



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2)[☆]

C. Ibáñez-Tarín^a y R. Manzanera-Escartí^{b,*}

^a *Psicólogo Clínico, Londres, Reino Unido*

^b *Medicina de Familia, Métodos Clínicos, Faculty of Medicine Imperial College, Londres, Reino Unido*

Recibido el 5 de junio de 2011; aceptado el 19 de julio de 2011

Disponible en Internet el 7 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Cognitivo;
Terapia;
Asistencia primaria

KEYWORDS

Cognitive;
Therapy;
Primary care

Resumen Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser de gran valor en el tratamiento de la mayoría de los cuadros mentales.

En esta segunda parte del manuscrito seguimos presentando aquellas técnicas de inspiración cognitivo y conductual de fácil aplicación en las consultas de asistencia primaria.

© 2011 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Easily implemented cognitive behaviour techniques in primary care (part 2)

Abstract Cognitive behavioural therapy has shown to be very effective for treating the vast majority of mental health disorders. In this second part of the article, we continue commenting on those techniques that can be easily used in the Primary Care setting.

© 2011 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Terapia cognitiva

Fundamento teórico y descripción

La hipótesis de trabajo de la terapia cognitiva (TC) es que los pensamientos tienen efectos adversos sobre las emociones

y la conducta, y que, por tanto, su reestructuración, por medio de la intervención en TC y su práctica continua, puede mejorar el estado del paciente (modelo ABC)^{1,2}.

La TC es un tipo de psicoterapia que resulta efectiva en el tratamiento de los trastornos psicológicos. Se basa en reconocer el pensamiento distorsionado que los origina y aprender a reemplazarlo por ideas sustitutivas más realistas.

La TC no es un proceso «de un día para otro», pero ha demostrado ser una herramienta valiosa en la recuperación del paciente³.

No son los hechos objetivos, como decía Epicteto, los que nos perturban interiormente, sino lo que pensamos en nuestra subjetividad sobre esos hechos. Este es el principio cognitivo. De esta manera, el control de las reacciones emocionales y conductuales puede permanecer en

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>

[☆] Continuación de la primera parte publicada en *Semergen*. 2012;38:377-87.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricardoM@doctors.net.uk

(R. Manzanera-Escartí).

Tabla 1 Modelo ABC

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|-----------|
| A | → | B | → | C | A + B = C |
| Ciclo de interrelación de pensamientos, emociones y conductas. | | | | | |

nuestras manos, siendo nosotros los creadores de nuestra salud o enfermedad psíquica.

Antes de comenzar con el proceso cognitivo, propiamente dicho, haremos una pequeña reseña a los creadores del mismo.

Aaron T. Beck inicia el desarrollo de la que denominó «terapia cognitiva» a principios de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensilvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva (terapia racional emotivo-conductual) propuesto por Albert Ellis en 1956.

Beck, cuando estaba trabajando con pacientes depresivos, denominó lo que se conoce como «pensamientos negativos automáticos», ya que observó que estos invadían sus mentes de forma espontánea, y que podían clasificarse en 3 categorías: aquellos que hacían referencia a sí mismos, al mundo o al futuro.

Comenzó a ayudar a sus pacientes a identificar y valorar estos pensamientos y encontró que, haciendo esto, los pacientes eran capaces de evaluarlos de forma más realista y esto conducía a que se sintieran mejor y se comportaran de modo más funcional.

«La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.» (Ellis, 1962; Beck, 1964.)

El ciclo de interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, conocido como modelo ABC, se pone en marcha ante desencadenantes, estímulos o situaciones disparadoras, conocidos como «A»; «B» es el procesamiento cognitivo a partir de «A», pensamientos, creencias y expectativas, y «C» son las respuestas o reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales ante ese tipo de pensamiento (tabla 1)

Los pensamientos automáticos (B) son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal («lo que me estoy diciendo a mí mismo en palabras») y/o visual (imágenes). Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas, y son tan profundas que frecuentemente la persona no las expresa ni a sí misma, no se tiene clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismas, de los demás y del mundo; mientras que los pensamientos automáticos que están en nuestra mente son relativos a las situaciones que vivimos actualmente y representan el nivel más superficial de las cogniciones.

La terapia cognitiva consiste esencialmente en: identificar aquellos pensamientos irracionales que nos hacen sufrir, e identificar qué es irracional (discusión cognitiva) en ellos;

esto se hace mediante un proceso de autoanálisis por parte del paciente, que el médico debe promover y supervisar.

