

ARTICULOS

**Estrategias de afrontamiento en psicóticos:
conceptualización y resultados
de la investigación**

**Coping strategies in psychotics:
conceptualization and research results**

SALVADOR PERONA GARCELÁN* y ANTONIO GALÁN RODRÍGUEZ

RESUMEN

En el presente trabajo se revisan las investigaciones llevadas a cabo para estudiar las conductas espontáneas de afrontamiento en pacientes psicóticos. Se hace un análisis del uso que se ha hecho en dichos trabajos del concepto de afrontamiento y se describen las principales categorías de afrontamiento utilizadas en la literatura, así como de los resultados más relevantes de estos estudios. Asimismo se concluye con aportaciones prácticas para el desarrollo y planificación de estrategias de intervención en este ámbito.

ABSTRACT

The paper reviews research carried out on spontaneous coping behaviour in psychotic patients. It describes the use of the concept of coping in these studies, the major categories of coping used in the literature, and relevant results. Finally, some practical contributions for the development and planning of intervention within this field are provided.

* Unidad de Rehabilitación de Area Virgen del Rocío. Avda. Kansas City, 32E, bajo. 41007 Sevilla (Spain) e-mail: sperona@correo.cop.es

PALABRAS CLAVE

Estrategias de afrontamiento, terapia cognitivo conductual, síntomas psicóticos, esquizofrenia.

KEY WORDS

Coping strategies, behavioural cognitive therapy, psychotic symptoms, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

El carácter activo del individuo ante las dificultades surgidas en el padecimiento de una enfermedad ha sido una realidad constatada tanto a nivel popular como científico. En este ámbito han aparecido aproximaciones con el objetivo de estudiar las diferentes conductas que los enfermos ponen en funcionamiento para hacer frente a sus trastornos y a las limitaciones derivadas de ellos. Pero la gran dificultad que podemos encontrar en dicho ámbito de trabajo es la multiplicidad de acercamientos realizados, de tal manera que resulta difícil obtener visiones globales e integradoras de las investigaciones en torno a cómo el individuo actúa ante estas situaciones.

Con frecuencia estas conductas son etiquetadas como "afrontamiento", un concepto con una larga historia que aparece vinculado actualmente a las aportaciones que Lazarus y Folkman (1986) realizaron dentro del marco de su Teoría Transaccional del Estrés. Estos autores recogieron un concepto que a un nivel intuitivo resultaba muy accesible, y al que dotaron de una estricta formulación teórica que facilitaba su uso a nivel científico. Pero a pesar del valor heurístico de este modelo y de su consiguiente popularización, el concepto de afrontamiento

sigue estando bastante disperso, de tal manera que bajo este rótulo se recogen procesos muy diversos, que van desde patrones de actividad neuroendocrina hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo (Crespo y Cruzado, 1997; López-Roig, 1991).

En nuestro ámbito de trabajo, el de la psicosis, podemos apreciar claramente cómo se reproduce esta situación que hemos planteado en otro lugar en torno al concepto de enfermedad en general (Galán Rodríguez, 2000). Así, en los estudios publicados hasta la fecha sobre afrontamiento en personas diagnosticadas de psicosis, se comprueba que un alto porcentaje de sujetos *afirman* no estar pasivos ante las dificultades y problemas de cada día, sino que ponen en práctica una serie de estrategias con el objeto de sentirse mejor. Más concretamente, se ha comprobado que el porcentaje de sujetos que dicen utilizar estrategias de afrontamiento oscila entre el 72% (por ejemplo, Tarrier, 1978; Dittmann y Schuttler, 1990) y el 100% (por ejemplo, Boker, Brenner, Gerstner, Keller, Muller y Spichtig, 1984; Brazo, Dollfus y Petit, 1995), excepto en los trabajos de Carr (1988) y de Carter, Mackinnon, y Copolov (1996) en los que aparecen cifras más bajas: el 50.2% y el 68% de los pacientes, respectivamente.

