

Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas

Francisco Dionisio CASADO CAÑERO
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

El presente trabajo señala la pertinencia del modelo de afrontamiento de Lazarus como marco de comprensión de las conductas de los sujetos. Analiza los elementos de éste y plantea su valor como guía para el desarrollo de las intervenciones terapéuticas.

Palabras clave: afrontamiento, estrategias de afrontamiento, estrés.

Abstract

In this work we wish to make up te significace of Lazarus´s coping model like gideline for the understarning of behavior. Is made an analysis of tis model components and signal its value like strategic gideline for psyotherapy.

Key words: coping, coping strategies, stress.

La validez que a nuestro juicio poseen los modelos centrados en la noción de afrontamiento al estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Bandura, 1986; Bandura, 1995), como marcos heurísticos de comprensión estratégica de las conductas de los sujetos en su medio, justifica el que sean especialmente relevantes para la planificación de las intervenciones psicoterapéuticas. Ello no significa un abandono de lo que es una

evaluación del problema desde una análisis funcional y desde una valoración clínica, elementos necesarios para su definición y comprensión en el presente y la biografía del sujeto. Aportan a lo anterior una profundidad estratégica y permiten una planificación integrada de las diferentes intervenciones, valorando su pertinencia para el afrontamiento en un plan individualizado.

Como ya señalamos en un trabajo anterior (Casado Cañero, 1998), la inclusión del quehacer de los psicólogos clínicos en un sistema sanitario público exige el desarrollo de una intervención válida y relevante socialmente, no sólo referida a la necesidad ética de ofrecer unos tratamientos eficaces para los problemas de salud presentes, sino en el sentido de aumentar la competencia, ofreciendo a los ciudadanos un conjunto de conocimientos y habilidades eficaces para la comprensión y manejo de sus conflictos, problemas y vivencias futuras. Para ello, consideramos necesario el hacer explícito y delimitar de una forma teóricamente clara, el marco a partir del que analizamos la conducta de los sujetos, y que orienta las diferentes intervenciones terapéuticas, dotándolas de una profundidad estratégica.

Este requisito creemos que no está definido en el momento presente de nuestra disciplina. Poseemos de un lado, unos extensos y bien fundamentados científicamente desarrollos teóricos básicos, y de otro, hay un conjunto de técnicas terapéuticas y de evaluación de conductas que resultan, a tenor de la literatura, eficaces en el tratamiento de problemas de salud (OMS, 1991; Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001). Sin embargo, la conexión teórica con los principios básicos en muchos casos no está explicitada y se hace generalmente a posteriori, siendo desarrollados *ad hoc* los marcos teóricos que justifican las diferentes técnicas. Ello lleva a la existencia de esquemas eficaces para la comprensión de una intervención, pero limitados a ésta y centrados tan sólo en los aspectos considerados relevantes para ella, lo que hace que los profesionales valoren como diferentes, intervenciones que desde un punto de vista formal utilizan los mis-

mos elementos pero con diferente énfasis en cada uno de ellos. Un ejemplo claro lo tenemos en la valoración de las diferencias entre la Reestructuración Cognitiva de Beck, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (Ellis, 1996 y Ellis y Blau, 1998, en las versiones más recientes de su modelo). Por ello, creemos pertinente la presencia de modelos teóricos que cubran ese hiato, que establezcan la relación entre la teoría e investigación básica en nuestra disciplina y las diferentes intervenciones con sus desarrollos teóricos correspondientes.

A nuestro juicio el mejor candidato que actualmente poseemos es el modelo de afrontamiento al estrés descrito por Lazarus y Folkman, (1984). Es evidente y conocido que el mismo ha sido objeto de críticas, (Moix, 1990; Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001; Perona Garcelán y Galán Rodríguez 2001). Creemos que las mismas, no consideran la distinción entre definiciones de estrés centradas en el estímulo como tal, y la ofrecida por el modelo, centrada en el proceso de interacción, fruto de la dialéctica de la relación entre sujeto y medio. Lazarus y Folkman (1984) describen la modificación que ha sufrido en lengua inglesa ese término, desde su sentido original, la capacidad de resistencia a las cargas de un puente hacia la posterior reducción y simplificación del significado, para referirse a los estímulos que provocan la carga sobre la homeostasis de un sistema.

