

Camino en la búsqueda de ayuda psicológica

MARIANE KRAUSE J.*
RODRIGO URIBE B.**
MARIA INES WINKLER M.***
CECILIA AVENDAÑO B.****

Resumen

En este artículo se presenta un análisis teórico-empírico de los procesos decisionales y de búsqueda previos al comienzo de una relación de ayuda psicológica. Los elementos teóricos provienen de diversas fuentes, como son los modelos de búsqueda de ayuda, el concepto de crisis y el análisis de la "socialización de pacientes". Entre los antecedentes empíricos se incluyen datos sobre primeras consultas y derivaciones, además de los resultados de dos investigaciones cualitativas, una realizada en Berlín-Alemania¹ y otra en Santiago de Chile². Dichos estudios cualitativos recogen la perspectiva de personas que están buscando ayuda, las cuales fueron entrevistadas. La organización del presente trabajo en diferentes etapas de la búsqueda de ayuda y la estructuración interna de cada una de estas etapas está dada primordialmente por los hallazgos de los estudios empíricos cualitativos.

Abstract

This paper presents an analysis of the help-seeking and decisional processes of individuals previous to their engagement in a psychological helping relationship. The analysis is both theoretical and empirical. The theoretical elements are drawn from models of help-seeking behavior, crisis theory and the analysis of "patients socialization". The empirical data analyzed include information of the first consultation and referrals, as well as the results of two qualitative studies; one carried out in Berlin-Germany¹ and the other in Santiago-Chile². These studies analyzed the perspective of those who are seeking help, and the data were collected through personal interviews. The organization of this paper follows the different stages of the help-seeking process. The the structure of these stages is mainly due to the findings of the qualitative empirical studies analyzed.

INTRODUCCION: FASES EN LA BUSQUEDA DE AYUDA PSICOLOGICA

La psicoterapia podría entenderse como un proceso dialéctico en el cual, por un lado, se encuentran modelos y paradigmas de carácter general y, por otro, la práctica terapéutica y la vivencia particular de los implicados en ella. Como ha mostrado la investigación en psicoterapia (Tschuschke & Czogalik, 1990), cada uno de estos aspectos interactuantes se rige por su propia lógica, en el sentido que uno no es unívocamente inferible a partir del otro.

* Psicóloga (Ph.D.). Profesora Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección: Vicuña Mackenna 4860, Santiago-Chile, Fax: 56-2-5533092. E-mail: mkrause@lascar.puc.cl

** Psicólogo. Dirección: Las Antenas 8894, La Florida, Santiago-Chile.

*** Psicóloga (postulada en Imaginería Afectiva Guiada). Profesora Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile. Dirección: Ecuador 3650, 3º piso. Santiago-Chile, Fax: 56-2-7761986.

**** Psicóloga (MA en Ciencias de Psicología Social). Profesora Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección: Vicuña Mackenna 4860. Santiago-Chile, Fax: 56-2-553092.

¹ Investigación financiada por el D.A.A.D. y realizada entre los años 1988 y 1991 con el patrocinio de la Universidad Libre de Berlín.

² Investigación financiada por FONDECYT, proyecto Nº 1930700, actualmente en curso.

Una de las consecuencias de esta situación es que los modelos teóricos no han podido dar cuenta en forma acabada de lo que acontece en el ámbito de la práctica. Así, los resultados de la práctica no se pueden entender suficientemente a la luz de los planteamientos de las teorías terapéuticas. Ello ha significado que, a pesar que se supone una interacción, los ámbitos implicados no se han podido nutrir mutuamente, llegándose al conocido *impasse* de la investigación en psicoterapia (Grawe, 1988).

Como una alternativa de superación de este dilema, han surgido intentos por construir modelos teóricos a partir de la experiencia práctica de los involucrados, con la esperanza de iluminar las especificidades del proceso terapéutico y de sus resultados. Los estudios que abordan el problema desde la perspectiva señalada (Marmar, 1990; Krause Jacob, 1992a)³, con frecuencia enfocan la psicoterapia como un proceso que comprende diferentes momentos o etapas, incluyéndose en esta secuencia la situación que antecede el momento de la consulta misma. Esta última, conceptualizada como "búsqueda de ayuda", es el tópico abordado en el presente trabajo.

En la búsqueda y en la utilización de ayuda profesional se pueden distinguir básicamente dos fases. La primera de ellas se refiere a la *decisión de pedir ayuda profesional*, en la cual el eje central es la confrontación del futuro paciente con sus propios límites, confrontación que desemboca en el reconocimiento de su necesidad de ayuda. La segunda fase es la *búsqueda de una institución o persona "competente"* (que se haga cargo o responsable de la atención), que comprende el proceso de búsqueda de ayuda hasta el momento en que el usuario llega a tomar contacto con un profesional que "lo tome a su cargo", es decir, que se declare competente y dispuesto a asumir su tratamiento (Krause Jacob, 1992b). Estas dos fases dan la estructura básica al presente trabajo, presentándose para cada una de ellas los resultados empíricos de los estudios realizados en Alemania y Chile.

METODOLOGIA DE LOS ESTUDIOS EMPIRICOS PRESENTADOS

En ambos estudios se utilizó una metodología de investigación cualitativa, tanto en la recolección como en el análisis de los datos. En el estu-

dio llevado a cabo en Alemania se realizaron 41 entrevistas a 19 personas que habían tenido experiencia psicoterapéutica o bien habían tomado la decisión de pedir ayuda psicológica, más un total de 16 entrevistas a sus respectivos terapeutas. En el estudio chileno se ha entrevistado a la fecha⁴ a 14 personas en forma individual y a 13 en forma grupal. Además, se han realizado dos reuniones de intercambio de información con siete de los terapeutas implicados.

Las muestras de los estudios difieren en cuanto a su amplitud. En el estudio realizado en Alemania se incluyó a personas de diferentes niveles socioeconómicos (bajo, medio y medio-alto); en cambio, en el estudio que se realiza en Chile la muestra incluye exclusivamente personas de nivel socioeconómico bajo. Esta diferencia se plasma en algunos resultados y será discutida en relación a éstos.

En ambos estudios se realizaron entrevistas semiestructuradas de 30 a 120 minutos de duración, dependiendo la duración sobre todo de la experiencia del entrevistado en relación a la ayuda psicológica. Las entrevistas se llevaron a cabo en forma tal que garantizaran un máximo de "contenidos narrativos" (Schütze, 1983), especialmente en las temáticas referidas a experiencias pasadas. Estos contenidos narrativos presentan el menor grado de distorsión posible dentro de las posibilidades que ofrecen entrevistas retrospectivas (*op. cit.*). En algunos casos, la búsqueda de ayuda tuvo que ser reconstruida retrospectivamente por los entrevistados; en otros, correspondía a la etapa actualmente vivida.

Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas en forma textual. Los análisis se realizaron siguiendo los procedimientos de la escuela metodológica denominada *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1991). Durante esta etapa se "triangularon" (Flick, 1990) los datos retrospectivos sobre búsqueda de ayuda con los correspondientes a búsquedas de ayuda actuales, a fin de considerar los diferentes tipos de "sesgo reconstructivo" en el análisis.

Los resultados obtenidos son de tipo descriptivo-interpretativo y, en ambos casos, corresponden sólo a una de las etapas abordadas por las investigaciones, puesto que en éstas se abarca todo el proceso terapéutico y, además, se estudian las representaciones de la ayuda psicológica en personas que no han recibido dicha ayuda.

³ Marmar (1990) se refiere al proceso terapéutico y Krause Jacob (1992a), al estudio cualitativo sobre el cambio.

⁴ Este estudio aún se encuentra en curso.

LA DECISION DE BUSCAR AYUDA PROFESIONAL

Antecedentes teóricos y empíricos

Se ha intentado explicar el proceso decisional involucrado en la búsqueda de ayuda a través de la construcción de modelos que incluyen diferentes fases. Uno de estos modelos es el de Siegrist (1984), quien distingue cuatro etapas de la toma de decisión frente a un síntoma percibido: la primera, en la cual se buscaría mantener el transcurso de la vida en forma inalterada y que probablemente lleve a la automedicación; la segunda, en la que se toma la decisión de comunicar el problema a personas cercanas; la tercera, en la que se busca ayuda no-profesional; y la cuarta, en la que se decide pedir ayuda profesional (médica o psicológica).

Otro modelo de búsqueda de ayuda es el formulado por Dörner (1975), quien describe cinco estadios para "llegar a convertirse en paciente". El primero, denominado "algo anda mal" o la experiencia del síntoma, y el segundo, al que llamó "estoy enfermo" o la aceptación del rol de enfermo, corresponden específicamente a lo que en el presente trabajo se entiende por decisión de pedir ayuda. En el tercer estadio ("tengo que ir al médico" o el diagnóstico médico como definición) esta decisión ya está tomada. Los estadios cuarto y quinto corresponden a diferentes momentos de la relación de ayuda ya comenzada.

Resulta evidente que ambos modelos descritos provienen de una perspectiva médica, por lo cual su aplicación al tema aquí tratado, "la búsqueda de ayuda psicológica", será necesariamente sólo parcial.

Una perspectiva distinta sobre la decisión de pedir ayuda profesional la constituye el concepto de *crisis*. Este concepto, desarrollado inicialmente por Caplan (1964), pone un mayor énfasis en la relación de la persona con su medio ambiente. Sin embargo, enfoca más la necesidad de ayuda que la búsqueda de ésta, por lo que su ajuste al tema analizado también resulta sólo parcial.

Dicho autor describe cuatro fases en el desarrollo de una crisis. La primera, caracterizada por una abrupta pérdida del equilibrio y aumento de la tensión, se debe a uno o varios acontecimientos estresantes vividos por la persona, que la llevan a ensayar las técnicas habituales de solución de problemas. En la segunda fase la persona percibe la imposibilidad de superar la situación debido a que el estímulo persiste. En la tercera fase se ponen en movimiento las reservas internas, pudiendo la persona redefinir el problema, resignar-

se o abandonar ciertos aspectos de las metas trazadas, por considerarlos inalcanzables. Si el problema persiste, se llega a la cuarta etapa, en la cual aumenta la tensión y se produce una desorganización más grave o crisis.

Resultados de los estudios cualitativos

La decisión de buscar ayuda profesional, analizada a partir de la experiencia de las personas entrevistadas en los estudios que se presentan, es gatillada —en todos los casos chilenos y la mayor proporción de los alemanes— por una situación de crisis. Sin embargo, en algunos casos —exclusivamente alemanes— la decisión surgió de una situación que no presentaba estas características. A fin de dar cuenta de ambas situaciones, se conceptualizó el momento previo a la búsqueda de ayuda del modo descrito a continuación.

Los datos empíricos acerca de la decisión de buscar ayuda profesional muestran que ésta es precedida por una carga psicológica creciente, que se plasma en el aumento de los problemas, trastornos o síntomas. Dicha carga, por una parte, pone en juego la resistencia emocional —subjetivamente vivenciada— y, por otra, lleva a la búsqueda de recursos de superación del problema; tanto propios como externos. Es posible, entonces, distinguir entre dos procesos interactuantes que corren paralelos pero cuyo entrelazamiento se diferencia en el nivel individual. La decisión de recurrir a la ayuda profesional implica haber alcanzado los límites de los recursos de autoayuda. Esto mismo, sin embargo, no es válido para la carga emocional, pues no toda búsqueda de ayuda implica haber llegado a los límites —subjetivos— de resistencia personal. Es decir, una persona puede recurrir a la ayuda externa antes de llegar a los límites de su "resistencia", otra lo hará en el momento culminante de una crisis y una tercera no lo hará nunca y quizás llegue a un intento de suicidio⁵.

Cuando la confrontación con los propios límites acontece simultáneamente en ambos procesos arriba descritos, podemos hablar de crisis y estamos frente a una situación antecedente típica de

⁵ Este entrelazamiento diferenciado de ambos procesos está relacionado con muchas condiciones generales. Algunas de éstas son conocidas, como el género sexual: las mujeres buscan ayuda externa "más temprano" que los hombres (Zintl-Wiegand, Schmidt-Maushart, Leisner & Cooper, 1978); o la pertenencia a un nivel social: las personas pertenecientes a la clase media buscan ayuda antes que las pertenecientes a las clases bajas (Krause Jacob, 1992b).

la búsqueda de ayuda. Esto se observa tanto en el estudio chileno como en el alemán.

Definida desde su propia perspectiva, una persona en crisis es alguien que ya no sabe qué hacer. Es quien ha llegado a los límites de su "capacidad de resistencia emocional". Pero, además, tiene tras de sí varios intentos de autoayuda y ha llegado al límite de sus propios recursos. Se encuentra, por lo tanto, en un estado agudo de necesidad de ayuda, tanto en relación con su capacidad de resistencia como respecto de sus recursos para la superación del problema.

