresivamente, después se le enseña a registrar las situaciones-recuerdos que le generan ansiedad y por último a relajarse y usar pensamientos de autocontrol para su manejo gradual. El sujeto tratará de aplicarlo a situaciones reales, tras su ensayo en consulta.

9. Use las redes de apoyo social en momentos preventivos y de crisis

En sujeto con TEP crónicos y crisis agudas con complicaciones como episodios maníacos, depresivos o de abuso de sustancias, se puede trabajar con sus allegados, los servicios sociales y sanitarios, el programar una serie de acompañamiento en situaciones de riesgos ante estos problemas, de modo que se le pueda ofrecer apoyo emocional o alternativas de manejo a estas complicaciones. Es deseable que el sujeto y sus allegados tengan una guía de actuación para los momentos de crisis, que incluyan las conductas adecuadas para llevar a cabo, como las direcciones y teléfonos de los servicios de urgencias o comunitarios. Se puede hacer una lista de situaciones de riesgo y ensayar con el paciente y sus allegados su manejo alternativo.

10. Prevenga gradualmente las conductas de evitación

Puede ser necesaria también la exposición y prevención de respuestas a situaciones relacionadas directamente con el trauma, como visitar gradualmente el lugar de evento traumático y evitar escapar rápidamente al mismo. Esto puede ser más necesario cuando la exposición imaginaria y el reprocesamiento cognitivo no es suficiente para superar el TEP. Prevenir otras conductas a más largo plazo como el abuso de sustancias, con el apoyo de los allegados mientras se va afrontado el trauma (ver punto 9) es también importante.

Capítulo 14: La P.C.U de los trastornos disociativos

TRASTORNOS DISOCIATIVOS. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Los trastornos disociativos en el DSM-IV abarcan las siguientes entidades: (1) amnesia disociativa (olvido generalizado no atribuible a causa orgánica), (2) fuga disociativa (viaje repentino e inesperado lejos del domicilio con olvido posterior /o nueva identidad), (3) trastorno disociativo de identidad (presencia en la misma persona de distintas identidades o personalidades), (4) trastorno de despersonalización (experiencias recurrentes de sentirse separado de los propios procesos mentales o corporales sin perder la conciencia de la realidad), (5) trastorno disociativo no especificado (Ganser, trance, posesión, etc.) y (6) otros trastornos con componentes disociativos (trastornos somatoformes, trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo).

Hay que reseñar que los trastornos disociativos pueden aparecer en las urgencias con síntomas de tipo pseudo-psicóticos (llamados a veces de locura o psicosis histéricas) como las crisis o ataques, delirios alucinatorios, estados de posesión, trance, déficits perceptivos anómalos (p.e. visión túnel), etc.

Cinco han sido las teorías más aplicadas a los trastornos disociativos (Cardeña, 1995):

1. Psicoanalítica (Freud): Los procesos disociativos son mecanismos de defensa frente a impulsos o deseos abrumadores de carácter inconsciente.

2. Conductista (Wolpe): Los síntomas disociativos son respuestas de evitación condicionada a los estímulos estresantes y aversivos.
3. Neodisociativa (Hilgard): La mente es un sistema cognitivo jerarquizado en subestructuras coordinadas por el sistema más especializado de coordinación, él "yo". Cuando se enfrenta aún trauma o hipnosis los subsistemas pueden actuar de manera automática o inconsciente.
4. Predisposicional (Braun): Hay una predisposición biológica de base hormonal y de neurotransmisores; junto con experiencias infantiles o tempranas que hacen vulnerable al sujeto a trastornos disociativos.
5. Evolutiva (Ironside): Los procesos disociativos tienen funciones adaptativas ante sucesos de carácter físico o psicológico intolerables, según el momento evolutivo.

El enfoque cognitivo de la P.C.U integra todas las teorías referidas, destacando la teoría neodisociativa de Hilgard (1994) del sistema cognitivo jerarquizado que puede perder su coordinación ante diferentes condiciones desencadenantes.

Fine (1997) ha propuesto una terapia cognitiva para los trastornos disociativos, basada en las dos terapias cognitivas de Beck y de Young. El objetivo de esta terapia sería reducir la disociación a través de la toma de conciencia de las distorsiones cognitivas y esquemas afectivos a la base de la disociación y la inducción y abreacción del afecto disociado. La P.C.U adopta estos principios y añade otros elementos.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS DE LA P.C.U DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

- 1. Evalúe las incongruencias o distorsiones subjetivas
- 2. Evalúe las emociones ante eventos traumáticos
- 3. Evalúe el perfil de síntomas del trastorno en cuestión
- 4. Evalúe la presencia de conflictos relacionales
- 5. Evalúe la conducta de rol de enfermedad
- 6. Reduzca las cogniciones abrumadoras
- 7. Use la hipnosis y la exposición con la experiencia traumática
- 8. Use selectivamente los psicofármacos y la desensibilización corporal
- 9. Oriente los conflictos relacionales
- 10. Maneje el rol de enfermedad

1. Evalúe las incongruencias o distorsiones cognitivas

Se le pide al sujeto que hable de sus experiencias previas a los síntomas de tipo disociativa. El terapeuta está atento al relato del sujeto, especialmente a las cogniciones catastrofistas y de insoportabilidad (p.e "es horrible", "no lo soporto", etc.) con las que evalúa elementos de esta experiencia. También puede detectarlas preguntando al sujeto que piensa ante situaciones de su relato en las que este aparece abrumado.