Para el modelo la noción de estrés sigue anclada en su acepción original, la resistencia que el organismo ofrece a los estímulos, su capacidad de adaptación, entendida tanto en la modificación del medio como en el ajuste dinámico de la propia

estructura. Otro elemento que las críticas parecen obviar es que estamos ante un modelo cognitivo, olvidándose de la centralidad que en este proceso dialéctico posee la evaluación cognitiva, tanto de la situación como de los recursos del sujeto. Asimismo llama la atención, dentro de los argumentos usados por las críticas, el acento puesto en la valoración de unas determinadas estrategias de afrontamiento como mejores que otras a priori, algo que choca con la clara abertura antropológica, cultural y situacional del modelo. Todo ello nos habla de la necesidad de adaptar a un modelo que se considera válido, y da supuesta credibilidad teórica a unos esquemas y unas concepciones nacidas en otro ámbito.

Para nosotros el elemento clave, radical del modelo, es la ubicación del objeto de estudio en la relación de los sujetos con su medio, básicamente social. La valoración del sufrimiento como resultado del desequilibrio entre los recursos del sujeto, tanto objetivos como percibidos, y las demandas, igualmente percibidas y objetivas, de su entorno. Y la percepción de los esfuerzos de ajuste tanto en la modificación de las condiciones del medio como de su evaluación de sí mismo y su vivencia de la realidad. También posee las cualidades que a continuación describimos, que le otorgan un alto grado de utilidad para hacer frente a los retos antes descritos:

1. Es un modelo coherente y compatible con la mejor tradición teórica presente en psicología básica, que une tanto los modelos más inscritos dentro las corrientes más conductuales, como los desarrollos de la psicología cognitiva y la escuela soviética de Vygostky y Luria (Luria, 1974; Luria, 1979; Vygostky, 1982; Wertsch, 1985, Pinker, 1994).
2. Permite la integración de otros modelos potentes teóricamente y bien definidos, tanto generales, como es el Modelo de Competencia de Albee (1980), como modelos más específicos referidos a trastornos concretos, como es el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977) para la esquizofrenia; y los diferentes modelos, y sus distintas versiones, de la depresión: Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), Miller y Seligman (1982), Costello (1982), Lewinshom, Hoberman, Teri y Hautzinger (1989), Rehm (1977) y Coyne (1976). Permite asimismo integrar los modelos referidos al trastorno de ansiedad, tanto los más vinculados a los procesos de condicionamiento, tanto clásico como operante, como aquellos más orientados al papel jugado por las variables cognitivas (Marks 1987), y los diferentes modelos de intervención en el trastorno de pánico (La terapia cognitiva del pánico de Barlow y Craske (1989) como la terapia cognitiva del trastorno de pánico de Clark y Salkovski (1988), sin que haya de efectuarse modificaciones ni adaptaciones en el mismo. El propio autor ha desarrollado a partir del modelo una comprensión de las emociones y su implicación en los problemas de salud (Lazarus, 1999; Lazarus y Lazarus, 1994).
3. Posee una clara apertura interdisciplinaria, hace posible integrar, sin necesidad de *lechos de Procustes* teóricos y metodológicos, los datos y esquemas de disciplinas tan relevantes para nuestra tarea como son: Antropología, Sociología, Biología, Medicina, etc. Lo que facilita el desarrollo de la planificación estratégica de intervenciones

que impliquen más de un tipo de servicios (sanitarios, sociales, educativos, etc.) y de profesionales.