El caso del Sr. F –del estudio en Alemania– puede ejemplificar esta situación:

El Sr. F no tenía experiencia previa con ayuda profesional. Unos meses antes de la entrevista cayó en una crisis. Fue tratado en forma ambulatoria en un "Centro de Intervención en Crisis" (C.I.S.C.) y a continuación comenzó una terapia. En la entrevista relata la crisis que lo llevó al C.I.S.C.:

"Y bueno...la cosa duraba ya...dos meses y...me sentí muy mal...en la noche, ...y fui a los primeros auxilios...yo pensé que me moría. Tenía el pulso muy rápido, yo...pensé, quizás no muero, pero perderé el conocimiento, o perderé la razón...y...ella me revisó y...yo siempre tenía miedo que me pudiera pasar algo...y entonces me dio esta dirección del centro de intervención en crisis". (Extracto de la primera entrevista con el Sr. F, Alemania, p. 19).

La Sra. M, perteneciente a la muestra del estudio chileno, quien tampoco había tenido experiencia de ayuda profesional previa, también consulta a raíz de una situación de crisis.

Su problema había comenzado a los 17 años de edad pero entonces lo había solucionado a través de la automedicación. Sin embargo, llegó a un momento en el cual sus problemas –y la carga implicada por éstos– se acumularon, llegando al extremo de gatillar una crisis por la cual llegó a un centro de atención médica de urgencia:

"Bueno, yo como que de repente así (...) empecé con un ardor al estómago, igual cuando te están quemando, así; y de repente me dio miedo, dije, a lo mejor por esto me voy a morir, (...) y empecé a pensar en eso, que yo me iba a morir, y ahí me vino, mejor dicho, fue pura tensión nerviosa, porque los mismos nervios, mejor dicho, me hacían saltar en la cama, no me podía calmar, y me llevaron al consultorio. A mí me dio esa sensación, que yo me iba a morir, y fue eso lo que a mí me tomó los nervios. Y mucha acumulación, muchos años pasando, mejor dicho, rabias, eh, cosas así". (Sra. M, Chile, párrafo 7).

Los ejemplos anteriores se pueden comparar con otras situaciones en las que la persona ha tomado la decisión de pedir ayuda, habiendo llegado a los límites de sus recursos propios pero no a los límites de su resistencia emocional. Quizás desee cambiar y sabe que sola no puede y que necesita de ayuda externa; también se encuentra en un estado de tensión emocional pero no ha llegado al límite de su resistencia. Tal situación se puede observar en algunos de los entrevistados del estudio realizado en Alemania, los que, sin estar en una situación de crisis aguda, han decidido pedir ayuda profesional. Este es el caso de la Sra. A:

La Sra. A no tiene experiencia previa con ayuda profesional, pero hace poco decidió someterse a una terapia. En la entrevista se le pregunta acerca de esta decisión, la cual es fundamentada por ella a través de la exposición de sus objetivos. Estos incluyen la modificación de sus reacciones emocionales y el desarrollo de mayor autonomía y asertividad:

"Hmmm...sí, la esperanza que yo tengo es ... no ser dominada tan fuertemente por mis miedos,... que yo –en ciertas situaciones– aprenda a permanecer tranquila, a no caer tan fácilmente en pánico". "Y que aprenda a satisfacer mis necesidades y mis deseos de vivir realmente. Yo tengo a veces la sensación que mi vida es manejada desde fuera y que en absoluto vivo por mí misma. Que yo, muy a menudo, reacciono en vez de accionar. Todo ... siempre se me escapa entre los dedos, y yo de alguna manera nunca logro controlar las cosas ni realmente realizar mis metas personales". (Sra. A, Alemania, p. 25).

Al comparar estos casos, se puede apreciar que estas tres personas buscan ayuda profesional porque han llegado a los límites de sus propias posibilidades de superación del problema. No obstante, las dos primeras se diferencian de la tercera en relación al momento –dentro del proceso de creciente tensión emocional– en que se encuentran. El Sr. F y la Sra. M han llegado al límite de su resistencia emocional (ellos creen que podrían incluso morir o perder el sentido de realidad). La Sra. A, en cambio, no llega a este límite. Este hecho tiene varias consecuencias: la Sra. A aún tiene tiempo para buscar; el Sr. F y la Sra. M perciben que no lo tienen. Ello significa que la primera de estas personas puede proceder más selectivamente que las otras dos en su búsqueda de ayuda. La aguda emergencia que viven el Sr. F y la Sra. M desemboca en una búsqueda de ayuda relativamente inespecífica: van a un servicio de primeros auxilios. La Sra. A, en cam-

bio, tiene tiempo para buscar un terapeuta que se adecue a sus concepciones, expectativas y posibilidades económicas. Además, le es posible desarrollar objetivos más diferenciados para el tratamiento que los que pueden generar el Sr. F y la Sra. M, quienes han llegado al límite de su resistencia emocional. En esta fase de su búsqueda de ayuda, lo imperativo de su agobio les ha impedido desarrollar objetivos diferenciados para el tratamiento.

De este modo, la sensación subjetiva de cercanía al propio límite de resistencia emocional condiciona la selectividad y la precisión en la búsqueda de ayuda y se asocia con la posibilidad de desarrollar objetivos más o menos diferenciados para la ayuda psicológica.

En síntesis, se observa que la situación de crisis, es decir, la confrontación simultánea con los límites de resistencia emocional y los de autoayuda, es un elemento antecedente habitual de la decisión de buscar ayuda profesional. Sin embargo, esta situación presenta excepciones, las que muestran que el momento de la decisión de buscar ayuda profesional debe ser conceptualizado como la confrontación con los límites de la autoayuda, que puede o no estar asociada a la vivencia de límite de la resistencia emocional. Ahora bien, el hecho que muchas personas acudan a la ayuda profesional recién cuando su situación se ha agudizado en ambos sentidos señalados, se puede interpretar en relación a los recursos disponibles en su medio social —y a sus representaciones sobre éstos—. Esta interpretación se apoya en el hecho que aquellas personas para las que la búsqueda de ayuda no fue gatillada por una situación de crisis pertenecen al estrato socioeconómico medio o medio-alto.

LA BUSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL COMPETENTE

Vistos algunos elementos acerca del creciente proceso de agobio en que una persona busca ayuda profesional, se puede dar paso a la pregunta *dónde* busca la gente ayuda profesional. Para ello se establecerá una distinción entre los sistemas atencionales psicosocial y médico.