Hay que señalar que este esfuerzo de observación y crítica que el paciente hace de sus propios pensamientos negativos automáticos no debe confundirse con la tendencia conocida como «pensamiento positivo», que solo promueve el adoctrinamiento por medio de frases positivas u optimistas («Merezco ser feliz», «Soy listo, fuerte y capaz», etc.), porque la TC se vale del pensamiento crítico para conseguir el cambio en sus pacientes y se apoya en hechos y pensamientos ajustados a la realidad. No es una imposición dogmática de pensamientos predeterminados.

Existen 2 ideas básicas sobre las que se apoya todo el proceso terapéutico:

- Todo pensamiento puede ser cambiado. Porque los pensamientos son fruto del aprendizaje y de las experiencias vividas y, por tanto, también pueden desaprenderse y cambiarse por otros más adaptativos. Cambiar pensamientos significa cambiar solo aquello que nos provoca malestar, no cambiar nuestra forma de ser.
- Un elevado nivel de creencia en un pensamiento no lo convierte en veraz. La «fuerza» con la que creemos en un pensamiento no tiene que ver con su autenticidad o con la realidad que describe. Dos ayudas para identificar los pensamientos negativos automáticos son:
- Los pensamientos negativos son siempre juicios de valor; interpretaciones, evaluaciones y valoraciones sobre los hechos.
- No existe una conexión causal clara: ¿Si yo estuviera en esa situación, pensaría igual? ¿Si yo pensara así, me sentiría igual?

Para cambiar los pensamientos negativos, que nos provocan malestar, en TC se realiza el proceso de discusión de los mismos, para comprobar su veracidad.

La discusión cognitiva consiste en evaluar, utilizando un enfoque científico, los pensamientos. Usar la objetividad y la razón para ver si los pensamientos son estimaciones o juicios de la realidad tan acertados como hemos creído durante años. La discusión radica en cuestionar mediante preguntas concretas la veracidad de los pensamientos. Hay 4 tipos de preguntas. Cuando el pensamiento que se evalúa no cumple alguno de estos 4 criterios será un pensamiento desadaptativo para el paciente.

El primer criterio evalúa la *objetividad* del pensamiento, por ejemplo, ¿qué pruebas tengo para pensar esto? ¿En qué me baso para pensarlo?

Los pensamientos adaptativos son objetivos, se pueden respaldar por la evidencia. Mientras que los pensamientos no adaptativos no son objetivos, sino que se basan en creencias filosóficas, y no se desprenden de la realidad.

Por ejemplo: ahora es de día. ¿Qué pruebas tengo? Hay luz, sol, gente por la calle, los coches no llevan luces, y además tengo pruebas acumuladas del pasado que me dicen que en octubre en Madrid a estas horas es de día.

El segundo criterio evalúa la *intensidad y/o duración de la emoción* que genera el pensamiento, por ejemplo, ¿cómo me hace sentir este pensamiento? ¿Me desborda?

Puesto que las creencias adaptativas producen emociones moderadas permiten sentimientos agradables o

desagradables, pero bajo control. Y las creencias desadaptativas producen emociones de muy alta intensidad o de muy larga duración, creando perturbación y descontrol. El desbordamiento en una escala de 0-10 podría llegar a ser de 12 o más.

Ejemplo: Una persona pierde a un ser querido, y piensa «la vida es horrible, no puedo vivir sin él». Esta persona se sentirá muy triste y desesperanzada; pero si piensa «lo voy a pasar mal una temporada, estoy triste, tendré que adaptarme», hará frente al suceso con menor malestar, por tanto, afrontará mejor el duelo.

El tercer criterio evalúa la *utilidad* que tiene para la persona ese pensamiento. Por ejemplo, ¿para qué me sirve pensar así? ¿Me resulta útil ahora, mañana y en el futuro?

Porque los pensamientos adaptativos sirven a corto plazo para sentir emociones saludables, nos sirven para actuar de manera más eficaz, a medio plazo ayudan a conseguir nuestras metas (en el trabajo, sociales, etc.) y a largo plazo conseguimos ser felices. Mientras que los pensamientos negativos a corto plazo nos hacen sentir emociones dolorosas y a actuar inadecuadamente, a medio plazo boicotean nuestras metas, y a largo plazo producen infelicidad.

Ejemplo: «Soy un fracaso, no hace falta que intente buscar trabajo porque no lo voy a conseguir».

El cuarto criterio evalúa la *forma* del pensamiento, por ejemplo, ¿qué tipo de palabras estoy usando? ¿Aparecen palabras como inútil, fracaso, desastre...?