4. Es parsimonioso, posee la virtud de ser especialmente simple, con pocos elementos y mecanismos, y fácilmente definibles, lo que permite un contraste empírico de las predicciones efectuadas.
5. Su potencia como heurístico, permite integrar diferentes niveles de análisis de un problema, así como ubicar las distintas intervenciones, a varios niveles y ámbitos, en un todo coherente, dotado de sentido y evaluable. Facilita una lectura de los trastornos y la puesta en marcha de estrategias de modificación contando con los recursos del paciente. Permite planificar la intervención de un modo individualizado, centrándola en las áreas disfuncionales del paciente, ya sea carencia de recursos de afrontamiento, como valoración distorsionada de la realidad; y hace posible modular el foco del afrontamiento: ya sea a la situación problema, a la emoción que sentimos hacia ella o a ambas. Facilita así de un modo integrado el uso de varias técnicas en un mismo caso. Dota de una sistemática bien organizada y coherente a intervenciones multi-componentes como la Inoculación de Estrés de Meichembaum (Meichembaum, 1985).
6. Su comprensibilidad para los usuarios, y la continuidad que muestra con los contenidos más relevantes y legítimos de nuestra cultura, lo que lo hace fácilmente explicable al paciente. Ello facilita su interiorización y la puesta en marcha por parte de éste de procesos autónomos de comprensión y modificación de sus problemas. Incide en el sujeto como ente autónomo y activo, se centra en su capacidad de autoeficacia, lo que permite su devenir en protagonista de un proceso de cambio centrado en el manejo, a través de sus propios recursos y valores, de los conflictos y retos que atañen a su biografía.
7. Por último su anclaje con una prolongada y antigua tradición filosófica. Si bien este argumento puede parecer peregrino en una época en que las publicaciones científicas busca apoyo en referencias tan *recientes* como sea posible, tiene el valor de entroncar con tradiciones y conceptos fundamentales y radicales de nuestra tradición cultural. Ello permite que sea válido para explicar y entender nuestras conductas como europeas, ya que adquieren sentido y son valoradas desde y en los parámetros de nuestra tradición cultural y de civilización. A nuestro juicio entronca con la tradición que arranca con Sócrates y, a través de los cínicos y los estoicos, configura una corriente de pensamiento moral fundamental en la percepción de nuestra cultura, desde la época helenística, de la conducta humana y de su sentido. Tanto en el acento puesto en el sentido de la acción, su virtud, entendida ésta como fortaleza (capacidad de acción) dirigida a un propósito, como en la relevancia que posee en el nacimiento de nuestros afectos de la valoración que hacemos de los sucesos y el compromiso que establecemos con los hechos que nos rodean (Bracht Branham y Goulet-Cazé, 1996; Rist, 1969).

Elementos dinámicos y estructurales del Modelo de Afrontamiento

El modelo, como ya hemos señalado, se centra en la interacción del sujeto con su medio. En cómo éste hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Esta interacción no es una mera relación física. Adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio, que básicamente es social. El modo en que se siente comprometido por ella. Compromiso que sólo es comprensible desde el significado que posee esa demanda desde su biografía, sus relaciones actuales y su posición social. Y a la que hará, o no, frente de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos.

Ello hace que sea un modelo de clara índole cognitiva, en el que es fundamental la función perceptiva de atribución. El valor que otorgan los sujetos, mediante cogniciones a través de la que evalúan los sucesos.

Es evidente que estas cogniciones de atribución son consecuencia de un proceso acumulativo, en el que intervienen desde el aprendizaje temprano de patrones de evaluación de relaciones sociales hasta *la inteligencia social*. Proceso que nos permite integrar dentro de un marco coherente los diferentes patrones de relación interpersonal, que son objeto de un aprendizaje no intencional, con claras semejanzas y relaciones con el aprendizaje del lenguaje (véase en esta línea el concepto de *Esquema Disfuncional Temprano* de Young, 1999). Así como la interiorización y aprendizaje de patrones culturales, tanto en for-

ma de aprendizaje explícito como implícito, y la construcción de la auto-imagen que el sujeto genera a través de su biografía.

Así podemos resumir el modelo en el siguiente esquema:

A. La demanda del medio en cuanto compromiso:

- *Si esta demanda es irrelevante*, no afecta al sujeto, y por tanto, no significa un compromiso físico, ni personal, ni social. No da lugar a respuesta orden emocional.
- *Si por el contrario es relevante*, la situación novedosa en el medio significa un compromiso, una alteración de la homeostasis del sujeto, ya sea en el ámbito físico, personal o social. Constituye una situación de estrés para el sujeto y provoca la fijación de la atención en la misma, dando lugar a un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación.