Antecedentes teóricos y empíricos

No es casual que en los ejemplos anteriores las personas en crisis acudieran a un servicio de primeros auxilios. Buscar ayuda profesional en el sistema atencional médico es habitual, tanto para los casos chilenos como los alemanes, en especial

cuando están en una situación de crisis (aun con problemas definidos como psicológicos). Esto coincide con hallazgos de estudios empíricos previos.

En 1967 Guri *et al.* (en Bergold, 1990) llevaron a cabo una investigación en la que fueron entrevistadas 345 personas que habían buscado ayuda profesional por problemas personales. A la pregunta referente a dónde se dirigen las personas que creen estar frente a una "crisis nerviosa", el 88% de los entrevistados contestó que ellos irían al médico, y el 12%, a servicios psicológicos o no psicológicos. En un estudio más actual, Faust (1981) confirma la función de los médicos generales como primer lugar de consulta en caso de problemas psicológicos, en especial en estratos socioeconómicos bajos (en estratos medios y altos se recurriría algo más al neurólogo⁶).

Participan de este fenómeno tanto aspectos individuales como sociales. La conceptualización subjetiva individual de los trastornos influye en la orientación de la búsqueda de ayuda pero, igualmente, existen condiciones sociales que la enmarcan. En las conceptualizaciones individuales están contenidas las representaciones sociales de la ayuda profesional construidas históricoculturalmente. La búsqueda de ayuda, por su parte, se rige por normas sociales compartidas. La asistencia médica tiene una tradición histórica mucho más larga que la psicosocial y, por ende, está más presente como "fuente de ayuda" en las representaciones de las personas que la buscan. Por otra parte, "son más aceptadas socialmente las enfermedades corporales que las psíquicas" (Bergold, 1990, p. 6). Así, un trastorno psicológico con alteraciones somáticas asociadas puede legitimar más al consultante que aquel que permanece en la esfera de lo psíquico.

Todo esto se plasma en las situaciones de crisis o de urgencia: la persona recurre en primer lugar a los recursos sociales más familiares para ella: el médico de urgencia y el servicio de primeros auxilios. Pero en situaciones menos agudas, también son los médicos —en estos casos los médicos generales o aquellos que se encuentran en los consultorios— los profesionales de ayuda más frecuentemente requeridos.

No obstante lo anterior, los médicos, si bien atienden una proporción nada despreciable de trastornos psicológicos (Zintl-Wiegand *et al.*, 1978), para muchos futuros pacientes no son el

⁶ Los datos de Faust se refieren a "enfermedades psíquicas más graves" (p. 76).

final sino sólo el punto de partida de la búsqueda de ayuda. Las personas que han decidido buscar ayuda profesional con frecuencia no llegan inmediatamente a la institución o persona que se sienta "competente" para el tratamiento de sus problemas o a la que ellos consideren pertinente. Este camino hacia la ayuda competente se puede transformar en un peregrinaje de larga duración.

En relación a este peregrinaje, resulta esclarecedor incluir otro antecedente teórico-empírico aportado por los estudios de Goffman (1972): *el azar*. Dicho autor, quien investigó a los internados en hospitales psiquiátricos, en especial en relación a su "carrera", plantea -ironizando la situación- que si consideramos que "en términos numéricos (...) los enfermos mentales que están fuera de las clínicas superan a aquellos que llegan a las clínicas, se podría creer que estos últimos no sufren de enfermedades mentales sino más bien de *casualidades*" (*op. cit.*, p. 135). Pero, a continuación, agrega la otra cara de la medalla: "Las casualidades en la carrera de un paciente se unen a una segunda característica del camino previo a su internación y que es la *cadena de agentes o agencias* que por golpes del destino y reveses de la fortuna van señalando su camino desde el *status* de ciudadano al *status* de paciente" (*op. cit.*⁷).

Las grandes fluctuaciones en las cifras de derivaciones entre los médicos generales, detectadas por muchos investigadores, son una comprobación cuantitativa de la tesis del azar en la "carrera" del caso individual. Es sabido que solamente una parte de las personas con problemas psicológicos es derivada por los médicos generales y que, en relación a esto, se dan grandes diferencias de un médico a otro. Zintl-Wiegand *et al.* (1978) proveen de evidencias sobre este tópico. Estos autores recogieron datos sobre derivaciones desde las consultas de medicina general y compararon los diagnósticos de trastornos psíquicos de los médicos generales con los de psiquiatras. Además, llevaron a cabo entrevistas diagnósticas semiestructuradas a los pacientes. Los datos señalan que, existiendo un alto porcentaje de personas con problemas psíquicos que son tratadas en medicina general, los médicos generales estiman que sólo una parte de este grupo de personas es derivable.

En cuanto a los porcentajes de derivación, existirían enormes diferencias entre un médico y otro (*op. cit.*). Esto último coincide con otros es-

tudios (Dilling, Weyerer & Enders, 1978). Zintl-Wiegand *et al.* (1978) observaron que las coincidencias entre médicos generales y psiquiatras, respecto de la necesidad de derivación, eran escasas: sólo en el 2% hubo simultaneidad de ambas partes al proponer un tratamiento psiquiátrico (*op. cit.*, p. 146). Esta gran variación significa, para el individuo aislado, que "la probabilidad que sea diagnosticado un trastorno psicológico e, igualmente, que el paciente sea derivado a un psiquiatra (...) depende en gran medida del médico general al cual consultó" (*op. cit.*, p. 114).

Resultados de los estudios cualitativos

En esta segunda parte se mostrarán algunos caminos típicos en la búsqueda de la ayuda profesional competente y pertinente, los que ponen de relieve algunas características básicas de la trayectoria hacia la ayuda psicológica.

Del mismo modo como lo señalan los estudios empíricos previos, los resultados aquí presentados confirman que son los médicos, y en especial los de urgencia y los médicos generales, quienes reciben las primeras consultas por problemas de tipo psicológico. Por lo tanto, el comienzo de la trayectoria de los pacientes que presentan este tipo de problemas depende, en parte importante, de dichos profesionales. Sin embargo, la derivación médica no es el único elemento determinante del camino de los futuros pacientes hacia el profesional o la institución que finalmente será percibida por los involucrados como pertinente. Influyen también elementos tales como la aceptación o no aceptación de parte del paciente del contexto conceptual en el que los profesionales definen sus problemas, la carga emocional en la situación de búsqueda y el ya mencionado azar.

Estos hallazgos se expondrán a continuación, a través del análisis ilustrativo de algunos ejemplos. Los casos que se presentarán son los ya mencionados, Sr. F y Sra. M, quienes carecen de experiencia atencional, a los que se agregará el Sr. R, quien tiene bastante experiencia con ayuda profesional.