Porque las creencias racionales se expresan en un lenguaje de deseos, preferencias, utilizando continuos, en un lenguaje probabilístico (puede que, igual, me gustaría...). Y las creencias irracionales se expresan en un lenguaje de demandas, necesidades, obligaciones, lenguaje absolutista, dicotómico y catastrófico (nunca, siempre, seguro, todo, jamás, horrible, debería, no soporto, soy...).

Ejemplo: «Soy (seguro, siempre) un inútil». Este es un pensamiento negativo típico en personas con baja autoestima. Este tipo de pensamientos tienen gran influencia en sus vidas y en su relación con los demás.

Mediante este tipo de preguntas se guía el análisis de los pensamientos que tienen los pacientes, para que lleguen a la conclusión que la forma en la que piensas no les beneficia y, les haría más felices cambiar su tipo de pensamientos a otros más adaptativos, que les generen mayor bienestar.

Si tras la discusión llegamos a la conclusión de que el pensamiento analizado es negativo para la persona y, por tanto, no la hace feliz, buscaremos otro pensamiento, objetivo, que lo sustituya y explique la situación desde otro punto de vista, siendo esta una interpretación acorde con los hechos (*alternativa racional*).

Para favorecer el cambio de estilo cognitivo practicaremos en la vida cotidiana esta nueva forma de pensar, con pensamientos racionales que no muevan emociones intensas negativas.

Método de aplicación

1. Explicación del modelo ABC.
2. Evaluación, mediante el análisis funcional, de una situación en la que existan pensamientos negativos y, por tanto, malestar en el paciente.

3. Discusión cognitiva del PNA (B) con los 4 criterios de racionalidad.
4. Búsqueda de una alternativa racional, y puesta en marcha de la misma.

La estructura del análisis funcional para la terapia cognitiva se muestra en la [tabla 2](#).

Mediante este análisis funcional del modelo ABC, el paciente elabora un esquema individualizado de aquellos factores desencadenantes que activan la sintomatología, así como genera un conocimiento de cuáles son los procesos cognitivos y conductuales que aparecen en su trastorno.

1.1. Ejemplo práctico

Paciente hombre, de 42 años, casado y con hijos. Depresión moderada. Esquema funcional ([tabla 3](#)).

A: Situación disparadora

«Es la hora en que solía irme a trabajar antes de perder el trabajo.»

B: Pensamiento negativo

«Soy un fracaso.» [Núcleo de sus pensamientos negativos automáticos.]

c: Consecuencias emocionales y conductuales

Tristeza, irritabilidad, ganas de llorar, etc., y quedarse en la cama, vegetando.

D: Discusión cognitiva *Objetividad*:

No existen pruebas empíricas que demuestren que él, en su totalidad, es un fracaso como persona.

Un error \neq fracaso. ¿En qué medida cometer un error invalida una actividad o a él como persona? Ya que no en todas las áreas de su vida tendrá errores ni se considerará fracasado. Buscar otros factores que pudieran influir en el error que tuvo en el trabajo y dar un porcentaje de responsabilidad a cada uno (gráfica de queso) y, por tanto, ver que no somos responsables al 100% de las cosas que nos suceden. Buscar otros factores, además de sí mismo, ayuda a quitarle fuerza a la sensación de fracaso, no asociándola tanto a la valía personal.

Evaluar actuaciones en su vida: «Soy un desastre como persona en mi vida.» Que haga un listado de las cosas positivas que ha habido en su vida (las decisiones que él tomó) y de las cosas negativas. Dar porcentajes y valorar lo positivo y lo negativo. Generalmente valoran incorrectamente dando más importancia a los errores, habrá que ayudarles a dar igual o más importancia a los éxitos o cosas positivas que les hayan pasado.

- *Intensidad*: 12. Malestar clínicamente significativo.
- *Utilidad*: Este pensamiento no le deja conseguir sus metas a corto plazo para buscar un nuevo trabajo ni organizarse para ello. Ni a medio plazo para relacionarse bien con su familia y amigos. Ni a largo plazo le hace ser feliz.
- *Formal*: Soy (siempre, seguro) un fracaso.