Alternativamente se representan a modo de rol playing o psico-dramatización las escenas relacionadas con el inicio de los síntomas disociativos, donde el terapeuta y el paciente intercambian los papeles (que pueden incluir sistemas disociados también como la doble

personalidad). El terapeuta puede parar la representación en varios puntos, pidiendo al sujeto que hable de cómo se siente, qué piensa y qué significa lo acontecido para él.

2. Evalúe las emociones ante eventos traumáticos

Es importante determinar el grado de ansiedad y depresión asociado al trastorno disociativo, que pudieran necesitar de tratamiento psicofarmacológico.

3. Evalúe el perfil de los síntomas en cuestión

Determinar el perfil de los síntomas es útil para la clasificación diagnóstica del trastorno, para focalizar las intervenciones psicoterapéuticas (p.e hipnosis y exposición), para evaluar el grado de interferencia en el funcionamiento personal y las intervenciones sintomáticas que podrían llevarse a cabo (p.e psicofármaco pentotal y amnesia).

4. Evalúe la presencia de conflictos relacionales

Los síntomas disociativos pueden ser una respuesta subjetiva a un conflicto relacional del sujeto y/o tener el efecto de ganancia secundaria (p.e evitar responsabilidades), o mantener equilibrado el sistema de una pareja o familia, evitando aún males mayores. El terapeuta debe de evaluar el funcionamiento de la pareja o familia y el papel del sujeto identificado con sus síntomas disociativos en el mismo.

5. Evalúe la conducta de rol de enfermedad

Aunque los sujetos con trastornos disociativos suelen pasar a menudo por sujetos simuladores, incitando desgraciadamente las iras del personal sanitario, su conducta está regida por factores que escapan a la conciencia del propio sujeto.

Los sujetos con síntomas histriónicos han aprendido a atraer la atención de las personas mediante conductas dramáticas, incluyendo aquellas que representan un rol pasivo de enfermedad y quejas. El clínico trata de recoger la presencia de tales conductas, los momentos donde ocurren y los efectos que tienen (análisis funcional de conducta).

6. Reduzca las cogniciones abrumadoras

Una vez que el terapeuta ha detectado en el relato del sujeto o la representación de escenas cargadas de afecto las cogniciones catastrofistas, puede empezar a cuestionarlas.

El cuestionamiento puede adoptar la forma de la T.R.E.C de Ellis, p.e confrontando y debatiendo las ideas catastrofistas, usando la imaginación racional emotiva. Otra alternativa es emplear la resolución de problemas y generar alternativas de afrontamiento, que puede incluir de nuevo la representación alternativa de roles asertivos. Un ejemplo de esto sería el caso de una mujer violada que se siente incapaz de afrontar sus sentimientos de impotencia y ve catastrófico e imposible expresarlos hacia el violador. El terapeuta podría representar la escena donde modela y anima a la paciente a expresar su ira y malestar al violador, y auto-

instruyéndose con auto-mensajes de autoafirmación (p.e "Puedo hacerlo, lo estoy haciendo!") y otras cogniciones asertivas.

7. Use la hipnosis y la exposición con las experiencias traumáticas

La terapia puede consistir en este nivel en inducir la hipnosis y exponer al sujeto en este estado a la experiencia traumática como estímulo. Las respuestas que va generando en este procedimiento (síntomas y conductas p.e de llanto, ansiedad, opresión torácica, etc.) se van usando posteriormente como estímulos para proseguir la exposición a modo de condensación o agrupamiento de la nueva experiencia emergente, hasta ir produciendo una abreacción afectiva. El terapeuta anima al paciente a desdramatizar la nueva experiencia (uso combinado de procedimientos cognitivos), y a tomar conciencia de los nuevos aspectos de su experiencia. De esta manera las nuevas experiencias se van focalizando y exponiendo al sujeto, hasta que este integre el material afectivo disociado.

8. Use selectivamente los psicofármacos y la desensibilización corporal

Los psicofármacos no son efectivos con los síntomas disociativos en general. Los fármacos hipnóticos (p.e pentotal y amital) se han usado con cierto éxito para reducir la amnesia disociativa. Los antidepresivos y ansiolíticos se emplean para reducir los síntomas intensos de ansiedad y depresión asociados al trastorno disociativo.

Los síntomas moderados de ansiedad pueden ser afrontados enseñando al sujeto a relajarse en su presencia, y entrenándose en ello, mediante la llamada desensibilización corporal.

9. Oriente los conflictos relacionales

La terapia de pareja o de familia suele ser más larga que el formato P.C.U, pero el terapeuta puede sugerir algunas intervenciones puntuales en los conflictos relacionales que pueden incluir el consejo conductual, la reformulación del síntoma y la prescripción paradójica.

10. Maneje el rol de enfermedad

La familia y el personal sanitario que atiende al paciente pueden ser formados en el reforzamiento diferencial mediante la extinción del rol de enfermedad y el refuerzo social de conductas más adaptativas. El terapeuta puede modelar y usar el juego de papeles con la familia y sanitarios para mostrar la estrategia de reforzamiento diferencial, usando varias representaciones de la conducta del paciente.

Capítulo 15: La P.C.U con niños

URGENCIAS EN NIÑOS. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Kaplan y Sadock (1992) estiman que las urgencias psiquiátricas infantiles más frecuentes se relacionan con: (1) Envenenamiento accidental, (2) Trastorno por déficit de atención, (3) Fobia a la escuela, (4) Adopción, (5) Síndrome del niño maltratado, (5) Anorexia nerviosa, (6) Conducta incendiaria, (7) Agresión sexual, (8) Síndrome de abstinencia a drogas en recién nacidos, (9) Hospitalización del niño, (10) Duelo y (10) Duelo y (11) Enfermedad fetal.