El Sr. F acude durante un período de dos meses a distintos médicos, a raíz de síntomas corporales que padece. En reiteradas oportunidades estos profesionales le indican el origen psicológico de su sintomatología pero él no acepta esta interpretación.

Sus problemas, sin embargo, van en aumento, culminando en una situación de crisis aguda (ver cita anterior), durante la cual acude al servicio de primeros auxilios. Allí lo atiende una

⁷ Traducción de los autores.

doctora, quien –coincidiendo con los diagnósticos anteriores– le señala que “tendría una neurosis” y le proporciona la dirección del Centro de Intervención en Situaciones de Crisis (C.I.S.C.). A pesar de que aún no acepta la interpretación psicológica de sus malestares, el Sr. F acepta la derivación y concurre de inmediato a este Centro, asistiendo a una primera entrevista y comprometiéndose a regresar la semana siguiente.

En la semana posterior a la primera sesión en el C.I.S.C., el Sr. F sigue sometiéndose a exámenes médicos (ya había planeado previamente una tomografía computarizada), los que continúan sin arrojar evidencias de tipo biológico. Paralelamente, acude donde un neurólogo, quien no lo deriva y, en cambio, comienza con él un tratamiento medicamentoso.

A pesar de lo anterior, durante esa misma semana el Sr. F comienza a aceptar la hipótesis del origen psicológico de sus trastornos, tomando la decisión de continuar el tratamiento iniciado en el C.I.S.C. De este modo, durante las semanas subsiguientes prosigue ambos tipos de tratamientos en forma paralela (señalando querer continuar yendo al psiquiatra hasta finalizar el tratamiento medicamentoso).

Asiste a cuatro sesiones en el C.I.S.C., donde luego le recomiendan asistir a psicoterapia, dándole la dirección correspondiente. El acude prontamente donde un terapeuta, siguiendo paralelamente durante algunas semanas con el tratamiento medicamentoso todavía no finalizado. Con la supresión de los medicamentos deja de asistir al neurólogo, continuando solamente con la psicoterapia. Al momento de la primera entrevista había asistido a una sesión de psicoterapia y continuaba con el tratamiento medicamentoso. Cuando se efectuó la segunda entrevista, llevaba cinco sesiones y había suprimido los fármacos (Resumen del Sr. F, Alemania, pp. 19-27).

En la síntesis de este caso hay algunos elementos importantes de conocer sobre la trayectoria hacia la ayuda profesional “competente”. En el camino del Sr. F, de la asistencia médica a la psicosocial, fueron los médicos (a excepción del neurólogo) quienes intentaron derivarlo hacia la atención psicosocial, definiéndose, a través de esta acción, como “no competentes”. Sin embargo, la competencia profesional –así como se entiende en el presente contexto– es definida tanto por el profesional como por el paciente, de tal modo que las definiciones de competencia podrían contradecirse. Así, puede suceder que el profesional explique que el problema no es de su competencia pero que el paciente persista. Tal situación se da en la primera parte del camino del Sr. F: al principio la declaración del médico acer-

ca de su no competencia no le satisface. De este modo, un profesional puede declararse competente, sin que el paciente lo perciba como tal. También esta variante se da en el caso del Sr. F, cuando él, inicialmente, no acepta la competencia del terapeuta del C.I.S.C. y continúa buscando causas biológicas de sus trastornos.

En la aceptación de la competencia de un profesional –del sistema médico o del psicosocial– por parte del usuario, pueden identificarse varios elementos. Uno, remite al plano del significado o de los modelos explicativos y se refiere a que cada sistema de atención profesional tiene sus propios modelos explicativos y de tratamiento (evidentemente los médicos no tienen la misma comprensión de los trastornos y de su tratamiento que los psicólogos). Y, como ya sabemos, también los pacientes interpretan sus problemas y síntomas según determinados modelos explicativos. Entonces, para poder aceptar la competencia de un profesional determinado, en algún momento debe coincidir el modelo explicativo del paciente con el del sistema atencional al cual pertenece el profesional⁸. En el ejemplo presentado esto significa que un paciente debe coincidir con el profesional, en relación al contexto explicativo en el cual se diagnostica su problema, para poder aceptarlo como competente. Dos extractos de entrevista del Sr. F ilustran este punto.

La interpretación subjetiva que el Sr. F hace de sus síntomas durante su primera sesión en el C.I.S.C. es como sigue:

“(...) en ese entonces yo no podía creer que...estaba enfermo psíquicamente... no...tenía miedo que esto fuera un problema circulatorio o algo así, porque tenía el pulso muy rápido” (Sr. F, Alemania, p. 21).

En cambio, la interpretación de los síntomas durante la segunda entrevista resulta diferente:

“Ehm,..., bueno, mientras tanto yo... ya creía que tenía una neurosis (...). Además, yo había tenido ya... la tomografía computarizada y...todo había estado en orden” (Sr. F, Alemania, p. 22).

Dos elementos hacen posible este cambio en la aceptación por parte del Sr. F de la competencia profesional. Por un lado, los profesionales del sistema médico niegan su competencia (a excepción del neurólogo). Por otro lado, la tensión emocional es cada vez más fuerte. En efecto, el Sr. F describe la semana entre la primera y la

⁸ Para una explicación más detallada de este aspecto ver Krause Jacob (1992b).

segunda sesión en el C.I.S.C. como "una semana terrible", en la cual habrían aparecido aun más síntomas. De este modo, el Sr. F experimenta la conexión entre tensión emocional y aceptación de las condiciones del sistema asistencial. Como además no tiene experiencia previa de atención profesional, apenas le queda otra elección que tomar en consideración la competencia de los nuevos profesionales (los del subsistema psicosocial) y aceptar su intervención.

Algo similar al caso anterior ocurre con la Sra. M, cuyo camino podría resumirse de la siguiente manera:

Ella tiene un problema que llama "crisis nerviosa", el cual se manifiesta como un aumento de tensión, que se va acumulando y produce en ella reacciones violentas y un sentimiento de "estar alterada".

Como ya se señaló, en primera instancia la Sra. M opta por tomar calmantes para sentirse mejor. Ella mantiene esta estrategia de solución hasta quedar embarazada, momento en el cual debe dejar de ingerir dichas substancias. Con el paso del tiempo percibe que sus problemas se acumulan, culminando en la crisis -ya descrita-, a consecuencia de la cual es atendida de urgencia en un consultorio.