B. Los procesos de evaluación de la situación estresante:

- *Evaluación primaria*. Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo, de compromiso a su bienestar o hasta supervivencia. Está íntimamente ligada a:
- *Evaluación secundaria*. Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como:

- *Desafío o reto*. El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y genera sentimientos de eficacia y de logro.
- *Amenaza*. El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella. Genera claras respuestas ansiosas. Su actividad de afrontamiento se deteriora. Se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad. Es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos y menos elaborados de conducta. En este contexto es donde se sitúa la patología, tanto ansiosa como depresiva. Para el modelo de afrontamiento la respuesta ansiosa es una respuesta de anticipación, mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza, la incapacidad de hacer frente a ella. Es importante el acento que se pone en la percepción de imposibilidad de control, que para este modelo es el elemento esencial en la explicación de la patología. No tememos tanto a las situaciones, como a la sensación de no poder hacer nada por controlarlas. Vinculando de este modo estrés, que es la simple percepción de demanda a la que es sometido el organismo, con la angustia y con la ansiedad.

Es evidente que éste proceso de evaluación es auto-mantenido, ya que un fracaso previo deteriora la valoración de sus

propios recursos como eficaces para hacer frente a la situación (*expectativa de afrontamiento*). Considera que a pesar de ponerlos en marcha no logrará controlar la situación (*expectativa de resultado*). Con lo que aumenta la evaluación como amenaza de la situación. Lo que disminuye la capacidad de afrontamiento del sujeto y aparecen mecanismos menos eficaces, vinculados de forma directa a la presentación de patología: Evitación, auto-focalización, desesperanza y búsqueda de atención social, muy en función a los esquemas aprendidos.

El proceso de afrontamiento que hemos descrito tiene dos vertientes claras, referidas al foco de actuación del sujeto, sobre su percepción y sentimientos o sobre la situación misma. Así surgen dos formas diferenciadas, e idealmente complementarias, de afrontamiento:

1. *Afrontamiento dirigido al problema.*

Orientado a su modificación, a su cambio hacia otra que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia, y a claros sentimientos de gozo y alegría. Algo ya señalado por *Spinoza* en su *Ética*. El proceso implica un refuerzo del papel del sujeto en su entorno, tanto social como personalmente, facilitando una disposición anclada en la valoración de autoeficacia ante futuros retos.

2. *Afrontamiento dirigido a la emoción.*

En este caso el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situa-

ción problema y busca un alejamiento o un manejo a nivel no-real, sino ilusorio, a veces manipulativo, en otras de negación, o de transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido, o de atribución de intenciones. Es en definitiva un intento de manejo no-funcional ante las demandas que la realidad hace al sujeto. El *rol* que posee en la génesis de la patología y en la modificación de la percepción simbólica de la realidad, ya fue descrito a finales del XIX y comienzos del XX por Freud en su concepción y descripción de los mecanismos de defensa presente en los trastornos neuróticos, y a nuestro juicio juega un papel muy relevante tanto en los trastornos de ansiedad como en las depresiones (véase los trabajos de Beck y cols, 1979, Ellis 1996) y en los trastornos de personalidad (Millon y Davis, 1996; Beck y Freeman, 1992; Young, 1999). Es fundamental evaluar hasta que punto las estrategias dirigidas a la emoción son formas espurias o permiten el desarrollo por parte del sujeto de mecanismos eficaces de manejo de las demandas de su medio. Puede también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles (por ejemplo, una situación de duelo, o una vivencia traumática previa) o tan sólo cabe una solución parcial del problema. Algo que es necesario aclarar cuando un paciente trae problemas de relación, de pareja o de adaptación (por ejemplo, a una situación laboral o a una patología somática crónica). En tal caso, en el afronta-