La P.C.U con niños, igual que otras terapias cognitivas conductuales, consiste en dotar al niño y sus allegados de habilidades para el afrontamiento de diversas situaciones problemáticas. A menudo se trabaja con los padres y el niño, haciendo con frecuencia una terapia familiar.

Los problemas de las urgencias con niños se suelen relacionar con frecuencia con las etapas del desarrollo psico-evolutivo del niño, motivación principal de la etapa y las tareas o preocupaciones de cada fase evolutiva (Slaikew, 1998).

En la primera infancia (0-1 año) el motivo principal de esta fase es el de desarrollar confianza vs desconfianza, con las tareas de alimentación-desarrollo sensorial/motor y obtener estabilidad emocional. Los problemas de crisis o urgencias se suelen relacionar con los trastornos alimentarios, enfermedad física o lesión y el rechazo por el cuidador primario.

En la etapa del inicio de la independencia (1-2 años) el motivo principal de la fase es lograr autonomía vs vergüenza y duda, con las tareas de aprender a caminar, hablar, desarrollar el sentido de la independencia y la adaptación a las demandas de la socialización. Las urgencias o crisis se relacionan con la lesión física y los conflictos con el cuidador primario en torno a la independencia, control de esfínteres, sueño, etc.

En la etapa de la infancia primaria (2-6 años) los motivos principales se relacionan con las habilidades de aprendizaje, control muscular, desarrollo de conceptos corporales, diferencia sexuales, valores culturales y sentido del bien y del mal, conceptos de realidad física y social y desarrollo de habilidades relacionales con familia y compañeros. Las crisis y urgencias más frecuentes se relacionan con las lesiones físicas, conflictos con los padres, maestros o compañeros, problemas de ingreso escolar o parvulario y pérdida de amistades por emigración o cambio de domicilio.

En la infancia media (6-12 años) el motivo principal de esta fase es la desarrollar el sentido de capacidad vs inferioridad. Las tareas de esta fase implican el dominio de las tareas escolares, solución de problemas, relacionarse con adultos, maestros y compañeros desconocidos, desarrollar el sentido de la independencia dentro del grupo familiar y desarrollar el autocontrol y tolerancia a la frustración.

Las crisis y urgencias más frecuentes se relacionan con las dificultades del aprendizaje en la escuela, conflictos con compañeros, maestros y padres y cambios en la escuela.

La anterior división en fases, motivos guías de desarrollo, tareas y problemas frecuentes, puede servir al clínico como guía general para evaluar/intervenir en cada caso de trastorno infantil según las pautas evolutivas.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS DE LA P.C.U CON NIÑOS

- 1. Evalúe las preocupaciones del niño y los adultos significativos
- 2. Evalúe el estado afectivo y temores del niño y los adultos significativos
- 3. Evalúe el estado mental y físico del niño y los adultos significativos
- 4. Evalúe las relaciones del niño con su familia, compañeros y maestros. Evalúe el compromiso de participación de los adultos en la terapia
- 5. Evalúe las conductas disfuncionales del niño y los adultos, y el repertorio de reforzadores
- 6. Identifique y resuelva las creencias disfuncionales de los adultos, el niño y usted mismo como terapeuta hacia la terapia infantil
- 7. Proporcione al niño y a los adultos estrategias para mejorar el estado anímico y vencer los temores
- 8. Use selectivamente los psicofármacos en casos graves
- 9. Oriente a los padres y/o adultos significativos a no enredar al niño en sus conflictos interpersonales
- 10. Proporcione a los adultos y al niño habilidades de resolución de problemas, habilidades sociales y modificación de conducta

1. Evalúe las preocupaciones del niño y los adultos significativos

A menudo la evaluación clínica suele comenzar pidiendo a los adultos que traen al niño por el motivo de su consulta. El terapeuta puede preguntarles sobre qué aspectos del motivo de consulta les preocupa, y que les hace creer eso y/o que significa para ellos. El terapeuta puede así obtener el significado del problema presentado, y determinar si hay acuerdo entre los adultos tanto en la definición, importancia y significado del problema.

Después hay que tener un espacio y tiempo a solas con el niño. Ello permite evaluar, entre otros aspectos, la posible ansiedad de separación del niño respecto a los adultos. En este tiempo a solas con el niño/a se le explica con honestidad por qué le han traído los adultos a consulta y que se le pregunta al niño/a por que estos quieren que le vea usted. Se recoge el motivo de la consulta para el niño (que puede discrepar de los adultos) y se le pregunta que le preocupa de ello.

Con los niños es importante disponer de técnicas de evaluación adaptadas a ellos, que pueden afianzar la cognición imaginativa o fantástica. Estas técnicas pueden ser los tests proyectivos (que pueden tomarse como fuentes de evaluación cognitiva), el dibujo, el juego o las historietas. Estos materiales pueden revelar información sobre preocupaciones y cogniciones disfuncionales del niño.

Las guías evolutivas del desarrollo infantil, como la presentada en las consideraciones teóricas, pueden servir también como guías potenciales para identificar las preocupaciones infantiles.

2. Evalúe el estado afectivo y temores del niño y los adultos significativos

Algunas veces los trastornos del niño que pueden aparecer como conductas de desobediencia, ira y otras conductas disruptivas, suelen relacionarse con depresiones infantiles. También cualquier problema del niño de tipo crónico, con sus crisis urgentes, puede asociarse a depresión cuando genera malestar sostenido para el propio niño/a. Junto a la entrevista con el niño y sus allegados, se han desarrollado cuestionarios, como el Inventario de Depresión Infantil CDI (Kovacs, 1992) para evaluar la depresión infantil.