El médico que la atiende en dicho lugar le señala que su problema es de origen psicológico y le entrega la dirección de un centro en el cual atenderse, lo que es aceptado por ella. Sin embargo, no deja de "sentirse extrañada" por tal derivación. De este modo, comienza a asistir a psicoterapia en un centro de salud mental comunitario.

En el caso de la Sra. M aparece más rápidamente que en el caso del Sr. F la coincidencia entre el médico y la paciente acerca del origen psicológico que tendría el problema. Esto puede ser comprendido, en buena medida, si se considera el nivel de la carga emocional que ella estaba viviendo. No obstante, aparece otro elemento que permite explicar las diferencias sobre el origen del problema entre médico y paciente: la "fantasía de estar loca" que vive la persona al ser enviada al psicólogo.

En ambos casos se puede observar cómo, a mayor vivencia de carga emocional, mayor es la probabilidad que la persona admita las condiciones impuestas por el sistema atencional. Esto se da especialmente en los casos en los que además no existe experiencia previa y aun cuando la persona lo viva como socialmente estigmatizante.

Volviendo al análisis del "peregrinaje", cabe señalar que la derivación es un elemento institucional importante en la búsqueda de la ayuda

profesional pertinente. Esta se encuentra en manos médicas, principalmente cuando se trata de personas que no tienen experiencias atencionales previas. La mayoría de las personas que se encuentran en situación de crisis o con trastornos psicológicos se dirige, en primer lugar, a los médicos⁹, quienes quedan a cargo de la decisión de derivación. Es así como ellos podrán señalar el camino del sistema médico al psicosocial o bien podrán derivar sus pacientes exclusivamente al interior del sistema médico.

Tal situación también es percibida por los potenciales pacientes. Un ejemplo se aprecia en el siguiente extracto de una entrevista grupal del estudio chileno:

Mujer 1: *Yo creo que el psicólogo debe apoyarse en el médico, porque el médico a veces le dice a uno: "tienes que ir a un psicólogo, tú necesitas un psicólogo", pero no dice qué es lo que es un psicólogo, para las personas que no lo saben.*

Mujer 2: *Que le explique el porqué tiene que ir.*

Mujer 3: *Claro, entonces toda la gente, cuando le dicen que vaya al psicólogo piensa: "chuta, estoy tan mal que... estoy loca, que voy a tener que ir al psicólogo". Entonces, que el médico ayudara a esa persona y le dijera: "mira, no es que tú estés loca, o tan mal, sino que el psicólogo te puede ayudar en este aspecto, te puede escuchar". Entonces ahí uno va con otra imagen al psicólogo. (Entrevista grupal I, Chile, párrafos 84-87).*

De este modo, se puede concluir que son los médicos, en especial los generales y aquellos que trabajan en unidades de urgencia, quienes tienen una función de distribución en la red asistencial.

A continuación se presenta un caso (el Sr. R de la muestra alemana) en el cual se aprecia cómo se combinan los aspectos hasta aquí analizados, es decir, los elementos personales (la intensidad de la necesidad de ayuda) y los elementos institucionales (la función de distribución del sistema médico), agregándose el tercer aspecto, que es el factor azar.

Para una mejor comprensión del siguiente resumen, hay que señalar que la crisis con sintomatología psicosomática que se describe no es la primera para el Sr. R. Al contrario, desde hace varios años él sufre de una "neurosis cardíaca".

⁹ Este resultado aparece en ambos estudios.

Con base en sus tratamientos previos, opina que su problema debiera tratarse psicológicamente. No obstante esta convicción, al agravarse su sintomatología, el sigue el siguiente camino:

El Sr. R lleva cuatro semanas en el hospital general por problemas lumbares. Durante los últimos diez días de hospitalización se agregan trastornos del sueño (afirma que "no puede dormir porque no puede dejar de pensar"), ante lo cual él intenta tomar nota de todo "para deshacerse de los pensamientos", pero esto no le ayuda.

Cuando los médicos consideran darlo de alta, él quiere permanecer más tiempo allí, fundándose en sus síntomas psicológicos. En ese momento le sobreviene —como él mismo dice— "un ataque al corazón producido psíquicamente". No obstante esto, los médicos deciden darlo de alta. Tanto el hecho del alta como la explicación que le da el médico lo indignan, llegándose a una discusión entre ambos acerca de las posibilidades de futuros tratamientos. El Sr. R tiene deseos claros: quiere someterse a una psicoterapia y en ningún caso ser internado en un departamento psiquiátrico ni tomar psicofármacos.

"A pesar que me sentía muy mal, el médico me mandó a la casa. Y después vino el médico-jefe y dijo: 'Si usted quisiera quitarse la vida, si usted nos dijera eso, entonces usted podría quedarse aquí...' Eso no lo encontré justo... Además en ese caso hubiera terminado internado un piso más arriba, en el departamento de psiquiatría y me hubieran tratado con psicofármacos, y yo no quería ese tipo de tratamiento" (Sr. R, Alemania, p. 6).

"No quería recibir ningún psicofármaco, de ninguna manera...quería simplemente conversar, eso me es suficiente, es lo que me ayuda. Con conversaciones yo logro superar mis problemas. No se necesita para nada...eh, comenzar con medicamentos" (Sr. R, Alemania, p. 73).

Sin embargo, el médico, basado en obligaciones institucionales, argumenta en contra y decide mantener el alta. Así, el Sr. R es devuelto a su hogar, donde continúan los trastornos del sueño, agregándose estados angustiosos. En un momento de crisis angustiosa, llama por teléfono al médico de urgencia, el cual acude a su casa y le inyecta un tranquilizante. El Sr. R se tranquiliza pero continúa sin poder dormir. Entonces, llama al médico de urgencia por segunda vez, quien lo inyecta nuevamente y le recomienda acudir al hospital en caso que el medicamento no tenga el efecto deseado. El Sr. R, en su desesperación, se comunica telefónicamente con el hospital psiquiátrico y plantea su deseo de ser internado allí. Sin embargo, es rechazado con el argumento que reside fuera de la zona correspondiente al establecimiento. Se le recomienda acudir al

hospital donde había estado internado previamente por su problema traumatológico. A pesar de sus objeciones anteriores, el Sr. R llama entonces al departamento de psiquiatría de dicho hospital.

