

B. Rodríguez Vega<sup>1</sup>  
A. Fernández Liria<sup>2</sup>

## La perspectiva integradora en la psicoterapia del paciente medicoquirúrgico

<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz  
Universidad Autónoma  
Madrid

<sup>2</sup> Hospital Universitario Príncipe de Asturias  
Universidad de Alcalá de Henares  
Madrid

Se considera el marco de las narrativas terapéuticas como uno que permite la integración de conceptos, ideas e intervenciones que provienen de otras escuelas psicoterapéuticas. Trabajando con el enfermo médico, el terapeuta ha de estar dispuesto a ser flexible para adaptarse a las necesidades de éstos. Una perspectiva integradora que defiende los tratamientos «hechos a la medida» de los pacientes se considera apropiada en estas situaciones. Se considera de utilidad un enfoque breve, con un formato de intervención en crisis, centrado en la experiencia de la enfermedad y sus implicaciones. Desde esta perspectiva el terapeuta es un facilitador de la construcción de nuevas narrativas. Las estrategias que el terapeuta pone en marcha son: *a)* estrategias generales basadas en los factores comunes, y *b)* estrategias integradoras basadas en el acompañamiento y guía de la narrativa de enfermedad que el paciente trae a la terapia. Se describe el proceso psicoterapéutico como el de construcción de nuevas narrativas que, según la historia concreta del paciente, se harán a partir de la historia biográfica, el pensamiento y la conducta y/o el sistema de relaciones y creencias. El terapeuta utilizará, además, técnicas específicas para contenidos clave como son: facilitar a la persona hablar de sus sentimientos, facilitar el autocontrol, atender a la autoimagen, manejar síntomas como dolor, náuseas y vómitos anticipatorios y la utilización de psicofármacos. La atención integral incluye a la familia y la colaboración con el equipo médico.

**Palabras clave:**

Psicoterapia. Psicoterapia integradora. Psicoterapia narrativa. Enfermo médico.

*Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:81-86*

### The integrative perspective in the psychotherapy of the medical and surgical patient

We consider the narrative therapeutic frame as the adequate frame for integration of concepts and ideas from others psychotherapeutic models. Working with the somatic patient the therapist must be flexible to adapt her or

his skills to patient needs. The integrative perspective is one which support the design of «tailor shape» treatments. We describe a brief, crisis centred intervention way of treatment. The therapist role consist of facilitating narratives construction. He or she uses: *a)* general strategies, based in common factors, and *b)* integrative strategies based in compassing and guidance of the patient illness narratives. We describe the therapeutic process as a construction of new narratives the, according to the concrete history of the patient can be built from his or her biography, his or her thoughts, his or her behaviour or his or her relationships or beliefs system. Also, the therapist use specific skills to accomplish illness patient key problems. The integral care should include the relationship with the family and the medical team.

**Key words:**

Psychotherapy. Integrative psychotherapy. Narrative Psychotherapy. Somatic patient.

### INTRODUCCIÓN

Algunos autores afirman que la búsqueda de sentido y de significado es la impulsora de la actividad humana para construir nuestras experiencias en forma de historias<sup>1</sup>. La psicoterapia narrativa persigue la expansión de los significados «no dichos» detrás de las historias saturadas de sufrimiento con las que nos encontramos en la clínica<sup>2</sup>. La narrativa es la descripción de nuestra experiencia, a través del lenguaje, en un contexto histórico y temporal determinado<sup>3</sup>.

El trabajo psicoterapéutico en contextos médicos persigue también esa búsqueda de diversos significados, los preferidos por el paciente y el entorno significativo de éste. El terapeuta, desde una perspectiva narrativista, actúa como un facilitador del diálogo con el paciente. A través de la conversación terapéutica los significados de las narrativas iniciales con las que llega el paciente van evolucionando y dando lugar a la construcción de versiones alternativas donde se alivie o se resuelva el sufrimiento de la persona.