Otro aspecto relevante suele ser evaluar los temores del niño y comprobar si se deben a los naturales de las fases evolutivas o tienen proporciones mayores a estas. A menudo los temores infantiles no evolutivos pueden responder a los propios temores de los adultos que viven con el niño. Los temores de los adultos pueden presionarles a conductas indebidas con sus propios hijos. El terapeuta preguntará a los adultos por estos temores generales y los referentes a sus hijos.

Respecto a los adultos, los padres que tienen trastornos afectivos suelen tener un nivel de autoestima y competencia reducido para manejar los desafíos evolutivos y afectivos que les plantean sus hijos. También estos padres suelen ser menos gratificantes y afectuosos con sus hijos, teniendo estos con frecuencia a recurrir a llamadas de atención extremas como demanda de afecto; demanda que puede incluir múltiples síntomas. Es importante por tanto que el clínico pregunte por posibles síntomas depresivos en los padres y/o los evalúe con inventarios, como el Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck, 1979).

3. Evalúe el perfil de síntomas en cuestión

El clínico debe de tener clara la configuración de los síntomas del niño, en cuanto a un cuadro diagnóstico. Ello le permitirá abordar determinadas cuestiones relevantes en el malestar de la urgencia, sobretodo los aspectos más médicos del mismo. Por ejemplo el niño que padece un trastorno por hiperactividad neurológica puede necesitar de un tratamiento con psicofármacos estimulantes, no así el niño que padece una hiperactividad socio-afectiva. Las guías DSM, CIE y los manuales de psicopatología infantil pueden ser de ayuda en este aspecto.

4. Evalúe las relaciones del niño con su familia, sus compañeros y maestros. Evalúe el compromiso de participación de los adultos en la terapia

Respecto a la familia el clínico puede evaluar varios aspectos como si esta tiene un conocimiento adecuado del desarrollo infantil, si existen reglas claras y ajustadas, si hay cohesión en las soluciones ante los problemas del niño, si existen unas relaciones afectivas cálidas, si las expectativas respecto al niño son ajustadas a su capacidad y si existen conflictos de la pareja parental o entre hermanos. Es importante tener en cuenta que el problema del niño puede ser usado en un conflicto de pareja o familiar en las llamadas coaliciones o alianzas, donde el problema del niño ayuda a mantener en un ciclo repetitivo los conflictos de los adultos implicados.

Respecto a los compañeros es importante determinar si el niño tiene amigos, la calidad, gratificación y extensión de estas relaciones, los problemas en las mismas y las propias habilidades del niño para manejarse socialmente.

Respecto a los profesores es importante determinar la relación entre estos y el niño, el grado de apoyo percibido por el niño y los conflictos en curso.

Por último hay que evaluar si los padres o adultos significativos desean y están dispuestos a participar en la terapia, ya que se considera un factor a menudo crucial para el éxito de la terapia infantil. En caso de objeciones se pueden evaluar las creencias que mantienen esas obcepciones a fin de proporcionar información o acciones correctoras de las mismas.

5. Evalúe las conductas disfuncionales del niño y los adultos, y el repertorio de reforzadores

Evalúe los intentos de solución, la coherencia de los mismos, y sus efectos puede constituir un aspecto crucial para el posterior diseño de tratamiento. Los intentos de solución fallidos por parte del niño y los adultos implicados pueden estar manteniendo "más de lo mismo" (Watzlawick y cols. 1989) por retroalimentación o refuerzo del problema. El terapeuta pide ejemplos al niño y los adultos de estos intentos de solución. Puede también enseñar a los adultos a recoger observaciones sobre esos intentos de solución mediante el llamado análisis funcional (antecedentes-conducta problema-consecuencias/intentos de solución).

De cara a evaluar las fuentes potenciales de motivación e intereses del niño, que podrían ser utilizadas en la terapia, se evalúa los reforzadores del niño. Para ello existen, además de preguntarle al niño sobre sus actividades favoritas, las llamadas escalas de reforzadores, que recogen multitud de fuentes potenciales de actividades agradables para un niño/a.

6. Identifique y resuelva las creencias disfuncionales de los adultos, el niño, y usted mismo como terapeuta hacia la terapia infantil

Los adultos, el niño/a y el propio terapeuta pueden presentar creencias o actitudes que pueden perjudicar el desarrollo de la terapia infantil (Woulff, 1990):

Los adultos pueden mantener la idea de que es necesario que el terapeuta trabaje exclusivamente con el niño/a, que se haga una evaluación neurológica del niño para "ver qué le pasa en su cabeza" sin implicarse ellos en la terapia. A menudo los padres mantienen la creencia de que traer el niño a terapia es un signo de fracaso o debilidad como padres o que el terapeuta podría preguntarles por otros problemas que tienen con consecuencias desastrosas. Estas creencias le suelen llevar a mostrarse resistentes a su implicación en la terapia.

El niño/a también puede presentar creencias sobre que el hecho de venir a terapia es vergonzoso si otros niños conocidos se enteraran, que puede demostrar lo mala persona que es él/ella misma, o que cambiar podría ser aún peor que dejar las cosas como están.

El propio terapeuta puede mantener a su vez creencias personales sobre la terapia infantil que puede interferir su desarrollo. Estas pueden incluir el creer que sólo él debe de ser competente en el cambio (excluyendo a los propios adultos y el niño), el proponerse metas excesivamente perfeccionistas, o el confiar ciegamente en una sola estrategia de cambio.

