

43. ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

Autor: Agustí Camino Vallhonrat

Institut d'Assistència Sanitària. Gerona

CONCEPTOS ESENCIALES

Los trastornos adaptativos son reacciones inadecuadas ante estresantes psicosociales.

Evitar tratar las reacciones no patológicas al estrés, normalizándolas.

La psicoterapia breve es el tratamiento de elección para los trastornos adaptativos.

Presentamos el proceso y las intervenciones básicas de la terapia breve para estos trastornos

1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO ADAPTATIVO (TA).

Uno de los errores más comunes en atención primaria es intentar realizar un tratamiento de reacciones no patológicas al estrés. Actualmente vivimos en una sociedad que fomenta la creencia de que debemos vivir en un aparente estado de ánimo idílico de felicidad y bienestar permanentes. Existe una errónea tendencia a psicopatologizar reacciones de ánimo normales y transitorias como son la tristeza, el miedo, la incertidumbre, la inseguridad, la rabia etc. El clínico no debe caer en la tentación de convertirse en un agente social paliativo de reacciones psicológicas normales ante las frustraciones de los acontecimientos estresantes. Dichas reacciones deben ser normalizadas y en la mayoría de los casos no deberían, inicialmente, requerir una intervención psicoterapéutica; en estos casos el facultativo debe permitir que se activen los propios recursos personales y socio familiares para afrontar naturalmente el suceso acaecido. Por tanto, estas reacciones puntuales ante situaciones de la vida (separación, duelo reciente, dificultades laborales, situaciones de cambio en el desarrollo), en las que no se han dado sucesos traumáticos, no deben ser confundidas con un trastorno reactivo o adaptativo.

Los trastornos adaptativos (TA) aparecen como reacción inadecuada a uno o varios factores estresantes de tipo psicosocial, pero los síntomas no necesariamente aparecen de inmediato. Pueden transcurrir hasta tres meses entre el factor estresante y la aparición de los síntomas. Puede aparecer a cualquier edad y la sintomatología varía considerablemente, los síntomas depresivos, de ansiedad y mixtos son más frecuentes en adultos, siendo los síntomas físicos más comunes en niños y ancianos. El estresante puede ser un

acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes (por ejemplo determinadas épocas del año asociadas a mayor estrés) o continuos (por ejemplo enfermedad crónica) o a determinadas circunstancias vitales adversas.

Para que una reacción pueda considerarse desadaptativa y por tanto un trastorno que necesite de intervención psicoterapéutica, la intensidad del malestar y duración deben ser superiores a lo esperable ante el estresante causal; y provocan un deterioro significativo de la actividad psicosocial y laboral. Concretamente el DSM-IV señala los siguientes criterios diagnósticos de las reacciones al estrés y trastornos adaptativos, que mostramos en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM IV-TR para los trastornos adaptativos

La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante ▪ Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.
Especificar si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses. ▪ Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.
Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con estado de ánimo depresivo (309.0) ▪ Con ansiedad (309.24) ▪ Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28) ▪ Con trastorno del comportamiento (309.3) ▪ Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (309.4) ▪ No especificado (309.9)

El TA es un diagnóstico fronterizo con la normalidad (procesos de adaptación constante a los cambios de la vida personal) y con otras patologías (ansiedad, depresión y otros), por lo que el clínico deberá realizar una valoración precisa de la situación de cada caso para realizar un buen diagnóstico diferencial y un abordaje correcto.

2. PSICOTERAPIA BREVE O FOCAL

Existen múltiples estudios que demuestran la eficacia y la eficiencia de las psicoterapias breves para los TA, estos son los que responden mejor a este tipo de terapias y son el tratamiento de elección por su brevedad y relación coste beneficio. Mark Beyebach cita varias investigaciones que estiman que la mediana de la duración de las psicoterapias ambulatorias se sitúa entre las 5 y las 8 entrevistas. Y que el 75 % de los pacientes que

mejora en psicoterapia lo hace durante los seis primeros meses y en el transcurso de las primeras 5 sesiones.

Actualmente se tiende a integrar los conceptos y técnicas desarrollados por diferentes escuelas de terapia breve. Entre las escuelas más representativas y más conocidas cabe destacar la terapia breve estratégica del modelo de Palo Alto del Mental Research Institut, a partir de esta se han desarrollado diferentes escuelas de terapia breve basadas en sus principios. La psicoterapia focal de corte psicodinámico también ha desarrollado investigaciones que demuestran su efectividad, aunque se muestran más eficientes en otros tipos de trastorno donde es necesario un trabajo de las estructuras de personalidad. También las estrategias desarrolladas por las escuelas cognitivo-conductuales demuestran efectividad y eficiencia frente a los TA.