Si revisamos los estudios sobre las habilidades de afrontamiento en individuos diagnosticados de psicosis, podemos ver que este concepto ha recibido diferentes nombres desde que fueron publicados los primeros trabajos empíricos por Falloon y Talbot (1981) y Lange (1981). Desde entonces se ha utilizado una variedad de términos como *estrategias de afrontamiento* (por ejemplo, Falloon y Talbot, 1981), *reacciones de afrontamiento* (Lange, 1981), *conducta de autocontrol* (Breier y Strauss, 1983), *estrategias de autocuración* (Boker, Brenner, Gerstner, Keller, Muller y Spichtig, 1984), *esfuerzos autoprotectores* (Brenner, Boker, Muller, Spichtig y Wurgler, 1987), *técnicas de autoayuda para las alucinaciones auditivas* (Frederick y Cotanch, 1994) y *estrategias anti-alucinatorias* (Brazo, Dollfus y Petit, 1995).

Por tanto, nos encontramos ante múltiples conceptos restringidos, limitados a áreas de funcionamiento muy concretas (por ejemplo las alucinaciones) o a conductas particulares (por ejemplo las de autocontrol). El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de estas diversas aproximaciones parciales, intentando lograr así una visión general de lo que puede ser agrupado bajo el rótulo de "afrontamiento en la psicosis".

EL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO EN EL ÁMBITO DE LAS PSICOSIS

Concepciones del afrontamiento en el estudio de las psicosis

A pesar de la diversidad de denominaciones que hemos recogido, vamos a emplear en este trabajo la más aceptada y más frecuentemente usada, que es la de estrategia de afrontamiento. No obstante, todas ellas se refieren a los recursos personales que utilizan las personas con un diagnóstico de psicosis para manejar las demandas ocasionadas por su trastorno y las provenientes de su entorno. Sin embargo, hemos encontrado algunas diferencias en la concepción del afrontamiento entre los distintos autores que han estudiado este tema.

Hay un grupo, tal vez el más numeroso, que aborda el estudio del afrontamiento desde un punto de vista empírico y apoyándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) y Nuechterlein y Dawson (1984). Este modelo defiende la hipótesis de que todo individuo con un trastorno psicótico está predispuesto, o es vulnerable, a padecer crisis cuando entra en contacto con situaciones estresantes que le desbordan y que hacen, por tanto, que la sintomatología psicótica aflore. Pero también se afirma desde este modelo, que el individuo vulnerable no está

indefenso ante las agresiones del entorno, postulándose la existencia de una serie de variables protectoras que evitarían que el sujeto pudiera tener una recaída. Entre estas variables se encuentran los protectores biológicos como por ejemplo, la medicación antipsicótica, los sociales como las redes de apoyo social, y los personales como son en general las habilidades del sujeto para adaptarse a su medio (habilidades sociales, laborales, asertivas, instrumentales, etc.).

Este modelo ha estimulado en los últimos veinte años una gran cantidad de investigación, y también se han derivado del mismo estrategias para ayudar a estas personas a mejorar su calidad de vida. Entre ellas se encuentran todas aquellas que se han denominado "de afrontamiento", como el entrenamiento en habilidades sociales, habilidades de comunicación para los familiares de esquizofrénicos, etc. Sin embargo, estas estrategias han surgido de la experiencia y la investigación de los psicólogos clínicos y psiquiatras que trabajan en este campo; esto es, son estrategias que podríamos llamar "artificiales", pues están diseñadas por los profesionales de la salud mental y en muchos casos son extrañas para los sujetos, especialmente cuando se encuentran fuera de su marco ideológico,

cultural, o más concretamente, del fondo de creencias que permiten a un individuo entender su realidad. Por este motivo, muchos investigadores, al conceptualizar las psicosis desde el modelo de vulnerabilidad-estrés, han considerado la importancia de estudiar las habilidades "naturales" o "espontáneas" de afrontamiento.

Éste ha sido el marco de las primeras investigaciones sobre afrontamiento en los síntomas psicóticos (Falloon y Talbot, 1981; Tarrier, 1987 y Carr, 1988) que tanta influencia ha tenido posteriormente en este campo. Sin embargo, excepto en el caso de Yusupoff y Tarrier (1996), no hemos encontrado una definición clara de lo que entienden estos autores por afrontamiento. Ellos lo definieron como "*la autogeneración activa de procedimientos cognitivos y conductuales para influir directamente sobre los síntomas o disminuir la angustia resultante*" (Yusupoff y Tarrier, 1996, página 86). No obstante, acorde a este uso del término, el afrontamiento se refiere a todos aquellos recursos cognitivos y conductuales que los pacientes emplean para *defenderse* de los síntomas y de otras experiencias intrusivas.