El terapeuta puede desafiar y confrontar estas creencias directamente, explicando la labor de los adultos como co-terapeutas en cooperación, poniendo un periodo de prueba para reunir evidencias contrarias o esquivarlas con áreas iniciales de intervención menos amenazantes para los implicados. El terapeuta pedirá con insistencia la opinión de la familia y la del niño a sus intervenciones a fin de detectar las posibles resistencias basadas en sus cogniciones.

7. Proporcione al niño y a los adultos estrategias para mejorar el estado de ánimo y vencer los temores

Los adultos con depresión o temores intensos deben de recibir tratamiento individualizado en un espacio distinto al del niño. La mejora del estado de ánimo o de los temores del adulto facilita el abordaje y las expectativas de auto-eficacia de los adultos respecto al problema del niño/a.

Los adultos pueden ser orientados también en el manejo de los temores y depresión del niño. Una serie de actividades se les puede recomendar al niño-a/adultos ante la depresión del niño/a (del Barrio, 1997): intensificar las actividades que resulten agradables, elogiar las cosas que hace bien, procurar que esté acompañado, dar apoyo en el trabajo escolar, estimular la conversación, hacer comidas que le gusten y mantener un nivel de actividad diario constante. Con el niño puede ser necesaria la terapia cognitiva adaptada a su nivel evolutivo, que puede incluir ensayos imaginativos, uso de historias y cuentos y otros elementos atractivos para el niño.

Los temores del niño/adulto pueden ser manejados con estrategias de exposición, desensibilización en vivo o imaginaria, refuerzo selectivo y diferencial y modelado de alternativas. El terapeuta puede ensayar las conductas a llevar a cabo en la consulta con el niño/a y adultos antes de su puesta a cabo en casa.

8. Use selectivamente los psicofármacos en casos graves

Los terapeutas infantiles han solido ser excesivamente reacios a la intervención psicofarmacológica en niños. Es cierto que la gran mayoría de los problemas infantiles pueden ser abordados mediante procedimientos psicológicos, pero hay excepciones de necesidad de tratamiento psicofarmacológico asociado.

Las psicosis infantiles, el trastorno hiperactivo neurológico, los trastornos afectivos o de ansiedad extremos y otros estados clínicos, suelen requerir de un primer e inmediato abordaje psicofarmacológico. Una vez remitido los síntomas más intensos la psicoterapia puede proseguir con más eficacia. En este aspecto hay que advertir a los padres o adultos significativos que aunque su angustia inicial se elimine con los psicofármacos y sus efectos, el problema no está aun resuelto del todo y se necesita de la psicoterapia. Una alternativa ante

adultos reticentes es anticipar el efecto parcial de los psicofármacos y esperar que el problema no se resuelva del todo, para confirmar el pronóstico.

9. Oriente a los padres y/o adultos significativos a no enredar al niño en sus conflictos interpersonales

Cuando el terapeuta detecta que el niño es una especie de arma arrojadiza en los problemas entre los padres o adultos significativos, debe de confrontar a estos con este hecho directamente o exponer la posibilidad de que él sospecha que hay otros problemas en el sistema familiar o institucional que si no se abordan, la propuesta de cambio será pasajero o inefectivo. El terapeuta debe de reunir antes de hacer esta afirmación datos de peso de su evaluación. El terapeuta puede recomendar la terapia de pareja, familiar o abordaje institucional, según el caso.

10. Proporcione a los adultos y al niño habilidades de resolución de problemas, habilidades sociales y de modificación de conducta

Puede ser necesario que el terapeuta enseñe y modele paso a paso con los adultos y el propio niño/a formas alternativas de conducta para manejar los, problemas en curso. Se pueden proponer, por ejemplo, técnicas de relajación para manejar la ansiedad, el refuerzo selectivo para incrementar conductas deseadas y disminuir las indeseadas, técnicas de autocontrol para el manejo de la impulsividad, y un largo etcétera de técnicas aplicables a distintas conductas disfuncionales. Lo básico es su ensayo paso por paso en consulta, usando como modelo al propio terapeuta u otros modelos relevantes (p.e otros niños en vivo o en video), el refuerzo de los logros, y su posterior puesta en práctica fuera de la consulta. En la consulta se revisan los logros y problemas de las técnicas en su aplicación real, a fin de mejorar su eficacia.

Capítulo 16: La P.C.U con ancianos

URGENCIAS EN ANCIANOS. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

En el planteamiento psico-evolutivo de Slaikeu (1988) pone el inicio de la vejez sobre los 65 años. Considera que el motivo guía de esta fase es la integración de la experiencia pasada vs desesperación. Tareas y preocupaciones específicas que corresponden a esta etapa de la vida serian: generar una segunda aspiración/nuevos estudios/intereses en pasatiempos, compartir la sabiduría de la experiencia con otros, evaluar el sentido del pasado y la satisfacción de la propia vida, disfrutar de una cantidad razonable de comodidad física y emocional y mantener una suficiente movilidad para relacionarse con el ambiente.

Los problemas o crisis que más se relacionan con la vejez estarían relacionados con: dificultades financieras, conflictos relacionales con los hijos, conflictos con los vecinos o conocidos, indiferencia por parte de los familiares más jóvenes, muerte de amigos, conciencia de soledad, enfermedad o incapacidad y dificultades en la adaptación a la jubilación.

Los problemas psicopatológicos que pueden generar más urgencias en el paciente anciano se relacionan con la demencia, la ansiedad, la depresión, el intento suicida, el estado confusional, los estados paranoides y los trastornos del sueño.