Las terapias de grupo centradas en la resolución de problemas y como mecanismos de ayuda mutua se han mostrado muy eficientes para estos trastornos. Estas terapias de grupo se presentan en otro apartado del manual.

Actualmente existen modelos que integran adecuadamente las aportaciones de cada escuela terapéutica. Basándonos en los factores comunes de las diferentes terapias breves vamos a describir el proceso terapéutico y las estrategias terapéuticas más relevantes para tratar los TA.

3. PROCESO TERAPÉUTICO EN TERAPIA BREVE/FOCAL.

El proceso psicoterapéutico se repasa exhaustivamente en otros capítulos de este manual. A continuación mostramos el proceso específico de la psicoterapia breve para abordar los TA.

Lo que hace posible que una terapia sea breve es la capacidad del terapeuta de mantener el foco en un problema concreto y no desviarse hacia problemáticas inespecíficas o intentar resolver muchos problemas a la vez. Vamos a describir el proceso que permite al terapeuta focalizarse en un problema concreto y mantenerse en intervenciones precisas, permitiendo abreviar la terapia.

En la tabla 2 se muestra un resumen de todo el proceso terapéutico basado en los factores más relevantes de las escuelas de psicoterapia breve.

3.1. CONTRATO TERAPEUTICO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es imprescindible realizar desde el primer encuentro un contrato terapéutico claro y concreto donde se especifique el número de sesiones que se espera realizar, la duración de cada sesión y su frecuencia; una descripción lo más concreta posible de los objetivos del tratamiento; normas de horarios y consecuencias de no asistir a las sesiones (encuadre). Un claro contrato terapéutico es uno de los elementos que favorece una buena adherencia al tratamiento. Puede ser útil mencionar al paciente que si no se consigue una evolución satisfactoria en las sesiones y términos pactados en el contrato se realizará una derivación a un dispositivo psicoterapéutico más especializado, este acuerdo es importante pues, aún tratándose de trastornos leves, pueden aparecer complicaciones o derivar en problemas más graves que requieran dicha derivación.

El contrato terapéutico debe realizarse conjuntamente con el paciente, pactando la estructura del mismo según las necesidades del paciente, mostrando una actitud de flexibilidad y adaptabilidad. Durante la construcción del contrato el terapeuta debe calibrar la motivación del paciente y su disponibilidad hacia el cambio.

Al tratarse de casos leves no se debe realizar un contrato terapéutico extenso en cuanto al tiempo ni cuanto a los objetivos terapéuticos alcanzables. Un ejemplo de contrato para trastornos adaptativos sería el siguiente:

- “En base a lo que hemos hablado realizaremos 5 sesiones, en la última valoraremos los cambios obtenidos y si necesitas alguna sesión más de refuerzo, ¿estarías de acuerdo?”
- “Las sesiones tienen una duración de 20 a 30 minutos, para el problema que tu presentas generalmente es suficiente, ¿Qué te parece?”
- “Generalmente las sesiones para el tipo de problema que presentas las realizamos mensualmente, aunque puntualmente si lo ves necesario alguna se puede realizar con una frecuencia menor, ¿te parece suficiente la frecuencia mensual?”
- “Las sesiones las dedicaremos a hablar sobre el problema que sufres y a planificar como conseguir el/los objetivo/s que hemos pactado, ¿de acuerdo?”
- “Si no conseguimos una mejoría importante o se diera un empeoramiento realizaremos una derivación a un dispositivo más especializado.”
- Al terminar es importante aclarar con el paciente si este contrato y la entrevista cumple con las expectativas que el traía a la consulta o qué otras expectativas tenía.

3.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Una vez realizada la exploración clínica básica y confirmado el diagnóstico, el terapeuta debe centrar su atención en ayudar al paciente a concretar lo mejor posible su malestar y la solución que espera de la terapia. Tener bien definido el problema asegura la buena evolución del proceso terapéutico y aumenta la adherencia al tratamiento.

Definir el problema consiste en co-construir con el paciente una descripción concreta del malestar en términos somáticos, conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales. Indagar estos aspectos facilita cristalizar la expresión del malestar, y de este modo transformarlo en un problema a tratar. El terapeuta iniciará un diálogo terapéutico en el que utilizará las preguntas reflexivas, que más que buscar información, ayudan a pensar y reflexionar sobre la sintomatología que presenta el paciente.