miento se realiza una reevaluación de la situación, se valora el nivel de amenaza que significa, si realmente afecta a compromisos tan relevantes para nuestro necesario e imprescindible bienestar, hasta que punto es posible soportar y convivir con la situación, y por último, la valoración de otros compromisos de orden superior a los comprometidos en ese momento. Este tipo de afrontamiento parte de la aceptación de la realidad, de la limitación de nuestros recursos para modificarla, y en la valoración de la virtud como capacidad de tolerar y soportar, aspecto ya señalado por los autores de la escuela estoica. No significa una renuncia al afrontamiento dirigido al problema, sino que se entrelaza con él, permitiendo una acción más ajustada, con metas más realistas, y por tanto más funcional. Constituye en muchos casos el objeto de la terapia, no la modificación de la situación en sí, sino el paso de un afrontamiento dirigido a la emoción disfuncional a otro funcional. Esto es especialmente claro en terapias más centradas en el proceso de evaluación cognitiva: la Reestructuración Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Ellis, por no hablar de intervenciones realizadas desde otros paradigmas. Por último, y para cerrar, Bandura (1986) nos recuerda que los sujetos deprimidos hacen valoraciones más ajustadas de las situaciones y consecuencias que los sujetos controles. Esto nos hace recordar que en el mito de Pandora el único antídoto, herramienta que se dejó a los hombres para soportar los males contenido en su arca era la esperanza.

¿Cómo este modelo puede ayudarnos en una intervención?

Cómo habrán podido deducir, el modelo nos ofrece una serie de elementos que permiten orientar la intervención a realizar, incidiendo de modo específico sobre la problemática presentada por el sujeto. A modo de resumen presentamos el siguiente esquema:

Primer estadio del proceso de atribución de significados a la situación: La demanda del medio en cuanto compromiso.

En esta área es objeto de valoración los compromisos del sujeto, la realidad de la percepción que éste tiene de esa área como fundamental para su equilibrio personal. Para ello es necesario valorar su biografía, los esquemas a través de los que articula su inteligencia social (muy vinculado con los esquemas disfuncionales tempranos), los valores culturales, etc. De este análisis podemos obtener:

1. *Una demanda del medio que afecta a intereses relevantes del sujeto.* Hemos de evaluar el grado de pertinencia de la percepción del sujeto. Hasta que punto es sobre-valorada la implicación que posee. Siendo posible plantear estrategias dirigidas a la emoción aún el caso de que el compromiso sea grave y vital. Ejemplos de ello pueden ser encontrados en la conocida trilogía de Primo Levi (Turín 1919-1987) sobre sus vivencias en el campo de exterminio de *Auschwitz* en los años 1944-45,

o en el libro de Semprum sobre éstas en *Buchenwald*. Por no hablar de lo que significa la práctica clínica ante situaciones de duelo. En tales casos se actúa sobre la evaluación primaria del sujeto. Ello nos muestra hasta que punto hay una relación mutua entre la evaluación de compromiso que significa la situación y la evaluación primaria de la misma.

2. *Una demanda que no afecta a intereses relevantes del sujeto,* o los afecta de modo tangencial o poco relevante. Situación en la que es importante ayudar al sujeto a reevaluar las claves usadas en la valoración y la jerarquía de sus compromisos. Aquí también actuamos sobre el proceso de evaluación primaria.

En ambos casos valoramos como técnicas que pueden ser más útiles: Reestructuración Cognitiva o Terapia Racional Emotiva Conductual en un afrontamiento dirigido de forma prioritaria a la emoción.

La evaluación que realiza el sujeto del nivel del compromiso hará que considere la situación como irrelevante, con lo que plantea ningún problema y deja de ser atendida, o relevante a sus intereses y bienestar, continuando el proceso de evaluación. En la mayoría de las situaciones se realiza de un modo paralelo a la evaluación primaria de la situación en sí. Es importante de cara al trabajo terapéutico la diferenciación de ambos procesos, y enseñar al sujeto a distinguirlos. Ello nos permitirá una intervención específica en ambos focos: el grado de compromiso y la situación como tal.

Segundo estadio del proceso de atribución de significados a la situación: Los procesos de evaluación de la situación estresante.