Los ancianos suelen mantener una serie de actitudes hacia el tratamiento psiquiátrico o psicológico (Freeman y Reinecke, 1995): Rara vez solicitan tratamiento por su propia iniciativa, aunque experimenten un alto grado de malestar psíquico. Cuando comentan con el médico o el asistente social sus problemas se suelen referir a su estado físico y problemática relacional. Esta tendencia parece mantenida por creencias personales en torno a significados relacionados con que el pedir tratamiento psíquico implica que uno está loco, será ingresado, que los problemas se han de resolver por uno mismo, o que uno no debería causar ciertos problemas o cargas a otros.

Esto indica que los clínicos han de tener inicialmente una actitud de entrevista directiva con estos pacientes y sus allegados, a la hora de detectar sintomatología psíquica.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS DE LA P.C.U CON ANCIANOS

- 1. Evalúe las preocupaciones del anciano
- 2. Evalúe el estado mental general del anciano
- 3. Evalúe el estado médico del anciano
- 4. Evalúe la calidad de las relaciones interpersonales del anciano
- 5. Evalúe el nivel de actividad gratificante del anciano
- 6. Reestructure los significados disfuncionales
- 7. Aborde los síntomas de los trastornos mentales
- 8. Atienda las necesidades médicas del paciente
- 9. Trabaje con la familia o allegados del anciano
- 10. Aumente el nivel de actividad gratificante del anciano

1. Evalúe las preocupaciones del anciano

El terapeuta puede tener en mente el listado de tareas y preocupaciones típicas de la vejez como guía para detectar las posibles preocupaciones del paciente anciano. Temas frecuentes son la pérdida de amigos y parientes, los aspectos sociales del envejecimiento, las enfermedades, el mantenimiento de la autoestima, y el cambio de roles tras la jubilación.

Se puede pedir al paciente que nos comente sus problemas actuales, pedirle que nos diga qué le preocupa de ellos y qué le hace creer eso. Inicialmente es preferible una actitud directiva en la entrevista preguntándole por posibles problemas en diversas áreas de su vida.

2. Evalúe el estado mental general del anciano

Autoras como Fernández Ballesteros (1981) consideran que el funcionamiento psicológico del anciano ha de ser evaluado en una triple vertiente: (1) Funcionamiento cognitivo, (2) Funcionamiento afectivo y (3) Funcionamiento social.

La evaluación del funcionamiento cognitivo trata de determinar el grado de déficit y conservación de las capacidades cognitivas del sujeto, como la memoria, la orientación espacio-temporal, razonamiento, etc. Déficits en estas áreas pueden estar relacionados con procesos demenciales o confusional de diversa etiología. Las escalas breves de detección o screening de déficit cognitivo son a menudo útiles para detectar el funcionamiento cognitivo del sujeto (p.e el Mini-examen cognoscitivo de Lobo). Si se detecta déficit se pasaría a una evaluación neurológica y neuro-psicológica más precisa mediante pruebas más específicas como el WAIS, la batería psico-neurológica de Halstead, etc.

En la evaluación del estado afectivo del anciano junto a la entrevista clínica se pueden emplear escalas e inventarios para evaluar la depresión como la escala de Zung y el Inventario de Depresión de Beck; y otras escalas para evaluar el estado mental general (p.e El examen Geriátrico del Estado Mental de Gurland, 1976).

El funcionamiento social del anciano hace referencia a los recursos sociales, las actividades sociales gratificantes del anciano, y las habilidades sociales del anciano.

Existen también escalas específicas para evaluar estos aspectos (Fernández Ballesteros, 1981).

3. Evalúe el estado médico del anciano

Es de suma importancia que el clínico cuente con datos del historial médico del anciano y/o datos de evaluación médica y neurológica actual. Muchos estados psicopatológicos pueden deberse a enfermedades médicas. Por ejemplo la enfermedad de Addison o Hipoadrenalismo produce unos síntomas que se asemejan a la depresión clínica.

La evaluación neurológica puede estar justificada en casos de detección de déficit cognitivo.

El clínico que trabaja en una unidad hospitalaria debe de estar coordinado con los especialistas de los otros servicios en la evaluación del anciano cuando este presenta psicopatología y problemas médicos asociados.

4. Evalúe la calidad de las relaciones interpersonales del anciano

La entrevista clínica con el anciano y sus allegados nos permite preguntarle por el estado actual de sus relaciones y los conflictos presentes. Podemos recoger información del tipo de actividad que el anciano comparte con sus familiares y amigos, y si le resulta agradable o no. Existen también escalas específicas para evaluar este aspecto (Fernández Ballesteros, 1981).

El anciano puede presentar conductas molestas para sus familiares como un intento de recuperar el afecto que él percibe perdido. Si ocurre este caso se deben de establecer las condiciones para que esta persona se sienta significativa en su entorno.

Otras veces la familia vive la presencia del anciano como una carga obligatoria con ambivalencias entre el malestar que genera y sentimientos de culpa o responsabilidad por su

cuidado. El terapeuta debe de evaluar las posibilidades alternativas a esta situación, como la existencia de redes de amigos, actividades potenciales a la rutina casera y actividades comunes más agradables con los familiares.

5. Evalúe el nivel de actividad gratificante del anciano

Un anciano que se ha jubilado o ha perdido su rol funcional anterior sin haberlo sustituido por una gama de actividades agradables alternativas tiene más posibilidades de tener problemas psíquicos. El terapeuta debe de valorar el nivel de actividad actual del anciano, por ejemplo preguntándole con detalle que le describa que hace un día normal desde que se levanta hasta que se acuesta, y qué actividades le resultan más agradables. También puede preguntarle por proyectos o ilusiones anteriores no llevadas a cabo y por las posibilidades de realizarla en el momento actual. El uso de las escalas de refuerzos es otra forma de evaluar el nivel potencial de actividades agradables del anciano.