Por ejemplo, si presenta un estado de ánimo depresivo explicitar en qué consiste ese estado, respondiendo a las siguientes preguntas:

- Concretar el problema: “¿Cómo es el malestar? ¿Cómo se manifiesta?”
- Factores interpersonales: “¿En qué situaciones aparece? ¿Con quién?”
- Factores desencadenantes: “¿Desde cuándo y cómo aparece?”
- Teoría del paciente: “¿Por qué aparece? ¿Con qué lo relaciona? ¿Cómo reacciona su entorno?”
- Factores terapéuticos: “¿Cómo lo expresa? ¿Qué hace para resolver el problema? ¿Cómo mejora? ¿Cómo empeora?”

Responder estas preguntas ayuda a focalizar el problema y definirlo en términos operacionales.

En esta fase también es de suma importancia que el terapeuta explore la existencia de posibles beneficios secundarios, a nivel familiar o laboral, que suelen aparecer en este tipo de trastornos.

En esta primera fase el terapeuta tiene que realizar un análisis de la demanda, que implica no presuponer nada, confirmar sus ideas con el paciente, acompañándolo en la definición del problema y las primeras explicaciones de las posibles causas del malestar. Nunca presuponer lo que espera el paciente del tratamiento, preguntar directamente y ayudar a aclararlo.

Por ejemplo, un terapeuta puede presuponer que el paciente quiere cambiar la situación que le provoca el malestar (relación de pareja disfuncional, malestar laboral, etc.) y en cambio el paciente lo que quiere es un espacio de escucha y contención emocional sin pretender en el momento actual cambios en su vida. Al explicitar esta demanda el terapeuta puede pactar un número de sesiones limitado de contención y expresión emocional.

3.3. EMPATIA, VALIDACIÓN Y ACEPTACIÓN

Como en todo proceso terapéutico es necesaria la construcción de una buena alianza terapéutica, remitimos al lector al apartado del manual que describe este proceso. Aunque queremos resaltar que en los TA la empatía y la alianza terapéutica se consiguen validando el sufrimiento que presenta el paciente. Esta intervención ofrece, en pocas sesiones, una significativa mejoría para la mayoría de estos trastornos.

La validación se realiza legitimizando el malestar del paciente, transmitiendo la normalización de su malestar en base a la situación que ha vivido o está afrontando, se trata de entablar un dialogo terapéutico orientado a una psicoeducación emocional, ayudando a que el paciente se permita sentir lo que siente (tristeza, miedo, ansiedad etc.), no asustándose por los sentimientos y fomentando su expresión adecuada.

Este proceso de aceptación de sus reacciones emocionales ante los estresantes psicosociales disminuirá considerablemente la intensidad de la sintomatología que presenta.

3.4 ANÁLISIS DE LAS SOLUCIONES INTENTADAS

La técnica del análisis de las soluciones intentadas es una aportación muy importante de la escuela de terapia breve de Palo Alto. Consiste en pedir al paciente que explique las soluciones que ha probado para afrontar su malestar antes de acudir al tratamiento. Esta intervención tiene tres beneficios para abreviar la terapia:

1. Coloca al paciente en una posición activa, en la que se tienen en cuenta sus mecanismos de solución, animándolo a seguir con los que le han sido útiles; le transmite un sentimiento de valoración y potenciación al valorar sus propios recursos
2. Evita que el terapeuta proponga soluciones que el propio paciente ya ha probado sin éxito.
3. Permite detectar las soluciones que intenta el paciente y que funcionan como mantenedores del malestar.

Un ejemplo de solución que mantiene el problema es el de la persona que padece pánico a hablar en público, su intento de solución consiste en controlar los nervios, evitando que se noten, lo que conlleva un aumento de la ansiedad que quiere evitar. El terapeuta conduce al paciente a eliminar esa solución de controlar, animando al paciente a que se permita sentirse nervioso, no ocultándolo al público, lo que conlleva una disminución de la ansiedad.

Una de las soluciones intentadas que recurrentemente se dan en los trastornos adaptativos es la de no permitirse sentir ni expresar el malestar emocional ante los acontecimientos estresantes que enfrenta, el intentar “no sentir tristeza o ansiedad” aumenta su sintomatología. Por lo tanto una de las primeras intervenciones consiste en permitir al paciente sentir y expresar el malestar, normalizándolo y animándolo a la expresión adecuada.