Tabla 2 Análisis funcional para terapia cognitiva

| A | B | C | D | E | F |
|---|--|---|---|---|--|
| Estímulos disparadores. (factores desencadenantes que te hacen sentir mal). | Pensamientos negativos automáticos (interpretaciones y juicios de valor acerca de los factores disparadores) | Consecuencias emocionales y conductuales. (los resultados emocionales y de conducta derivados de tu forma de pensar y ver las cosas: ansiedad, culpa, tristeza, etc., e inhibición, agitación, llorar, escapar, etc.) | Discusión cognitiva. Cuestionar nuestra forma de pensar (4 criterios de racionalidad) | Alternativa racional. (pensamiento adaptativo que explica el desencadenante sin generarme malestar, siendo más realista y objetivo) | Nuevas consecuencias emocionales y conductuales (resultados emocionales y conductuales de nuestra forma de pensar alternativa) |

Se muestra la estructura del análisis funcional o evaluación en terapia cognitiva.

E: Alternativa racional

«A esta hora solía ir a mi anterior trabajo, del cual he aprendido muchas cosas. Ahora es un momento de cambio y tengo que moverme para buscar otro trabajo, en el que sentirme activo y útil.» [Diseño cómo llevar a cabo esta nueva forma de pensar.]

- Es de mala educación contrariar a la gente.
- No le puedes fallar a un familiar o un amigo.
- Si alguien opina mal de ti significa que eso es cierto.
- Cuanto más gustas a los demás, mejor persona eres.
- Si no sé relacionarme con los demás, algo anda mal en mí: soy tonto, torpe, raro, etc.

F: Nuevas consecuencias emocionales y conductuales

«Al día siguiente me levanto a la misma hora y como había planificado desayuno leyendo en el periódico las ofertas de empleo, además después entro en internet y me apunto a webs como Infojobs, etc. Esto me hace sentir mucho mejor, no totalmente feliz, pero sí más activo, distraído y con ganas de luchar.»

Ansiedad por la salud: hipocondría, pánico:

- Las sensaciones físicas desagradables son siempre signos de enfermedad.
- Si no me hacen la prueba cuando estoy mal, no sirve para nada.
- Los médicos se equivocan, simplemente aún no han dado con la causa.
- Creen que estoy histérica y que me invento los síntomas.

Algunos ejemplos de creencias disfuncionales y pensamientos negativos que favorecen los problemas psicológicos

Trastornos de ansiedad

Pensamientos catastróficos. Tener una altísima convicción de que algo terrible va a suceder, y que además las consecuencias o efectos de tal suceso van a ser terribles.

- El ascensor se va a caer y moriremos.

Ansiedad social:

- Necesito gustar a todo el mundo.
- Pensarán de mí que soy idiota.

Trastorno obsesivo-compulsivo:

- Me contagiaré de sida.
- Si tengo un pensamiento sobre hacer algo, eso es que deseo hacerlo.
- Si no quito ese pensamiento de mi cabeza, acabaré haciéndolo.
- Debo controlar perfectamente todo lo que pienso.
- Tengo la obligación de reducir a cero cualquier probabilidad de que ocurra algo malo aunque sea mínima.

Tabla 3 Ejemplo práctico de terapia cognitiva

| Día | Situación | ¿Qué pienso? | ¿Qué siento? | ¿Qué hago? |
|--------|--|--|--|--------------------------------|
| Martes | Es la hora en que solía irme a trabajar antes de perder el trabajo | ¡Vaya vida sin trabajo! No lo puedo soportar. No sirvo para nada. Soy un fracaso | Tristeza, irritabilidad, ganas de llorar, etc. | Quedarme en la cama, vegetando |

Depresión

Pensamientos oscuros, pesimistas, desesperanzadores. Sobre uno mismo, los demás y el mundo o sobre el futuro. En casos graves, pueden aparecer pensamientos de suicidio.

- Soy un desastre.
- El mundo no tiene sentido.
- No puedo más.
- Soy mejor persona cuanto más eficaz soy en todo lo que hago.
- Si cometo un error, debo sentirme terriblemente culpable.
- Para ser feliz necesito que me quieran (o un determinado trabajo, o un cierto nivel de vida, etc.).
- El mundo debería ser justo. Siempre debería ir todo bien; nada de enfermedades, accidentes, etc.

Trastornos de ingesta: obesidad, anorexia y bulimia

- Solo adelgazarás si tienes voluntad.
- A partir de cierta edad te cambia el metabolismo y se redondean las caderas y se acabó.
- Soy un gordo y siempre lo seré.
- Yo no puedo comer normal porque enseguida engordaría.
- No soportaría estar gorda.
- Si estás gorda no tienes valor, no sirves para nada.
- Nadie te querrá si estás gorda.
- Eres mejor persona cuanto más delgada estás.

Enfado excesivo

Pensamientos descalificativos en términos morales hacia el otro, el mundo o uno mismo. Es habitual usar palabras de etiquetación global.