Según esta perspectiva, la terapia es una conversación más que una intervención en la que el diálogo con el tera-

Correspondencia:  
Beatriz Rodríguez Vega.  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario La Paz.  
Paseo de la Castellana, 261.  
28046 Madrid

peuta lleva a la construcción conjunta de nuevas historias o narrativas que ayuden al paciente a enfrentar la situación, en este caso de enfermedad, de una forma distinta<sup>3,4</sup>. La terapia pasa a ser entonces un intento de transformar y expandir por medios lingüísticos, las narrativas de una persona, aquellas historias que todos sostenemos y que dan sentido a nuestra existencia dentro de la familia y la sociedad. El cambio humano ocurre a través de la evolución de los significados de nuestras narrativas<sup>2</sup>.

Consideramos el marco de las narrativas terapéuticas como uno que permite la integración de conceptos, ideas e intervenciones que provienen de otras escuelas psicoterapéuticas<sup>3</sup>. Trabajando con el enfermo médico, el terapeuta ha de estar dispuesto a ser flexible para adaptarse a las necesidades de éstos. Es por eso que una perspectiva integradora que defiende los tratamientos «hechos a la medida» de los pacientes se considera apropiada en estas situaciones<sup>4-7</sup>.

## ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

El terapeuta, desde el primer encuentro con el paciente, pone en marcha una serie de estrategias generales, modificadas para el caso del paciente enfermo, y pone en marcha una serie de estrategias integradoras que le ayudan a acompañar la experiencia concreta del paciente y coconstruir con él o ella una narrativa diferente donde el sufrimiento por la enfermedad adquiera nuevos significados que alivien o mejoren el malestar psicológico<sup>3,4</sup>.

### Estrategias generales adaptadas a la experiencia de enfermedad

- La situación peculiar de llevar a cabo una intervención psicoterapéutica con una persona enferma requiere por parte del terapeuta la capacidad de empatizar con la experiencia de enfermedad y con el enfermar de una persona concreta de esa persona.

La historia que el paciente se ha contado hasta ahora sobre sí mismo o ha mantenido hasta ahora sobre su pasado y su futuro cambia desde el diagnóstico. Sobre todo en casos de enfermedades graves o con un estigma social importante hay, desde el principio, una «búsqueda de significado». Las narrativas de paciente y familia han de cambiar para adaptarse a la nueva situación. La exploración del significado concreto de la enfermedad para el paciente y su familia en ese determinado período de su vida se ha de hacer desde el primer encuentro<sup>4</sup>.

- La intervención psicoterapéutica con el paciente médico<sup>8,9</sup> se puede adaptar a las peculiaridades de la intervención en crisis. Es decir, está limitada en el tiempo, se centra en los problemas del aquí y ahora suscitados por la enfermedad; la meta es ayudar a la persona a volver a un nivel de equilibrio previo con la mayor rapidez posible. En la historia de la evolución

de la enfermedad los pacientes se enfrentan a situaciones que se perciben como crisis, ya ocurran éstas en el momento del diagnóstico, durante el comienzo o complicaciones del tratamiento, la remisión, el paso a una situación de cronicidad, el avance de la enfermedad o el estadio terminal. Cada una de estas situaciones obliga al paciente y a su familia a adaptarse a una nueva situación<sup>10,11</sup>.

- La planificación de las visitas: el tiempo y el espacio. Estas dos dimensiones son muy diferentes a las de la psicoterapia tradicional cuando trabajamos en contextos médicos. En enfermedades que no supongan un menoscabo importante para la salud de los pacientes o un desafío para su autonomía es posible respetar un marco terapéutico más habitual. Sin embargo, en muchos períodos de la enfermedad pueden surgir las dificultades para cumplir una planificación previa y, por tanto, el terapeuta ha de alargar la frecuencia de las visitas en la propia consulta, acortar el tiempo de las sesiones, utilizar las intervenciones telefónicas o acudir a atender al paciente a la habitación del hospital cuando éste está ingresado. Como se desprende de lo anterior, tanto el tiempo como el espacio en el que tienen lugar el encuentro variará grandemente.

En situaciones de enfermedad terminal o cuando surgen complicaciones es importante mantener las visitas aunque éstas hayan de ser tan cortas como de unos minutos. Es frecuente que el paciente se fatigue excesivamente hablando, aun así hacer acto de presencia es importante. Sobre todo porque suele coincidir con la retirada de atención de otros miembros del equipo médico, más acostumbrados a tratamientos activos y menos a los paliativos, o porque se le plantean dificultades a los miembros del equipo médico para asumir con el paciente las complicaciones. En este tiempo el terapeuta ha de tener la habilidad de no transmitir prisa, sino al contrario, de poder «tomarse todo el tiempo del mundo» para ella y para el paciente durante unos minutos.