En este sentido, es muy importante tener en cuenta varios elementos que están implícitos en estos trabajos. En primer lugar, podemos destacar la importancia

que tiene la detección de los antecedentes que provocan los síntomas, y que permiten que el sujeto pueda emplear "conscientemente" esos comportamientos (Falloon y Talbot, 1981; Breier y Strauss, 1983; Tarrier, 1987; Carr, 1988). En segundo lugar, y al contrario que en la Teoría Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1986), el concepto de afrontamiento está estrechamente unido a la efectividad de las estrategias. Éstas deben ser útiles y conseguir, por ejemplo, el objetivo de disminuir o eliminar la interferencia de las voces (Falloon y Talbot, 1981). En tercer lugar, destaca la importancia de conceptualizar el afrontamiento desde una perspectiva defensiva, es decir, el sujeto realiza tales comportamientos para defenderse de los síntomas, entendiendo estos fenómenos desde una perspectiva médica, como intrínsecamente negativos y expresión de una patología psiquiátrica subyacente. Por último, otra idea básica que se desprende de estos trabajos es la consideración del afrontamiento como una conducta molecular, contingente a la conducta problema y limitada en el tiempo, cuyo fin es la eliminación temporal del síntoma.

Hay otros dos enfoques en la literatura sobre el tema que, desde otra perspectiva, conceptualizan las estrategias de afrontamiento como procesos complejos, que no están

limitados en el tiempo como del enfoque descrito anteriormente.

El primero de ellos es el elaborado por Romme y Escher (1989, 1996) y Romme, Honig, Noorthoorn y Escher (1992). Los trabajos de investigación de estos autores se han desarrollado específicamente para estudiar las estrategias de afrontamiento ante las alucinaciones auditivas. Ellos presentan un enfoque muy diferente a los anteriores, entendiendo el afrontamiento como un proceso que facilita la integración de la experiencia alucinatoria en el vivir diario del paciente. Al no considerar las voces como un síntoma patognómico de la esquizofrenia o como algo necesariamente negativo, no entienden que el afrontamiento tenga que ser defensivo, sino que más bien podría relacionarse con la búsqueda de alguna clase de acomodación pacífica y de aceptación de las voces como "una parte de uno mismo".

En la comprensión de este enfoque es muy importante la consideración de las creencias o marcos de referencia que las personas mantienen sobre las voces. Romme y Escher (1989) han comprobado que el proceso de afrontamiento de éstas es complejo y que puede variar en relación con esos marcos. Su función consiste en proporcionarles un significado dentro de la vida del individuo, y por tanto, pue-

den constituir un factor decisivo en la buena o mala adaptación a aquéllas.

El otro enfoque se encuentra en un grupo de autores que estudian las estrategias de afrontamiento en pacientes psicóticos, recurriendo a conceptos provenientes de teorías específicamente elaboradas para el estudio del afrontamiento en otros trastornos y poblaciones. Concretamente, nos referimos a la aplicación al trastorno psicótico de la teoría de Lazarus y Folkman (1986) (por ejemplo, Boker, Brenner, Gerstner, Keller, Muller y Spichtig, 1984; Brenner, Boker, Muller, Spichtig y Wurgler, 1987; Thurm y Haefner, 1987; Wiedl y Schotter, 1991; Wiedl, 1992).

Desde esta perspectiva se define el afrontamiento como *"aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"* (Lazarus y Folkman, 1986, página 164). Estos autores han formulado un modelo transaccional del afrontamiento, en el que se destaca la relación bidireccional entre la persona y su ambiente. El presupuesto principal de este modelo es que un evento no es estresante por sí mismo, sino que su importancia está determinada por el significado que el indivi-

duo le atribuye a partir de procesos cognitivos de valoración. En este sentido, distinguen dos tipos de valoración, la primaria tiene que ver con la evaluación que hace el sujeto del evento, y la secundaria tiene que ver con la evaluación que hace de sus recursos para afrontar ese evento, en el caso que sea considerado como amenazante o peligroso.