- Es un imbécil.
- ¿Cómo se atreve?
- No debería hacer.
- La gente debería actuar exactamente como yo quiero.
- Yo sé más.
- Si yo estoy dispuesto a hacer «x» por él/ella, ¿cómo él/ella no está dispuesto a hacer «x» por mí?

Mindfulness

Fundamento teórico y descripción

Es una forma de entrenamiento en autoconocimiento que está basada en la práctica de la meditación, pero no depende de un sistema en particular de creencias o ideologías. Mindfulness ha sido formulado y desarrollado como 2 técnicas prácticas para la reducción del estrés y para la realización, a su vez, de la terapia cognitiva⁴.

Hay evidencia que prueba que el mindfulness es útil en el manejo de estrés, ansiedad, depresión, dolor crónico, y cómo mejora del afrontamiento de una gran variedad de trastornos físicos.

Mindfulness significa poner atención en el momento presente, significa observar nuestra experiencia inmediata,

incluyendo pensamientos, emociones y sensaciones físicas que pueden estar presentes. Significa darse cuenta de estos procesos sin intentar cambiarlos, o intentar conseguir sensaciones placenteras, es decir, no intentar que desaparezcan los aspectos negativos y desagradables de la experiencia, sino simplemente ser conscientes de ellos.

El mindfulness puede ayudar a manejar los pensamientos negativos, ya que nuestras mentes están constantemente ocupadas generando pensamientos, reflexiones y juicios sobre el mundo, recordando situaciones pasadas y planificando y/o imaginando situaciones futuras. Sin embargo, a menudo no somos conscientes de este proceso mental, es como funcionar en piloto automático. Si nosotros no somos conscientes de los pensamientos que están guiándonos e influenciando nuestras respuestas a situaciones, entonces limitamos nuestra habilidad para afrontar las situaciones efectivamente.

El mindfulness representa la habilidad para parar y darse cuenta de las reacciones y procesos internos, como pensamientos, emociones, sensaciones físicas y conductas. Es como dar un paso atrás en una película, rebobinar, recordarnos a nosotros mismos que no importa lo poderosas que las imágenes sean, es solo una película. Estar simplemente observando los pensamientos desde una distancia sin reaccionar inmediatamente a ellos nos puede ayudar a elegir, a responder de forma mindfully a una situación, más que a reaccionar automáticamente. De esta forma el mindfulness puede reducir el efecto del pensamiento que no ayuda en nuestras vidas, y reducir cualquier emoción negativa asociada. Así pues, se crea un espacio mental que puede ayudar a calmar la mente sobreactivada, dando como resultado un sentimiento de libertad y paz.

Uno de los aspectos claves del mindfulness es la aceptación, esto significa darse tiempo para llegar a conocer cómo nos sentimos. También significa separarse emocionalmente de esas reacciones y, como resultado, aunque nosotros podamos continuar experimentando emociones o sensaciones físicas desagradables como dolor, ansiedad, etc., nosotros no estaremos completamente envueltos en ellas. En lugar de eso, nosotros llegamos a ser conscientes de que hay muchos otros aspectos positivos de nuestra vida que continúan existiendo a pesar de los sentimientos negativos.

El mindfulness es una habilidad que lleva tiempo y práctica para ser interiorizada. Sin embargo, la práctica no es complicada y hay muchos métodos simples de llevarlo a la vida diaria, incluso practicándola solo 30 s puede ser útil.

Método de aplicación

Mediante la práctica, en 3 min, de mindfulness, podemos de forma rápida desconectar el piloto automático y conectar con el momento presente. Lo intentaremos siempre que nos encontremos a nosotros mismos bajo presión o con necesidad de aliviar el estrés. Incluso unos pocos segundos de mindfulness pueden ayudar a manejar el estrés y la tensión.

1. Siéntate cómodo en la silla. Cierra tus ojos y pregúntate a ti mismo: ¿qué está pasando dentro de mí en este momento?
2. Date cuenta de cualquier pensamiento, sentimiento y sensación física que estés sintiendo, simplemente

reconócelos y acéptalos, aunque sean desagradables, más que intentar cambiarlos. Puede ayudar el etiquetar los pensamientos difíciles o emociones. Por ejemplo, sentirse ansioso o pensar sobre ver a Marta la próxima semana.

3. Permanece con tus pensamientos y emociones durante un rato, y entonces tranquilamente focaliza tu atención en la respiración, sigue cada inhalación y exhalación como fluctúa rítmicamente de una a otra. Si tu mente divaga de forma tranquila, vuélvela a llevar a tu respiración.
4. Finalmente, expande tu conocimiento incluyendo todo tu cuerpo, date cuenta de tu postura, expresión facial y cualquier sensación física presente.
5. Ahora abre tus ojos, tú puedes sentirte más calmado y estable para continuar tu día.