- Mantener el foco del tratamiento centrado en la enfermedad y sus repercusiones. Esto no quiere decir que no haya que tocar o trabajar otros aspectos. Lo que quiere decir es que el terapeuta no debe saltarse unilateralmente el compromiso al que le sujeta el contrato terapéutico, que desde el principio le ciñe a hablar de la enfermedad y la imbricación de ésta en la vida del paciente y su familia.
- La alianza terapéutica es como en otros casos una relación interpersonal basada en la empatía, confianza y calidez afectiva con un objetivo de ayuda. En la situación de enfermedad física los movimientos emocionales dentro de la relación terapéutica, tanto por parte del paciente como del terapeuta, son de mayor intensidad.
- Considerar cada encuentro terapéutico completo. Los avatares de los tratamientos o la propia gravedad de la enfermedad pueden facilitar que la interrupción pueda tener lugar en cualquier momento.

## Estrategias integradoras

Las denominamos integradoras porque tienen como objetivo captar las necesidades concretas de ese paciente y planificar con él o ella el tratamiento psicoterapéutico. Los tratamientos integradores intentan adaptarse a medida del paciente y no que sea éste el que se adapte a un plan preestablecido por un modelo psicoterapéutico concreto.

Nos referimos a estas estrategias integradoras como de acompañamiento y coconstrucción de la narrativa del paciente.

Acompañamiento o compaseo significa marcar o señalar el compás y se refiere a todas aquellas actitudes y técnicas que el terapeuta pone en marcha, en respuesta a la comunicación verbal y no verbal del paciente y que tienen por objeto empatizar con su mundo personal para desde ahí coconstruir con la persona una narrativa nueva<sup>3,4,6</sup>.

En el acompañamiento de la narrativa del paciente el terapeuta utiliza las creencias, las conductas, el estilo personal de sujeto y todo aquello que el paciente trae a la consulta como parte de la narrativa antigua y que considera relevante<sup>12</sup>.

Es decir, el terapeuta refleja aquellos aspectos que el paciente reconoce como suyos, al mismo tiempo que, a través de sus preguntas y el modo de hacerlas, va señalando posibles significados nuevos hasta ahora para el paciente<sup>3,12</sup>.

El acompañamiento supone ayudar al paciente a reparar en algo, por ejemplo, sus sentimientos de miedo a ser abandonado que hasta entonces no habían existido en la conciencia del paciente como mediadores entre sus acciones anteriores y la conducta que ha supuesto un problema. Por el hecho de señalárselo, el paciente no puede dejar de preguntárselo, aunque la respuesta vaya a ser un escueto «nada». Al mismo tiempo, la pregunta es verificable y aceptable para la persona, aún en el peor resultado del «nada».

Acompañar una narrativa incluye hacerlo también en el plano no verbal. Requerirá a veces observar el ritmo de los movimientos respiratorios del paciente y ajustar el *tempo* de nuestro discurso a éste o señalar explícitamente cómo se está enlenteciendo su respiración o cómo se está moviendo inquieto en la silla cuando hablamos de la relación con su madre, por ejemplo.

Las nuevas narrativas que van surgiendo a través de la interacción terapéutica se construyen a partir de las narrativas antiguas y no han de ser ni tan diferentes a éstas que la persona no pueda reconocerlas como propias, ni tan iguales a las antiguas que no incluyan ningún cambio en éstas. Es decir, que en el proceso psicoterapéutico, terapeuta y paciente<sup>3,4,13</sup>:

- Definen los relatos dominantes en la vida del paciente en los que está incluida la pauta problema

- Señalan relatos consonantes en los que se repite la pauta-problema.
- Discuten relatos alternativos que excluyen la pauta-problema.
- Ensayan esos relatos alternativos. Los ensayos tienen lugar tanto en la consulta como en la vida cotidiana, de modo que haya un efecto de generalización y de afianzamiento de las nuevas narrativas.
- Se despiden incluyendo la historia del tratamiento psicoterapéutico entre las nuevas narrativas del paciente.