6. Reestructure los significados disfuncionales

Una vez que el terapeuta ha identificado las preocupaciones y significados disfuncionales del anciano puede trabajar en la modificación de los mismos. Utilizará los métodos cognitivos en función de la capacidad cognitiva del paciente.

Con pacientes con capacidad cognitiva más deteriorada es mejor usar señales externas y listas de recuerdos que guíen su conducta funcional. Con pacientes con una capacidad cognitiva normal pueden usarse el cuestionamiento cognitivo sobre la base de evidencias, los experimentos personales para poner a prueba sus cogniciones, usar modelos de otros ancianos que han superado problemas similares, las auto-instrucciones usar el rol playing para representar las viejas creencias y sus alternativas, etc. Como en otros casos es importante haber establecido una relación empática previa antes de realizar el cuestionamiento cognitivo.

7. Aborde los síntomas de los trastornos mentales

La presencia de trastornos mentales específicos como la depresión mayor, trastornos paranoides o trastornos cognoscitivos, suele conllevar el uso selectivo de psicofármacos y otras intervenciones médicas. Con frecuencia la presencia de estos trastornos se convierte en el objetivo central de la urgencia. Un objetivo complementario suele ser la psico-educación de los familiares o sanitarios en el manejo de estos trastornos. Para este último punto el terapeuta puede usar la explicación, la biblioterapia, videocasete y el rol playing de escenificación de problemas y su manejo por modelado.

8. Atienda las necesidades médicas del paciente

La presencia o sospecha de enfermedad médica debe hacer que el clínico contacte con los servicios médicos pertinentes. El terapeuta debe estar informado de la evolución y tratamiento médico del paciente, y coordinado con los especialistas que atienden esta área. Esto le

permite poder abordar con mayor eficacia los significados y conductas disfuncionales que el paciente puede desarrollar en torno a este tema (ver capítulo 12).

9. Trabajo con la familia o allegados del anciano

La terapia familiar o institucional con el anciano puede consistir en la búsqueda de estrategias de resolución de problemas para los conflictos relacionales que se presentan. Estas intervenciones pueden ser más eficaces si se considera el estado emocional de los implicados en esos conflictos, se les pregunta sobre sus conductas, y sus cogniciones en esas situaciones problemáticas (sus pensamientos, preocupaciones y significados), de modo que se puede trabajar en el ámbito cognitivo modificando las cogniciones disfuncionales y a nivel conductual desarrollando soluciones alternativas.

Como en otras modalidades de trabajo, el terapeuta puede mostrar el conjunto de problemas y alternativas haciendo que los implicados representen y psico-dramaticen escenas relevantes del caso en cuestión. Esas escenas se pueden parar y repasar en varios puntos de su secuencia, amplificando los detalles y pidiendo feedback a los presentes en la terapia.

10. Aumente el nivel de actividad gratificante con el anciano

La programación gradual de actividades potencialmente agradables con el anciano es muy útil en el manejo de los síntomas depresivos, y en el nivel de satisfacción general. Se va proponiendo un nivel de actividad gradual que inicialmente puede ser llevado a cabo con el apoyo de un trabajador social o un monitor, y que se va revisando en consulta con el propio anciano. En este punto es importante atender a las razones y objeciones del anciano para esas actividades, de modo que se puedan diferenciar los problemas reales y sus alternativas (p.e problemas de desplazamiento) de las funciones cognitivas (p.e creerse incapaz sin evidencia de llevar a cabo una actividad).

BIBLIOGRAFÍA

ASTIN, M.C y RESICK, P.A: Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En- Caballo V.E: Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI. Madrid, 1997.

BANDURA, A: Teoría del Aprendizaje Social. Espasa-Calpe, Madrid, 1984.

BARLOW, D.H: Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, Guilford, 1988

BECK, A.T; RUSH, A.J; SHAW, B.F; EMERY, G: Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979. (Traducción D.D.B, 1983)

BECK, A.T; EMERY, G: Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York, Basic Book, 1985

BECK, A.T; FREEMAN, A: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós, Madrid, 1995.

BELLACK, L.; SIEGEL, H: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual Moderno, México, 1986.

BIRCHWOOD, M y TARRIER, N: El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Ariel Psicología, Barcelona, 1995.

BOTELLA, C; BALLESTER, R: Trastorno por pánico. En- Caballo, V.E y cols. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Siglo XXI. Madrid, 1995.

BOWLBY, J: Attachment and Loss. Vol.1: Attachment. New York, Penguin Book, 1971.

BOWLBY, J: Attachment and Loss. Vol.2: Separation: Anxiety and Anger. New York, Penguin Book, 1971.

BOWLBY, J: Attachment and Loss. Vol.3: Loss. New York, Basic Books, 1971.

BREMNER, J.D and cols. : Dissociations and posttraumatic stress disorders in Vietnam combat veterans, American Journal of Psychiatry, 149, pp.328-332. 1992

CHADWICK, P.D; BIRCHWOOD, M.J; and TROWER, P: Cognitive therapy for hallucinations, delusions and paranoia. Chichester: Wiley, 1996.

CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994

CLARK, D.; SALKOVSKIS, P: Cognitive treatment for panic attacks: therapist's manual. Manuscrito no publicado. 1987

Del BARRIO, V.: Los problemas infantiles. Aguilar. Madrid, 1997.