Ejemplo práctico

Respiración y mindfulness. Siéntate durante un minuto y focaliza completamente tu atención en la respiración. No pienses en nada más, solo en cómo el aire entra y sale de tu cuerpo. La mayoría de la gente encuentra que su atención normalmente se va de su respiración, es muy difícil sentarte quieto y mantener la mente totalmente centrada. ¿Qué clase de pensamientos pasan por tu mente durante este corto período de tiempo? Date cuenta de la amplia variedad de pensamientos que tienes. ¿Tenías como una cadena de pensamientos sobre una situación determinada? ¿Te llevó tiempo darte cuenta de lo que estaba ocurriendo? ¿Fuiste capaz de que tu mente volviera a la respiración? ¿O simplemente te dejaste vagar de pensamiento a pensamiento? ¿Cuánto tiempo de tu vida has perdido a causa de que la atención estaba centrada en un «diálogo» mental que no te ayudaba?

Resolución de problemas

Fundamento teórico y descripción

La terapia de resolución de problemas (TRP) es una estrategia para la resolución de situaciones de estrés en la vida diaria que se caracteriza por su brevedad, facilidad de aplicación, sencillez de aprendizaje y efectividad^{5,6}.

La TRP es de gran utilidad en atención primaria ya que se sabe que más del 30% de los pacientes que consultan presentan malestar psicológico, y que, de ellos, más del 80% presentan trastornos psiquiátricos leves tipo ansiedad, depresión o trastornos de adaptación, en su gran mayoría relacionados con situaciones vitales estresantes⁷.

La resolución de conflictos es en parte un aprendizaje social, ya que permitirá al individuo cambiar su funcionamiento en las relaciones sociales; por otra parte, es un método de autoinstrucción, ya que el sujeto puede aplicarla de forma independiente sin prácticamente supervisión externa, y, por último, es una estrategia de afrontamiento porque permite adaptarse y enfrentarse a cualquier tipo de acontecimiento vital.

En muchas ocasiones es difícil hacer una buena TRP porque nos invaden las emociones negativas (ansiedad, enfado, tristeza), nos sentimos desbordados y no podemos llegar a conclusiones claras por la experiencia actual o por vernos

Tabla 4 Esquema del procedimiento a seguir en la terapia de resolución de problemas

Previamente a las fases propias de la TRP el profesional debe tener en cuenta los siguientes requisitos:

Valoración de la idoneidad de la TRP para el paciente

Explicación del tratamiento y de su base racional

Las fases de la TRP son las siguientes:

1. Orientación hacia el problema

2. Definición y formulación del problema

3. Generación de alternativas o soluciones

4. Toma de decisiones

5. Puesta en marcha y verificación

influidos por experiencias previas. Para aumentar nuestra capacidad de resolución de problemas reduciremos este malestar con técnicas como la terapia cognitiva, la relajación/respiración y las autoinstrucciones.

La **tabla 4** muestra un esquema del procedimiento de la TRP.

Método de aplicación

Pasos previos a la terapia de resolución de problemas

Valoración de la idoneidad del paciente para la terapia. El profesional comprueba que existe malestar psicológico leve/moderado (y que el paciente es consciente de ello), que tiene problemas (y que el paciente los considera como tal) y que asume que existe una relación entre los problemas y el malestar psicológico que padece.

Además se valoran los recursos que posee el paciente, así como: cómo afrontó situaciones problemáticas anteriores, mecanismos de afrontamiento a los problemas que utiliza, capacidad para formular soluciones ante los conflictos, estado psiquiátrico actual (es posible que en otras ocasiones afrontase bien los problemas pero ahora se encuentre fuertemente deprimido).

Igualmente se valora la posibilidad de recabar información de otras fuentes, como son familia, amigos, pareja, otros profesionales. Siempre con permiso del paciente.