Nos parece útil describir el proceso psicoterapéutico como el de construcción de nuevas narrativas que, según que caso, se harán a partir de<sup>3,4</sup>:

- *La historia biográfica.* En algunos casos el diagnóstico de un cáncer no supone tanto una amenaza de muerte para el paciente como una reactivación de sus miedos de abandono tras una infancia marcada por la carencia afectiva.
- *El pensamiento y la conducta.* Para otro paciente en tratamiento por un enfisema pulmonar la demanda terapéutica prioritaria es la de conseguir controlar la conducta de fumar y beber abusivamente como forma de recuperar algunos sentimientos positivos de autoestima.
- *El sistema de relaciones y creencias.* En otros casos el paciente aparece aislado de su familia o, tal vez, coincidiendo con el inicio o algún otro hito de la enfermedad, otro miembro de la familia empieza a presentar dificultades. Otras veces la paciente pide que se le ayude en la búsqueda de sentido de la enfermedad con el resto de su vida pasada y futura.

Según como se construya el proceso terapéutico, de acuerdo con las descripciones anteriores, el terapeuta puede plantear que los encuentros sean individuales, de grupo o familiares. Por ejemplo, la construcción de la narrativa desde la historia personal puede ser más fácil desde un encuadre individual, mientras que la construcción de la narrativa desde el sistema de relaciones se puede conseguir de modo más natural manteniendo una serie de entrevistas familiares, aunque no por ello se excluye el abordaje individual<sup>3,4</sup>.

Lo que queremos decir es que el encuadre del tratamiento no está cerrado desde el comienzo como en otras opciones terapéuticas. A veces el tratamiento individual se ha de intercalar con entrevistas familiares o se simultanea con la asistencia del paciente a un grupo de entrenamiento en relajación.

## Utilización de técnicas específicas para algunos contenidos clave

La experiencia específica de enfermedad puede requerir del terapeuta el manejo de técnicas que ayuden a la persona a enfrentar áreas claves de dicha experiencia<sup>4-6,8</sup>.

### *Facilitar a la persona hablar de sus sentimientos*

Hablar de los sentimientos y emociones que se mueven en torno a la enfermedad ayuda ya a aliviarlos. A veces la entrevista con el psiquiatra o psicólogo supone el primer momento en que la persona va a hablar de sus sentimientos.

La expresión de sentimientos requiere de una relación incondicionalmente positiva, ausente de críticas y en la que la persona se sienta capaz de poder expresar sentimientos de cualquier índole. El terapeuta puede ayudar a seguir hablando mediante la actitud empática, los silencios, el reflejo de sentimientos o emociones o la utilización de algunas expresiones que sintonizan con la experiencia del paciente. También ayuda al discurso narrativo del paciente la conexión de sentimientos con acontecimientos de la vida del paciente o suscitar temas interpersonales clave o señalar aspectos de la comunicación no verbal del paciente.

La expresión de sentimientos es uno de los primeros pasos para poder enfrentar el duelo por las pérdidas que se suceden con la enfermedad y la anticipación de la propia muerte<sup>14-16</sup>,

### *Potenciar la recuperación del control de la propia vida*

Posiblemente, el miedo a perder el control de la propia vida es uno de los temas más importantes para las personas que sufren enfermedades médicas. Poder mantener una capacidad adecuada de control sobre los sentimientos y emociones, además de sobre otras funciones corporales, puede suponer una gran dificultad para muchos pacientes y una potencial fuente de ansiedad y sentimientos depresivos. El círculo se cierra cuando esas emociones son tan desbordantes para el paciente que centran su atención exclusivamente en la experiencia de la enfermedad<sup>8,17-19</sup>.

Es importante ayudar al paciente a la identificación de áreas específicas en que la persona se sienta especialmente frágil o indefensa. Hacer con el paciente la revisión realista de la situación actual ayudará a no anticipar situaciones futuras que pueden no llegar, así como a identificar áreas en las cuales el control es posible.

Algunas estrategias que ayudan a potenciar el autocontrol son:

- Verbalizar los miedos y sentimientos entorno a la enfermedad ayuda a reducir su intensidad y a potenciar el autodomínio.
- Animar a los pacientes a informarse acerca de su enfermedad y a discutir sus dudas con los miembros del equipo médico
- Entrenamiento en relajación, meditación o autohipnosis como estrategias para manejar la ansiedad<sup>20,21</sup>.