Una característica de esta concepción del afrontamiento es que éste es considerado como un proceso muy relacionado con los contextos donde aparece el problema. Desde esta perspectiva, el afrontamiento no es un rasgo, sino más bien un estado constantemente cambiante que evoluciona según las demandas actuales de la relación del individuo con su ambiente o consigo mismo, especialmente cuando el objetivo de las actuaciones son los propios síntomas psicóticos o los trastornos cognitivos básicos ocasionados por la enfermedad.

Por último, hemos de destacar también que desde la definición de afrontamiento de Lazarus y Folkman se tienen en cuenta los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. La calidad de una estrategia (su eficacia e idoneidad) viene determinada solamente por sus efectos en una situación determinada y a largo plazo (Lazarus y Folkman, 1986).

Taxonomías de las estrategias de afrontamiento

En el intento de ordenar las múltiples conductas que un individuo utilizaría en sus procesos de afrontamiento, han surgido algunas clasificaciones de interés. Antes de abordar su exposición, es necesario realizar algunas observaciones en torno a la forma en que los autores han elaborado estas taxonomías.

Así, en primer lugar debemos llamar la atención sobre algunos aspectos terminológicos en la elaboración de dichas clasificaciones. En este sentido resulta destacable la distinción que puede ser establecida entre las *conductas de afrontamiento* por un lado y las *estrategias de afrontamiento* por otro. El primer término se emplea para referirse a aquellas conductas moleculares, observables y cuantificables que los sujetos emplean, conscientemente o no, para protegerse de las demandas provenientes del entorno o de su propia enfermedad; y el de estrategias de afrontamiento se usa para referirse a aquellas actuaciones que los sujetos emplean (conscientemente o no) de forma planificada y organizada para protegerse de las demandas provenientes del entorno o de su propia enfermedad. Sin embargo, esta distinción es muy difícil de hacer en la práctica, pues el término estrategia supone un grado de abstracción, introspección y fluidez

verbal del que muchos pacientes con el diagnóstico de psicosis no disponen a la hora de informar al investigador. Por ello, este segundo concepto es una abstracción del propio investigador, quien se limitaría a categorizar las conductas descritas en un término verbal de orden superior. Por ejemplo, si un paciente refiere que al escuchar voces en algunas ocasiones se va a dormir y en otras se relaja, el investigador concluye que el paciente utiliza estrategias de afrontamiento dirigidas a la reducción del *arousal*.

En segundo lugar debemos recoger los aspectos metodológicos presentes en la elaboración de estas taxonomías. En la revisión que hemos realizado, casi todos los estudios utilizan entrevistas semiestructuradas, organizadas en dos fases: en la primera se suele explorar los problemas que presenta el paciente (síntomas psicóticos, prodromos, eventos vitales estresantes, etc.) y a partir de esta información hay dos alternativas: a) realizar preguntas abiertas en las que se interroga directamente al paciente qué hace ante cada uno de esos problemas descritos en la primera fase; a partir de ahí se registra la frecuencia de las conductas específicas de afrontamiento y se clasifican según grupos generales en estrategias de afrontamiento (por ejemplo, Falloon y Talbot, 1981; Cohen y Berk, 1985; Tarrrier, 1987); y

b) proporcionar al paciente un listado predeterminado de conductas de afrontamiento, basado generalmente en investigaciones previas, para que identifique cuáles de ellas usa normalmente (por ejemplo, Carr, 1988; O'Sullivan, 1994; Carter y cols. 1996); y en un grupo muy pequeño de trabajos, se han utilizado cuestionarios estandarizados desarrollados a partir del estudio del afrontamiento en otras poblaciones (por ejemplo, Farhall y Gehrke, 1997; Van Den Bosch y Rombouts, 1997; MacDonald, Pica, McDonald, Hayes y Baglioni, 1998).

Las taxonomías de afrontamiento descritas en la literatura son muy variadas y no hay un acuerdo entre autores respecto a este tema. Para una mejor descripción y comprensión de las mismas podemos clasificarlas en dos grupos: estructurales y funcionales.