Explicación del tratamiento y de su fundamento. Además de cumplir la indicación diagnóstica (por ejemplo, trastorno depresivo, ansioso o de adaptación), el paciente debe cumplir también los siguientes requisitos psicoterapéuticos:

1. Se puede identificar la naturaleza del problema del paciente: problema relacional, laboral, económico o de otro tipo concreto.
2. Las metas del paciente son realistas. En la primera entrevista, es interesante hacerse una idea, aunque sea aproximada, de qué cambios desea alcanzar el paciente. Se pretende así valorar hasta qué punto son realistas las expectativas del paciente. Las metas se definen en forma de preguntas: ¿cómo... (sabrás que ha resuelto el problema)? O ¿qué... (esperaría obtener del tratamiento)?, y que conviene que sean concretas y específicas. A veces las expectativas son inapropiadas porque:

- a. Se pretenden cambios en los demás.
- b. Se pretende involucrar al profesional en la solución.
- c. Es una solución mágica, como por ejemplo, «me tocará la lotería y podré saldar mis deudas».

Si se cumplen estos requisitos, el objetivo es plantearle al paciente la posibilidad de realizar TRP y llegar con él a un acuerdo respecto a la naturaleza, objetivos y duración de la técnica.

El objetivo de la TRP es que si aprendemos a manejar mejor los problemas vamos a poder controlar de forma más adecuada el malestar psicológico.

Fase 1. Orientación hacia el problema

1. Aceptar el hecho de que vivir es sinónimo de tener problemas, y que uno puede hacerles frente de forma activa y eficaz. Desarrollar confianza en la habilidad propia para resolver problemas.
2. Tomar el malestar emocional como signo de que existe un problema. Reconocer las situaciones problemáticas con rapidez.
3. Controlar el impulso de responder impulsivamente. Parar y pensar.
4. Entender que resolver problemas implica tiempo y esfuerzo.
5. Construir un listado de los problemas que tiene el paciente.

Fase 2. Definición y formulación del problema

1. Reunir información relevante y objetiva sobre el problema a trabajar.
2. Describir el problema en términos operativos. Clarificar la naturaleza del problema (emocional, económico, laboral, social, etc.).
3. Identificar los factores que convierten una situación en problema.
4. Diferenciar hechos de interpretaciones. Minimizar distorsiones cognitivas.
5. Enunciar metas realistas: ¿qué debe cambiar?, ¿a nivel personal?, ¿en el medio?
6. Reevaluar el problema, considerando beneficios y costes de resolverlo o no.
7. Definición operativa del problema a partir de toda la información anterior.

Fase 3. Generación de alternativas (soluciones)

1. Generar una gama de alternativas tan amplia como se pueda. Solo 2 límites: relevancia y concreción.
2. Tormenta mental:
 - a. Principio de cantidad (cuantas más alternativas mejor).
 - b. Principio de variedad (alternativas que procedan desde diferentes perspectivas).
 - c. Principio de combinación (combinar aquellas que tenemos para construir nuevas alternativas).
3. Posponer la evaluación. Aplazamiento del juicio de valor.

Fase 4. Toma de decisiones

1. Evaluar las alternativas valorando las consecuencias de manera que se pueda elegir la alternativa a priori que ofrezca más pros y menos contras.
2. Predicción de la consecución de la meta. ¿Hasta qué punto solucionará el problema? Eliminar alternativas que impliquen riesgos elevados y/o para las que el paciente no tenga suficientes habilidades o recursos.
3. Evaluar probabilidades de implementación. ¿Podrá el paciente aplicarla?
4. Análisis de costes/beneficios. Anticipar los resultados positivos y negativos de cada alternativa para el paciente, para su entorno social, en este momento y más a largo plazo.
5. Tomar una decisión y describir los pasos específicos para poner en marcha la solución.

Fase 5. Puesta en marcha de la solución elegida y verificación

1. Eliminar posibles obstáculos de ejecución.
2. Poner en marcha la solución elegida.
3. Superar posibles bloqueos.
4. Verificar los efectos.
5. Autoevaluación-evaluación de resultados.
6. Autorrefuerzo-revisión.

Ejemplo práctico

María es una mujer de 29 años, casada y sin hijos. Tiene estudios de formación profesional y trabaja de administrativa en una empresa del polígono industrial de su población. No presenta enfermedades médicas de interés. Refiere que sufre estrés laboral, asociado a maltrato psicológico y sobrecarga de tareas por parte de su jefa.

Otro tema que le hace sufrir es que después de 3 años de intentarlo no consigue quedarse embarazada, a pesar de que los resultados de todas las pruebas complementarias que se ha realizado son normales y de que tiene relaciones sexuales con frecuencia. Todo esto le ha provocado un síndrome ansioso-depresivo, razón por la que acude a la consulta.

Sesión preparatoria

En esta sesión se le diagnosticó depresión y ansiedad y se le pautaron 20 mg/24 h de paroxetina. Iniciamos el proceso de declaración de incapacidad transitoria. Se le ofreció la participación en una TRP porque cumplía los criterios. Las metas eran realistas: mejora de la depresión y de su situación laboral, además de quedarse embarazada. Se le pidió que, como tarea para casa, hiciera una lista de problemas.