3. *Evaluación primaria.* Es importante valorar la pertinencia de la evaluación realizada por el paciente sobre la situación. Como ya hemos señalado, en el apartado anterior esta distorsión puede afectar a la relevancia, a la atribución de grado de compromiso que la situación supone para el sujeto. Es muy común observar a pacientes que muestran una preocupación, una implicación excesiva en problemas que tan sólo le afectan de modo tangencial. También puede afectar a la evaluación de la situación en sí en estas facetas: en un aspecto que podríamos definir como estructural-sincrónico de la misma situación, sus componentes y las relaciones entre ellos; funcional, las acciones y consecuencias para el sujeto; y diacrónico. Explórese la presencia de esquemas disfuncionales tempranos, errores cognitivos y pensamientos y auto-mensajes irracionales. Estos motivarán tanto la evaluación de compromiso, como de la propia situación, que como antes señalamos suelen ser procesadas en paralelo. Es importante asimismo saber de modo claro el grado de conocimiento del sujeto sobre la situación, y las claves personales, idiográficas, y sociales que usa para construir su imagen de ella.
4. *Evaluación secundaria.* Es importante valorar la pertinencia de la evaluación realizada por el paciente sobre sus re-

ursos. Es muy común una valoración deformada, en clave de desvalorización de sus recursos, algo ya señalado por Shaw (1982.) Es importante por ello explorar la presencia de esquemas disfuncionales o errores cognitivos. Así como conocer los recursos presentes en el paciente, a fin de valorar la necesidad de aprendizaje de nuevos repertorios conductuales y/o facilitar el uso de recursos sociales e institucionales.

Como se puede deducir, en todas las intervenciones a nivel conductual se incide en estos dos procesos. Éstas tienden a modificar la valoración poco realista, poco ajustada, tanto de la situación como la valoración que tiene el sujeto de sus propios recursos y capacidades. Factor en que inciden de modo claro técnicas como la Reestructuración Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis, centradas en los mecanismos por los que los sujetos generan emociones negativas, disfuncionales a partir de una evaluación poco racional, ajustada de la realidad. Todas ellas añaden repertorios conductuales al sujeto para hacer frente a la situación, ya sea mediante el aprendizaje de habilidades de relación social, de resolución de problemas, como de respuestas alternativas a las disfuncionales o de respuestas de control de la ansiedad, con ello no sólo modifican la evaluación secundaria, sino que modifican la valencia que posee la situación para el sujeto, modificando tanto la situación, como el afecto vinculado a ella.

Hay que incidir en toda intervención en el proceso de aprendizaje de unos pará-

metros realistas, ajustados a la situación y a los recursos presentes del sujeto, a la capacidad que posee de modificar o variar el curso de los acontecimientos que le afectan. Suele haber una percepción poco ajustada en los pacientes de la dependencia de los sucesos respecto a sus actos. Tanto por defecto, consideran irrelevantes sus actos para los sucesos que le ocurren, como por exceso, un exagerado *locus of control* interno, que deposita sobre los actos del paciente una responsabilidad que de modo objetivo no es tal. Es importante trabajar a través de la modificación de las creencias irracionales, los errores cognitivos que se encuentran detrás de las percepciones desajustadas antes descritas. Ello permitirá ajustar el afrontamiento dirigido al problema dentro de unos parámetros realistas, con unas metas graduadas, que hagan posible ir estableciendo estrategias de afrontamiento jalonadas de éxitos parciales, el mejor reforzador de una línea de conducta, y la forma más eficaz de mejorar la autoevaluación de un sujeto. Es necesario en esta fase pactar con el paciente las metas, que establezca éste las prioridades de las mismas, y que considere necesarios los cambios a establecer en sus patrones de conducta. Es asimismo pertinente evaluar los recursos propios, las habilidades que posee, y los déficit que presenta, para usar los primeros y desarrollar el aprendizaje que reduzcan los segundos. En esta línea se encuentran intervenciones como la Terapia de Resolución de Problemas (D'Zurilla, 1986) y los diferentes programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales (Caballo, 1988). También entra en el afrontamiento del problema el uso de recursos ajenos al sistema sanitario: sociales, educativos, comunitarios, naturales, etc. Es

necesario en toda intervención la evaluación de la situación del sujeto en los ámbitos educativo, social, económico, y de integración en redes sociales y familiares, tanto la nuclear como la extensa. En la mayoría de los casos será necesaria una intervención en ese ámbito, y una derivación y trabajo conjunto con servicios o recursos ajenos a lo estrictamente sanitario.