Ayudando a la recuperación de la sensación de control, el terapeuta intenta conseguir un mayor sentido de competencia personal y minimizar la posible carga familiar o las relaciones de sobreprotección que se hayan podido establecer<sup>8</sup>. En cada caso el terapeuta ha de ayudar a conseguir el adecuado balance de cada familia y persona entre dependencia e independencia.

### *Autoimagen*

En la adaptación a la enfermedad la autoimagen es uno de los aspectos clave, igual que los temas de autocontrol en nuestra sociedad.

La autoimagen de una persona incluye sus creencias y valores, sus roles sociales e imagen corporal. Es decir, la imagen que cada persona mantiene de sí misma sostiene en gran parte la propia autonarrativa. Es decir, la descripción de la propia experiencia vital de aquello que nosotros mismos sentimos que somos.

El terapeuta ha de ser capaz de conocer cómo era el paciente antes del inicio de la enfermedad y revisar conjuntamente con él o ella las limitaciones que la enfermedad le ha impuesto y están afectando a su autoimagen.

La adaptación no va a ser sólo de parte del paciente, sino de su familia. Por ejemplo, una joven adolescente necesitará un gran esfuerzo de adaptación para cambiar su relación con un padre autosuficiente y perfeccionista que ahora requiere de los más elementales cuidados familiares.

La adaptación, tanto en el caso del paciente como de su familia, necesita que se produzca la integración de la enfermedad en la imagen de sí mismo y en la imagen familiar.

La revisión con el terapeuta de los cambios y limitaciones que la enfermedad ha impuesto a la autoimagen del paciente, hará surgir sentimientos de pérdida dolorosos, pero también ayudará a reconocer y fortalecer capacidades que surgen ahora por primera vez o que todavía se mantienen.

### *Manejo de síntomas como el dolor*

El dolor es una experiencia subjetiva que como tal está influida por las actitudes y creencias y la tensión emocional<sup>22-25</sup>. La percepción del dolor es más intensa sin duda cuando a éste se le atribuye un significado negativo o aterrador como puede ser la progresión de la enfermedad. Ayudar en el alivio del dolor tiene además el efecto de aumentar el sentimiento de autocontrol del paciente y mejorar el funcionamiento de su vida diaria, lo que, sin duda, repercute a su vez en una mejoría del estado de ánimo<sup>22-25</sup>.

Aunque hay muchos informes aconsejando el uso de la relajación para el control del dolor, son escasos los estudios

de diseño randomizado. Se utilizan también las técnicas de imaginación guiada, aunque hay pocos estudios sistemáticos sobre su eficacia. La hipnosis, aunque de nuevo parece eficaz, tampoco dispone de estudios empíricos que avalen su eficacia, salvo uno de Spiegel<sup>23</sup>.

Los métodos conductuales de afrontamiento, ofrecen a los pacientes no sólo la posibilidad del manejo del estrés, sino un sentido aumentado de autocontrol. Incluyen hipnosis, meditación, entrenamiento autógeno, relajación, todas son terapias que fomentan el autocontrol<sup>21-25</sup>.

En todas, el paciente es guiado primero hacia una actividad cognitiva y emocional que crea el segundo estado, un estado alterado de conciencia.

#### *Utilización de psicofármacos*

El uso de psicofármacos es frecuente que se produzca simultáneamente con la intervención psicoterapéutica. Creemos importante incluirlo en el programa de tratamiento del paciente médico porque pretendemos llevar a cabo un tratamiento integral donde no se haga una negación de la utilización de psicofármacos cuando ésta ocurra o se divida el campo de acción entre el psiquiatra que «trata el cuerpo» con pastillas y el psicoterapeuta que «trata la mente» a partir de técnicas psicológicas.

En el caso del enfermo médico creemos que hay más motivos para defender esta postura, ya que el cuerpo y el resto de medicaciones y planes de tratamiento está mediando necesariamente la relación terapéutica<sup>26</sup>.