DSM-IV. Diagnostic and statistical annual of mental disorders, 41 edition, APA, Washington, D.C, 1994.

ELLIS, A: Rational psychotherapy. Journal of General Psychology, 59, 35-49, 1958

ELLIS, A y GRIEGER, R: Manual de terapia racional emotiva. Volumen 2. D.D.B, Bilbao, 1990.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R: Psicodiagnóstico. UNED, Madrid, 1981.

FESTER : Animal behavior and mental illness. Psychological Record, 116, pp.345-356. 1996

FESTER: A functional analysis of depression. American Psychologist, 28, pp.857-870, 1973.

FINE, C.G: Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento de los trastornos disociativos de identidad y de problemas similares. En- Caballo, V.E: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1. Siglo XXI, Madrid, 1997.

FREEMAN, A y REINECKE, M.A: Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. DDB, Bilbao, 1995.

GLUHOSKI, V.L y YOUNG, J.E: El estado de la cuestión en la terapia cognitiva centrada en esquemas. En: Caro Gabalda, I: Manual de psicoterapias cognitivas, Paidós, Barcelona, 1997.

GUIDANO, V.F: El si-mismo en proceso. Paidós, Barcelona, 1994.

GREENBERG, L.S; RICE, L.N; y ELLIOT, R: Facilitando el cambio emocional. Paidós, Barcelona, 1996.

GOLDFRIED, M.R: De la terapia cognitiva-conductual a la psicoterapia de integración. D.D.B. Bilbao, 1995.

HILGARD, E.R: Neodissociation theory, in S.J Lynn and J.W Rhue: Dissociation Clinical and theoretical perspectives, New York, 1994.

HUBERTH, C.H; BARUTH, L: Rational-emotive family therapy. Springer Publishing Company, New York, 1989 (Traducción: Herder, 1991).

HYMAN, S.E: Urgencias psiquiátricas. Salvat, 1992.

KAPLAN, H.I y SADICK, B.J: Tratado de psiquiatría. Masson-Salvat, 1992.

KILPATRICK, D.G; VERONEN, L.J and RESICK, P.A: Psychological sequelae to rape. In :D.M.Doleys, R.L. Mederith and A.R.Ciminero. Behavioral medicine. Assessment and treatment strategies. New York, Plenum, 1982.

LAZARUS, A.A: Behavior therapy and beyond. MacGraw-Hill, Onc, 1971 (Traducción: Paidós, 1980).

LAZARUS, A.A: Terapia multimodal, IPPEM; México, 1983.

LAZARUS, A.A: Casebook of multimodal therapy. Guilford Press, 1985

LAZARUS, A.A: Multimodal therapy. In :Norcross: Handbook of eclectic psychotherapy. Bruner/Maze, 1986.

LAZARUS, A.A: The multimodal approach with adult outpatients. In : Jacobson: Psychotherapy in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives. Guilford Press, 1987.

LAZARUS, R.S: Estrés y procesos cognitivos. Martinez Roca, Barcelona, 1986.

- LEWINSOHN, P.M: A behavioral approach to depression. In R.J: Fredman and m.m.katz: The Psychology of depression: Contemporary theory and research. New York, 1974.
- LEWINSOHN, P.M; HOBBERMAN, TERI, L and HAUTZINGER, M: An integrative theory of depression. In Reiss and R. Bootzin: Theoretical issues in behavior therapy, New York, 1985.
- LEWINSOHN, P.M, GOTLIB, I.H y HAUTZINGER, M: Tratamiento conductual de la depresión. En: Caballo V.E: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI, Madrid, 1997.
- LEY, R: Panic disorders: a hyperventilation interpretation, in L. Michelson and M. Ascher: Cognitive-behavioral assessment and treatment of anxiety disorders. New York, Guilford, 1987.
- LIBERMAN, R.P: Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Martinez Roca, 1995.
- LUM, I.C: The syndrome of habitual chronic hyperventilation, in O.W Hill: Modern trends in psychosomatic medicine (vol.3). London, Butterworths, 1976.
- MAULTSBY, M: Rational Emotive Imagery. Rational Living. 6, pag.16-23, 1971.
- NEIMEYER, R.A y MAHONEY, M: Constructivismo y psicoterapia. Paidós, Barcelona, 1998.
- PERRIS C; SKAGERLIND, L: Cognitive therapy with patients. Acta Psychiat. Scand, 89, pag.65-70, 1994.
- PROCTER, H: Family construction psychology: An approach to understanding and methodological families. Tesis no publicada. 1981
- PROCTER, H and WALKER, G: Brief therapy, in E. Street and W. Dryden: Family therapy in Britain: London, Harper & Row, 1987.
- RAMIREZ-BASCO, M y THASE, M: Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares. En: Caballo, V.E: Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI, Barcelona, 1997.
- REHM, L.P: A self-control model of depression, Behavior Therapy, 9, pp.787-804, 1997.
- RIBES, E: Psicología y salud: un análisis conceptual. Martinez Roca, Barcelona, 1990.
- RUIZ, J.J: Fundamentos de psicoterapia cognitiva. 1ª Edición. A demanda, Jaén, 1994.
- RUIZ, J.J, IMBERNON, J.J: Sentirse mejor. Gráficas Blanca. Jaén, 2ª edición, 1997.
- RUIZ, J.J y CANO, J.J: Las psicoterapias. Introducción para profesionales sanitarios. En curso de publicación.
- RUIZ, J.J y CANO, J.J: La terapia multimodal como alternativa. Psiquis nº1-vol.20-AÑO XXI. pag.21-27. 1999.