Esta intervención puede ser entendida también como una psicoeducación de los procesos emocionales: “las emociones se activan ante los estresantes de la vida”.

3.4. REDEFINICIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Otro de los elementos clave de la terapia breve es la redefinición o reencuadre del problema. Consiste en ofrecer al paciente una explicación nueva sobre su sufrimiento que cambia su manera de “verlo” o “pensarlo” proporcionando un alivio sintomático, ya que “encuadra” el problema como menos amenazante y más manejable para el paciente. Se trata de dar un significado nuevo de la realidad que está viviendo, puede considerarse también como una reestructuración cognitiva del malestar.

El paciente acude a la consulta sin relacionar su sintomatología con los sucesos vitales que la originaron.

Con los TA las principales reestructuraciones consisten en conectar su sintomatología con los sucesos estresantes, es decir realizar conjuntamente una explicación que le sea comprensible. Construir una hipótesis psicosocial de su malestar funciona como una redefinición de la sintomatología, dando sentido a una situación incierta que inicialmente no lo tenía.

Finalmente detectar los patrones comportamentales, cognitivos, emocionales y relacionales que utiliza erróneamente el paciente para afrontar los estresores que desencadenan el malestar. El tratamiento irá dirigido a señalar estos mecanismos desadaptativos que utiliza el paciente proponiendo estrategias más adaptativas.

En esta fase el terapeuta debe desplazar el foco de atención de los síntomas a los mecanismos que favorecen y mantienen los síntomas. Estimulando nuevas alternativas de

afrontamiento mediante sugerencias, prescripciones de tareas e intervenciones cognitivo-conductuales que le permitan afrontar de forma más adaptativas las situaciones estresantes.

Tabla 2. Fases y estructura de la terapia breve/focal de los trastornos reactivos/adaptativos

1. Establecer relación empática creando un espacio de escucha activa, expresión emocional y validación
2. Contrato terapéutico bien definido: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de sesiones (5-10) ▪ Frecuencia mensual o quincenal ▪ Duración de las sesiones (20-30 minutos) ▪ Normas generales de relación, asistencia, puntualidad (encuadre) ▪ Definir objetivos concretos
3. Definir concretamente el problema y la solución: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué espera el paciente de la terapia? ▪ ¿Qué sería estar recuperado? ▪ Concretar el malestar en términos conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales
4. Exploración conjunta sobre las causas del malestar: construcción de hipótesis psicosocial del problema. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descripción de desencadenantes y acontecimientos vitales que rodean la aparición de los síntomas ▪ Comprensión clara del “porque y como” de su malestar y de la índole transitoria (reactivo-adaptativa) de su malestar
5. Análisis de las soluciones intentadas, identificación conjunta de los patrones desadaptativos que perpetúan el malestar.
6. Diseñar conjuntamente con el paciente las tareas y estrategias para cambiar los patrones identificados.
7. Las entrevistas no se deben centrar en la sintomatología sino en los patrones que generan y mantienen el malestar.
8. Fomentar el apoyo familiar como recurso natural y las relaciones interpersonales
9. Evaluar los objetivos alcanzados
10. Positivar los cambios, normalizar las dificultades no alcanzadas, repasar temas trabajados con breve psicoeducación emocional

RECOMENDACIONES CLAVE

Un buen abordaje de los trastornos adaptativos requiere un tratamiento breve.

Un buen diagnóstico diferencial evitará que tratemos todos los malestares psicológicos de la población evitando la saturación de demanda psicoterapéutica.

Facilitar y apoyar la expresión emocional es un elemento clave de la recuperación de los pacientes con trastornos adaptativos.

Desactivar el discurso sintomático conectando el malestar con los eventos estresantes

Enseñar estrategias de afrontamiento y resolución de problemas fomenta una rápida mejoría en estos trastornos.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Beyeback M. 24 ideas para una psicoterapia breve. Ed. Herder. 2006

Watzlawick P., Weakland J., Fish R. Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Ed. Herder. 1986

Bernard M., Ellis A. Aplicaciones Clínicas de la terapia racional emotiva. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 1990

Fernandez MJ, Luengo CM, Garcia H J, Cabero AA, González DM, Braña MB,. Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimientos. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2010, 108: 563-580.

5. BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN

Fish R., Weakland J., Segal L. Cambio. La táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia. Ed. Herder. 1988

Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2001

Preston J,. Terapia Breve Integradora. Enfoques Cognitivo, Psicodinámico, Humanista y Neuroconductual. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2003