### **ATENCIÓN A LA FAMILIA Y OTRAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS DEL PACIENTE**

La enfermedad se considera aquí no sólo como proceso biológico e individual, sino como un proceso relacional que afecta a todo el entorno significativo del paciente. En algunos casos el tratamiento del paciente incluirá el tratamiento familiar en otros casos no, pero la consideración de ésta como parte activa del tratamiento y no sólo como receptores pasivos de sufrimiento o fuente de información adicional del terapeuta es lo que parece imprescindible.

La enfermedad irrumpe dentro del ciclo vital familiar como una crisis de las no esperadas a diferencia de las consideradas transiciones naturales en la familia. La enfermedad supone una fuerza desestabilizadora en cualquier grupo familiar<sup>27-33</sup>.

La capacidad de la familia para integrar el cambio que supone la enfermedad dentro de la vida familiar dependerá del equilibrio entre estrés y apoyo disponible en el momento de la transición. Bajo un estrés suficiente y sin disponer de un adecuado apoyo es más fácil que la familia se frag-

mente o aparezca una sintomatología individual o familiar grave. Los síntomas continúan representando la mejor solución que encuentran las personas y las familias para adaptarse a circunstancias de desarrollo cambiantes<sup>31</sup>.

En general las relaciones más saludables se caracterizan por la mutualidad y flexibilidad en la adaptación relacional. Las dificultades en la adaptación a la enfermedad se asocian más con la explotación y la dominación y las definiciones autoritarias de la realidad de los demás con el propósito de una auto regulación estable y un rígido control de las diferencias<sup>31</sup>. En ocasiones la familia intenta manejar el estrés que supone la enfermedad a costa de mecanismos de construcción emocional que impide a sus miembros la exploración de oportunidades evolutivas nuevas. Cada separación o diferencia puede ser vivida como una desintegración desbordante y peligrosa.

### **COLABORACIÓN CON EL EQUIPO MÉDICO**

Durante el período de enfermedad, y mucho más intensamente en las enfermedades que se asocian con una amenaza vital grave, el equipo médico asistencial se convierte en una parte muy importante del entorno significativo del paciente<sup>33,34</sup> y adquieren una significación especial.

El cuidado de los pacientes médico-quirúrgicos es muy estresante también para el equipo encargado de su atención<sup>34</sup>. El desgaste o síndrome de *burn-out* de estos profesionales se manifiesta a veces por una actitud de distanciamiento defensivo contra sentimientos intolerables para el profesional, que pueden traducirse en un trato inadecuado al paciente. En la intervención en esas situaciones es útil intentar siempre rescatar del anonimato al paciente en beneficio de la persona que es y ha sido.

La práctica de la psicoterapia en contextos médicos está condicionada por la mediación de la corporalidad en la comunicación entre terapeuta, paciente y su red de relaciones significativas. El terapeuta que trabaja en este marco ha de adaptar sus intervenciones. Por un lado, tendrá que familiarizarse con la experiencia de la enfermedad y sus peculiaridades, tal como señalábamos al principio de este texto. Tendrá también que esforzarse por conocer las características médicas de las enfermedades con las que trabaja más frecuentemente, esto es, síntomas, exploraciones, efectos secundarios de las medicaciones, etc. Pero de modo muy importante ha de ampliar su repertorio de técnicas para incluir no solo aquéllas verbales, más tradicionales en los diferentes programas de formación psicoterapéutica, sino todo un repertorio de intervenciones verbales y no verbales, cuyo objetivo es el trabajo con las emociones, lenguaje más cercano al de la corporalidad.

La psicoterapia como práctica narrativa persigue la construcción conjunta, entre terapeuta y paciente, de versiones alternativas a aquella que incluye el problema. Al trabajar