En este punto del "camino" del Sr. R conviene llamar la atención sobre el hecho que su experiencia previa, tanto en relación a sus síntomas como con el tratamiento de los mismos, le hace tener claridad respecto del tipo de ayuda profesional que quisiera obtener. Sin embargo, ocurre que, mientras su sintomatología se hace cada vez más invencible, decae su oposición frente a las formas de tratamiento previamente rechazadas, de tal manera que termina dispuesto a dejarse internar en el departamento de psiquiatría, posibilidad a la que en momentos previos se había opuesto terminantemente:

"Quería...ir al departamento de psiquiatría, o a cualquier lugar, me daba igual cualquier lugar, porque pensaba que estaba en el límite, que no podía seguir..." (Sr. R, Alemania, p. 9).

Esto muestra cómo la espera, sin la ayuda apropiada, juega un rol importante en la determinación del tipo de ayuda que se aceptará, porque intensifica la sintomatología y la sensación de llegar a los propios límites, "ablandando" las convicciones que el paciente pueda tener respecto de su posible tratamiento.

Volviendo a la descripción del camino del Sr. R, se debe agregar que el hospital en el cual estuvo internado a raíz de su problema traumatológico no sólo dispone de un departamento psiquiátrico sino, también, de un servicio de intervención en crisis, al cual el paciente, sin embargo, no fue derivado a pesar de coincidir éste con sus expectativas.

Como ya se dijera, el Sr. R llama al departamento psiquiátrico del hospital donde había estado previamente. Habla por teléfono con el neurólogo, el Dr. N, a quien conoce. A él le reitera su deseo de no ir al departamento psiquiátrico. El neurólogo, entonces, sin más trámite lo deriva al Servicio de Intervención en Crisis. El Sr. R acude de inmediato, tiene una entrevista de admisión con dos médicos del servicio y es admitido (el servicio ofrece una hospitalización de un máximo de diez días con un tratamiento psicoterapéutico individual y grupal) (Resumen del Sr. R, Alemania, pp. 27-31).

"(...) y estuvo al teléfono el Dr. N, quien me dijo inmediatamente: 'llame nuevamente en 2 minutos, intentaremos hacer algo por usted'.

Mientras tanto, él habló con el Servicio de Intervención en Crisis...y entonces fui para allá con mi mujer y también llevé cosas para el caso que me dejaran allí. Y así fue" (Sr. R, Alemania, p. 27).

Esta parte del "camino" del Sr. R muestra otro fenómeno: existen situaciones afortunadas y desafortunadas a lo largo del camino a través de las instituciones y estas situaciones dependen, en parte, del azar. Al final de su camino, el Sr. R está exactamente donde originalmente quería ser tratado, pero esto dependió de la casualidad, de que su llamado telefónico fuera recibido por alguien a quien conocía y que, a su vez, estaba informado acerca del tipo de tratamiento de un servicio en particular. Su camino hacia una institución que se hiciera cargo de su tratamiento podría haber terminado (es incluso más probable) en una unidad de psiquiatría, en contra de sus convicciones previas. Este fenómeno puede resumirse de la siguiente manera: desde el punto de vista individual, el azar juega un papel importante en la determinación del tipo de sistema asistencial —médico o psicosocial— y de las instituciones asistenciales específicas que finalmente se harán cargo de un determinado paciente.

También en el caso del Sr. F, anteriormente expuesto, no fue necesidad sino casualidad que llegara a médicos que lo alertaran sobre los aspectos psicológicos de sus problemas y le informaran acerca de instituciones psicosociales a las cuales podía acudir. Como lo indican las evidencias sobre derivación señaladas anteriormente, podría haber sido de otra manera.

Sin embargo, esta influencia del azar es de mayor importancia para el ingreso al sistema que para los caminos al interior de éste, los cuales, una vez "ingresado" el paciente, tienen un cierto carácter de predeterminación.

Un último aspecto de relevancia que emerge del análisis de las entrevistas realizadas en ambos países se refiere a la "resistencia" que las personas pueden ofrecer a determinadas derivaciones.

Si bien es cierto que los caminos de los pacientes están determinados por condiciones que no dependen de la voluntad individual, tales como las derivaciones —en especial las médicas—, el grado de sufrimiento personal —el que predispone a aceptar las condiciones externas— y el azar, también es cierto que el individuo pone límites.

Importante resulta aquí mostrar el caso de la Sra. C:

Ella comienza la búsqueda de ayuda para su hijo, quien había intentado suicidarse, en la Unidad de Primeros Auxilios (posta). El médico

la envía con su hijo a la Unidad de Neurología, desde donde, a su vez, es derivada a la Unidad de Salud Mental. En ésta le señalan que su hijo debe ser hospitalizado, frente a lo cual ella reacciona con una negativa rotunda:

"(...) que tenía que hospitalizarlo, uno o dos meses. Pucha, dije yo, no. Yo voy a golpear puerta tras puerta pero no me voy a separar del niño" (Sra. C, Chile, párrafo 70).

Tampoco le gustó el trato recibido allí:

"La doctora veía al niño, uno le decía algo y como que, en vez de ayudarla, la atacaba... entonces yo le explicaba a la doctora y ella daba a entender como que a mí el niño no me interesaba, y yo pienso que una madre, pa' llegar donde he llegado yo, es porque me interesan, son mis hijos (...) siempre teníamos pequeños altercados con la doctora" (Sra. C, Chile, párrafo 72).

Ante esto, decide seguir buscando otras opciones de atención, hasta que llega a preguntar al colegio del hijo. En ese lugar le señalan la existencia de un centro de atención psicológica comunitaria, al cual ella acude.

Los ejemplos antes expuestos ponen en evidencia que quienes buscan ayuda psicológica no sólo se adaptan al sistema asistencial sino que también seleccionan las ofertas atencionales en función de sus propias necesidades, deseos y expectativas. Es decir, dentro de determinados márgenes que dependen de las prácticas de derivación del sistema asistencial, del nivel de carga emocional del paciente y del azar, permanece un espacio que permite a los pacientes definir parcialmente el tipo de ayuda que recibirán.

DISCUSION

En relación a la primera etapa de la búsqueda de ayuda, se aprecia que los resultados se refieren a la confrontación de la persona con sus propios límites, la cual desemboca en la *decisión de pedir ayuda profesional*. Con respecto a los límites, se distinguió entre carga emocional y capacidad de autoayuda, con lo cual quedó en evidencia que los límites subjetivos de la segunda pueden ser suficientes para pedir ayuda, situación que se dio, sin embargo, sólo en personas de niveles sociales más altos (los cuales forman parte de la muestra alemana). En las personas de nivel socioeconómico bajo —es decir, una fracción de la muestra alemana y la totalidad de la muestra chilena— la decisión a buscar ayuda fue antecedida por la confrontación con los límites tanto emocionales como de autoayuda, coincidiendo, de este modo, con una situación de crisis. De los antecedentes

teóricos presentados para esta etapa es, entonces, el modelo de crisis el más consistente con los resultados presentados.