Para finalizar tan sólo señalar nuestro deseo que este artículo, nacido de la unión de la reflexión sobre un modelo teórico y la práctica clínica en un dispositivo de atención a la Salud Mental en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, sirva de acicate para un debate teórico y clínico sobre la intervención, el desarrollo de estrategias terapéuticas, y lo que podemos aportar los psicólogos clínicos a los Sistemas sanitarios públicos.

Referencias

- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- Bandura, A. (1995). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1999.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Nueva York: Graywind.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1983.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1992). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós, 1995.
- Botella Arbona, C. (2001). Tratamientos eficaces en el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13 (3), 465-478.

- Botella Arbona, C. y Ballester Arnal, R. (1997). El estado de la cuestión en el trastorno de pánico. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Botella Arbona, C. y Ballester Arnal, R. (1997). El proceso terapéutico en el tratamiento del trastorno de pánico. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Bracht Branham, R. y Goulet-Cazé, M.O. (1996). *Los cínicos*. Barcelona: Seix-Barral, 2000.
- Caballo, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Casado Cañero, F.D. (1998). Algunas reflexiones sobre la incorporación de los psicólogos clínicos a los servicios de salud. *Apuntes de Psicología*, 16 (1 y 2), 73-80.
- Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J. Maser (Comps.), *Panic: psychological perspectives*, 91-109, Nueva Jersey: Erlbaum.
- Costello, Ch. (1982). La pérdida como fuente de stress en psicopatología. En R.W.J. Neufeld (Ed.), *Psicopatología y stress*, Barcelona: Toray S.A. 1984.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- D'Zurilla, T.J. (1986). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1993.
- Ellis, A. (1996). *Una terapia breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la terapia racional emotivo conductual*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Ellis, A. y Blau, S. (1998). *Vivir en una sociedad irracional: una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós, 2000.
- Fernández Hermida, J.R y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Galán Rodríguez, A. y Perona Garcelán, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento a la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lazarus, R.S. (1999). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 2000.
- Lazarus, R.S. y Lazarus, B. N. (1994). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós, 2000.
- Lewinshon, P.M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1989). An integrative theory of depression. En Hooley, J.M. (Ed.), *Readings in abnormal psychology*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Luria, A.R. (1974). *Los procesos cognitivos: análisis socio-histórico*. Barcelona: Fontanella, 1980.
- Luria, A.R. (1979). *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Aprendizaje-Visor, 1984.
- Marks, I.M. (1987). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
- Meichembaum, D. (1985) *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- Miller, S. y Seligman, M.E.P. (1982). El modelo reformulado del desamparo y la depresión: evidencia y teoría. En R.W.J. Neufeld (Ed.), *Psicopatología y stress*. Barcelona: Toray S.A., 1984.

- Millon, T.H. y Davis, R.D. (1996). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1988.
- Moix, J. (1990). Estrategias de afrontamiento: consideraciones críticas sobre su concepto. *Psicologemas*, 4, 193-205.
- O.M.S. (1991) *Evaluación de los métodos de tratamiento de los trastornos mentales*. Ginebra: O.M.S., Serie de informes técnicos.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 523-529.
- Perona Garcelán, S. y Galán Rodríguez, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: conceptualización y resultados de la investigación. *Clínica y Salud*, 12(2), 145-178.
- Pinker, S. (1994). *El instinto del lenguaje: cómo crea el lenguaje la mente*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Rehm, L.P. (1977) A self-control model of depression. *Behavior-Therapy*, 8, 787-804.
- Rist, J.M. (1969). *La filosofía estoica*. Madrid: Crítica, 1995.
- Shaw, B.F. (1982). Stress y depresión una perspectiva cognitiva. En R.W.J. Neufeld (Ed.), *Psicopatología y stress*. Barcelona: Toray S.A., 1984.
- Vygostki, L.S. (1982). *Pensamiento y lenguaje*. En L.S. Vygostki, *Obras Escogidas*. Madrid: Visor, 1993.
- Werstch, J.V. (1985). *Vygostky y la formación social de la mente*. Barcelona: Paidós.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: An schema focused approach* (3ª edición). Sarasota FL: Practitioner's Resource Series.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.