desde esta perspectiva en contextos médicos el efecto adicional puede ser el de la recuperación de otros significados, más allá del desarrollo técnico, para la medicina y sus protagonistas, los pacientes, sus familiares y los profesionales comprometidos en la asistencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts G. Introduction: a story of stories, en Glen Roberts and Jeremy Holmes ed *Healing Stories. Narrative in Psychiatry and Psychotherapy*. New York: Oxford University Press, 1999; p. 3-27.
2. Anderson H, Goolishian HA. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Process* 1988;27:371-93.
3. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2001.
4. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, Ortiz Villalobos A. Psicoterapia individual con el paciente con cáncer. En: Die Trill M, editor. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid: ADES (Aula de Estudios Sanitarios). (En prensa).
5. Santo-Domingo J, Rodríguez Vega B. Asistencia al paciente oncológico terminal. En: García Camba E, editor. *Manual de psicooncología*. Madrid: Aula Médica, 1999; p. 329-45.
6. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Psicoterapia con el paciente médico. En: García Camba E, editor. *Psiquiatría de enlace*. En prensa.
7. Gold JR. *Key Concepts in psychotherapy integration*. New York: Plenum, 1996.
8. Pollin I. *Medical crisis counseling*. New York: Norton, 1995.
9. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis, 2002.
10. Watson M. *Counseling people with cancer*. New York: Wiley and Sons, 1988.
11. Barraclough J. *Cancer and emotion*. New York: Wiley, 1994.
12. Grinder J, Bandler R. *Trance-formations. Neuro-linguistic programming and the structure of hypnosis*. Moab Utah, Real People Press, 1993 (Trad. cast.: PNL Trance-Fórmate. Curso práctico de hipnosis y comunicación. Madrid: Gaia Ediciones, 1993).
13. Sluzki C. Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process* 1992, 217-23. (Trad. cast.: Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 1995;6:53-70. 6. Terapias sistémicas. 6.2. Constructivismo y narrativas).
14. Worden JW *Grief counseling and grief therapy*. London: Springer Publishing Company, 1991.
15. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre procesos relacionados con el duelo para profesionales de atención primaria. El proceso de duelo I. *Medicina Familiar y Comunitaria*. (En prensa).
16. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Intervenciones sobre procesos relacionados con el duelo para profesionales de atención primaria. Intervenciones desde atención primaria de salud II. *Medicina Familiar y Comunitaria*. (En prensa).
17. Yalom ID. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books 1980. (Trad. cast.: *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder, 1984).
18. Yalom ID. *The yalom reader*. New York: Basic Books, 1998 (Trad. cast.: *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Píados, 2000).
19. Rollo May, Angel E, Ellenberger HF. *Existence*. New York: Basic Books, 1958. (Trad. cast.: *Existencia*. Madrid: Gredos, 1977).
20. Abel GG, Rouleau J. Behavioral therapy strategies for medical patients. En: Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D. *Psychiatric care of the medical patient*. Oxford University Press, 2000; p. 61-71.
21. Mastrovito. R. Behavioral techniques: progressive relaxation and self-regulatory therapies. En: Holland JC, Rowland JH. *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford, 1990; p. 492-501.
22. Massie MJ. *Pain. What psychiatrist need to know*. Washington: American Psychiatric Press, 2000.
23. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* 1983;45: 333-9.
24. Breitbart W, Holland JC. *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
25. Barber J. *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide*. New York: Norton, 1996. (Trad. cast.: *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2000).
26. Mirapeix C, Caro I, Echeburúa E, González Torres MA, Ibáñez E, Rodríguez Vega B, et al. Mesa redonda cibernética. Análisis de la influencia de la combinación de psicofármacos y psicoterapia según las diferentes orientaciones de psicoterapia. *Rev Psicoterapia* 1999;36:63-90.
27. Beyebach M. Enfermedad terminal, muerte y familia. En: Espina, Pumar, Garrido, editores. *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Valencia: Promolibro, 1995; p. 225-65.
28. Barraclough J. Emotional issues for families. En: Barraclough J, editor. *Cancer and emotion*. New York: Wiley, 1994; p. 101-19.
29. Shapiro ER. *Grief as a family process*. New York: Guilford, 1994.
30. Stierlin H. *Medicina de la familia y tumor*. En: Onnis L, editor. *La palabra del cuerpo*. Barcelona: Herder, 1997; p. 153-79.
31. Rolland JS. *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa, 2000.
32. Wellish D. A family system approach to coping with cancer. En: Mikesell RH, Lusteran D, McDaniel S, editores. *Integrating family therapy*. Washington: American Psychological Association, 1995; p. 389-45.
33. Walsh F, McGoldrick M. *Living beyond loss*. New York: Norton, 1991.
34. Espinosa E, González BM, Zamora P, et al. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 1996; p. 4.