De los otros modelos teóricos presentados, el de Siegrist (1984) muestra menos puntos de contacto con los resultados, ya que enfoca la búsqueda de ayuda, demasiado estrechamente, desde una perspectiva profesional-médica. En los resultados aquí expuestos el punto de partida para la búsqueda de ayuda no necesariamente es un "síntoma", como señala Siegrist, sino que puede ser un problema de tipo psicosocial y, si bien aparecen síntomas, éstos en muchos casos no se perciben aislados de la situación problemática más general. Además de lo señalado, las etapas que incluye Siegrist son mucho más específicas de lo que las personas relatan como su propio proceso de toma de decisión. Por su parte, el modelo de Dörner (1975), presentado también como antecedente teórico, incluye en mayor medida que el de Siegrist la perspectiva de los pacientes o futuros pacientes. Sin embargo, también en este caso se aprecia que la especificidad y el orden de las etapas no coinciden necesariamente con la experiencia del caso individual, en el cual hay etapas que se obvian o que se fusionan. Ambos modelos esquematizan más bien un "tipo ideal" de trayectoria, aplicable sólo parcialmente a los casos individuales.

Es, entonces —como ya se mencionara—, el modelo de crisis el que aporta mayores puntos de encuentro con los resultados presentados. La crisis es vivida subjetivamente —y nombrada— como tal; las personas sienten sus límites, viven la angustia que ello implica y consultan, buscando un camino de salida a esta situación de tensión. Más allá de lo señalado, la diferenciación entre elementos tensionantes e intentos de superación, contenida en el modelo de crisis clásico (Caplan, 1964), se asocia con la diferenciación entre carga emocional y posibilidades de autoayuda, que surge del análisis de los resultados aquí presentados.

De este modo, la sensación subjetiva de cercanía al propio límite de resistencia emocional condiciona la selectividad y la precisión en la búsqueda de ayuda y se asocia con la posibilidad de desarrollar objetivos más o menos diferenciados para la ayuda psicológica.

Los resultados de la segunda etapa, la *búsqueda de ayuda* propiamente tal, incluyen el lugar de inicio de ésta y la posterior trayectoria del futuro paciente, la cual culmina con el comienzo de la relación de ayuda con una persona, que es percibida por todas las partes implicadas como la indicada.

Respecto del lugar en que se inicia la búsqueda de ayuda, se aprecia —en ambos estudios— que en primera instancia se acude a un profesional del sistema médico. Esto coincide plenamente con los resultados cuantitativos de estudios previos (Zintl-Wiegand *et al.*, 1978; Faust, 1981; Lenz, 1989) y muestra que el sistema médico resulta más familiar, culturalmente hablando, atribuyéndosele, además, un poder o autoridad social bastante mayor del que tienen los psicólogos.

Sin embargo, lo anterior no debe llevar a pensar en una actitud pasiva de parte de las personas frente a las órdenes médicas o de otros profesionales de la salud (incluyendo los psicólogos). Muy por el contrario, las investigaciones aquí expuestas muestran que los usuarios se cuestionan el accionar de los profesionales de la salud, al punto de efectuar verdaderas travesías al interior del sistema atencional para dar con los profesionales que les parecen competentes.

En relación a esto, cabe destacar, entre otros, el rol de las expectativas y la importancia de su explicitación como un medio para incrementar la correspondencia entre las necesidades de las personas que buscan ayuda y las características de las ofertas atencionales. Esto adquiere especial relevancia cuando profesionales y destinatarios de la ayuda pertenecen a sectores socioculturales diferentes.

Además, se pudo apreciar que en la trayectoria de quienes buscan ayuda inciden otros elementos. Uno de ellos, que no se debe desconocer, es la influencia del azar (señalada también por Goffman, 1972). La presencia de elementos fortuitos en el acceso a determinados especialistas puede ser un llamado de atención sobre el hecho que se dista bastante de estar haciendo un trabajo interdisciplinario o de coordinación entre profesionales de la salud. Como consecuencia de lo anterior, no existen criterios claros y consensuales sobre las áreas de competencia específica —y las de superposición— de los diferentes profesionales con los que interactúa quien acude a los sistemas de salud en búsqueda de ayuda.

BIBLIOGRAFIA

- Bergold, J.B. (1990). Apunte de la cátedra *Introducción a la psicología clínica*. Instituto de Psicología, Universidad Libre de Berlín.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York-London: Tavistock.
- Dilling, H., Weyerer, S. & Enders, I. (1978). En H. Häfner (Ed.), *Psychiatrische Epidemiologie*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.

- Dörner, K. (1975). *Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie und Medizin*. Frankfurt-New York: Campus.
- Faust, V. (1981). *Der psychisch Kranke in unserer Gesellschaft. Was befürchtet der psychisch Kranke vom Gesunden? - Was weiß der Gesunde vom psychisch Kranken? Ein epidemiologischer Vergleich zwischen dem Meinungsbild der Allgemeinheit und dem der Betroffenen*. Stuttgart: Hippokrates, Bd 1.
- Flick, U. (1990). Fallanalysen: Geltungsbegründung durch systematische Perspektiven-Triangulation. En G. Jüttemann (Ed.), *Komparative Kasuistik* (pp. 184-203). Heidelberg: Asanger.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Goffman, E. (1972). *Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17, 1-7.
- Krause Jacob, M. (1992a). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica - Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psyche*, 1, 41-52.
- Krause Jacob, M. (1992b). *Erfahrungen mit Beratung und Therapie - Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen*. Freiburg: Lambertus.
- Lenz, A. (1989). *Ländlicher Alltag und Familiäre Probleme - Eine qualitative Studie über Bewältigungsstrategien bei Erziehungs- und Familienproblemen auf dem Land*. Tesis de doctorado. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Marmar, C.R. (1990). Psychotherapy process research: progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13, 283-293.
- Siegrist, J. (1984). Krankheitsverhalten. En U. Baumann (Ed.), *Psychotherapie: Makro-Mikroperspektive*. Göttingen-Toronto-Zürich: Hogrefe.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1991). *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage.
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (1990). (Eds.) *Psychotherapie: Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer.
- Zintl-Wiegand, A., Schmidt-Maushart, Ch., Leisner, R. & Cooper, B. (1978). Psychische Erkrankungen in Mannheim: Eine klinische und epidemiologische Untersuchung. En H. Häfner (Ed.), *Psychiatrische Epidemiologie*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.