Primera sesión

Se pasó a clarificar y definir con precisión los diferentes problemas. La paciente trajo la siguiente lista de problemas.

1. Acoso psicológico en el trabajo por parte de su jefa desde hace varios meses. Posible mobbing.
2. Dificultades para conseguir una gestación desde hace 3 años.
3. Depresión y ansiedad desde hace varios meses.

El problema 3 se estaba tratando ya con fármacos, además se le aplicaron técnicas de terapia cognitivo-conductual de manera que se esperaba que fuera mejorando a medida que los otros problemas se fueran solucionando. De las otras 2 cuestiones, la paciente eligió abordar primero la segunda. Le pedimos que en la siguiente sesión trajera una lista de soluciones a dicho problema y quedamos para la semana siguiente.

Segunda sesión

Inicialmente preguntamos a la paciente cómo se encontraba de la depresión y de la ansiedad y nos respondió que estaba algo más animada. Había realizado las tareas encomendadas y trajo una lista de soluciones al problema 2:

1. Tener más relaciones sexuales al mes.
2. Planificar las relaciones sexuales (tenerlas a mitad del ciclo menstrual).
3. Tener relaciones cuando le apetezca, sin pautas fijas, con calma.
4. Repetir las pruebas ginecológicas complementarias.
5. Pedir una segunda opinión a otro ginecólogo.
6. Intentar la fecundación in vitro.
7. Recurrir a la adopción.

En un principio, tras evaluar las diferentes opciones, se eligieron las soluciones 1 y 3. Acordamos conjuntamente que, si en un plazo de 6 a 12 meses no había resultados (embarazo), se valorarían las soluciones restantes. Le sugerimos a la paciente que pusiera en práctica dichas soluciones y elaborara la lista de soluciones del problema 1. Quedamos para una semana más tarde.

Tercera sesión

María estaba más animada, y lo primero que hicimos fue concretar más el problema laboral: explicó que su jefa la sobrecargaba de trabajo, le encargaba tareas que no le correspondían, la reprendía y la dejaba en ridículo delante de sus compañeras de trabajo. Trajo la lista de soluciones al problema 1:

1. No hacer nada.
2. Matar a su jefa.
3. Hablar con su jefa de la situación.
4. Hablar con un alto cargo de la situación.
5. Pedir un cambio de puesto de trabajo dentro de la misma empresa (reubicación laboral dentro de la empresa).
6. Pedir el traslado a otra sucursal de la empresa.
7. Cambiar de trabajo.
8. Volver a su antiguo puesto de trabajo en un restaurante.

Tras valorar todas las alternativas, se consensuó la elección de la solución 4, es decir, la de hablar con un alto cargo. Se llevó a cabo un role-playing (herramienta auxiliar) para explicar a la paciente los pasos que debía seguir en una negociación asertiva. La tarea para casa consistía en poner en práctica dicha solución.

Cuarta sesión

La paciente acudió a esta sesión animada. La charla con un mando superior fue bien y este le ofreció la posibilidad de reubicarla laboralmente como auxiliar administrativo de otro jefe de sección a partir del mes siguiente (solución 5), a lo que la paciente accedió.

La paciente se encontraba mucho mejor y le planteamos la posibilidad de volver al trabajo en su nuevo puesto a principios del próximo mes, a lo que accedió (le dimos el alta en aquel momento).

Conclusión

Debido a la mejoría global, que experimentó la paciente en relación con sus problemas, dimos por finalizada la TRP después de la cuarta sesión y la citamos un mes después para controlar el tratamiento antidepressivo y para reevaluar su situación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Beck A, Rush A. Cognitive therapy. En: Kaplan H, Sadock B, et al., editores. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th edition Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 1849–50.
2. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
3. Sevillá J, Pastor C. *Tratamiento psicológico de la depresión*. 4th edition. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta; 1996.
4. Lee D. *Using CBT in general practice. The 10 minute consultation*. 1st ed. Banbury: Scion Publishing Ltd.; 2006.
5. García-Campayo J, Hidalgo I, Orozco F. *Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria*. 1st edition. Barcelona: Ars Medica; 2006.
6. D’Zurilla TJ, Goldfried MR. *Problem solving and behavior modification*. *Journal of Abnormal Psychology*. 1971;78:107–26.
7. Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: theory. Res Pract*. 1982;19:276–8.