Las aproximaciones más frecuentes son las de carácter estructural. Éstas consisten en las descripciones de lo que el sujeto hace en un momento concreto ante determinadas situaciones que son valoradas como problemáticas. Estas clasificaciones se elaboran a partir de las conductas, agrupándolas según criterios arbitrarios y pragmáticos, sin basarse en una teoría específica sobre el afrontamiento. Aunque esas taxonomías son muy variadas, la más utilizadas son las realizadas en función del análisis topográfico

clásico usado tradicionalmente en la evaluación cognitivo conductual de cualquier problema de conducta. En estos casos se clasifican las estrategias de afrontamiento en conductuales, fisiológicas y cognitivas (Falloon y Talbot, 1981; Frederick y Contanch, 1994; Brazo, Dollfus y Petit, 1995). Diversos autores incluyen junto a las categorías anteriores, algunas otras, como por ejemplo estrategias sensoriales (TARRIER, 1987), afrontamiento social (Carr, 1988, Mueser, Valentine y Agresta, 1997), afrontamiento basado en estrategias médicas y en los propios síntomas (Carr, 1988). Otros trabajos presentan clasificaciones más generales, obtenidas a partir de la observación y práctica clínica, y que podrían incluirse en cualquiera de las agrupaciones antes descritas. Por ejemplo, Breier y Strauss (1983) realizan una clasificación en tres grupos: autoinstrucciones, reducción de la actividad e incremento de la actividad; y McNally y Goldberg (1997) la realizan sólo en el ámbito de las estrategias cognitivas (lógica y razón, objetivación, sustitución, distracción, etc.) (ver figura 1).

Un problema que presentan estas taxonomías es el carácter arbitrario de los criterios de clasificación, de tal forma que podemos encontrarnos una misma táctica o conducta de afrontamiento incluida en estrategias diferentes. Un claro

FIGURA 1
Estrategias de afrontamiento estructurales

<p>FALLOON Y TALBOT, 1981 FREDERICK Y COONTANCH, 1994 BRAZO, DOLLFUS Y PETIT, 1995</p> <p>Cambio de conducta Cambio del arousal fisiológico Método cognitivos</p>	<p>BREIER Y STRAUSS, 1983</p> <p>Autoinstrucciones Reducción de la actividad Incremento de la actividad</p>	<p>COHEN Y BERK, 1985</p> <p>Resistencia Tiempo fuera Entretimiento solitario Entretimiento social Rezar Estrategias médicas Drogas/alcohol Indefensión Aceptación</p>	<p>TARRIER, 1987</p> <p>Estrategias cognitivas Estrategias conductuales Estrategias sensoriales Estrategias fisiológicas</p>
<p>THURM Y HAEFNER, 1987</p> <p>Pedir ayuda Afrontamiento intrapsíquico Tomar medicación extra Cambio conductual</p>	<p>CARR, 1988</p> <p>Control conductual Control cognitivo Socialización Control médico Conducta sintomática</p>	<p>ROMME Y ESCHER, 1989</p> <p>Distracción Ignorar las voces Escuchar selectivamente Poner límites a las voces</p>	<p>KUMAR, THARA Y RAJKUMAR, 1989</p> <p>Diálogo interno Hablar con un familiar cercano o un amigo Buscar ayuda psiquiátrica Ajustar la medicación Actividad ocupacional</p>
<p>DITTMANN Y SCHÜTTLER, 1990</p> <p>Alejamiento Incremento del contacto interpersonal Control cognitivo Conducta sintomática Ajuste de la medicación Indefensión</p>	<p>CHADWIK Y BIRCHWOOD, 1994</p> <p>Resistencia a las voces Compromiso con las voces Indiferencia a las voces</p>	<p>McNALLY Y GOLDBERG, 1997</p> <p>Lógica y razón Objetividad Sustitución Distracción Cambio de actitud Comprobación de la realidad Voluntad Autoafirmación Humor</p>	<p>WAHASS Y KENT, 1997</p> <p>Estrategias religiosas Distracción Estrategias fisiológicas Cambio social Estrategias individualistas Estrategias de cesación de las voces</p>

ejemplo lo tenemos en la distracción; para Falloon y Talbot (1981) es una estrategia cognitiva, pero para Carr (1988) es una estrategia conductual.

Dentro de las estrategias que hemos denominado como estructurales, podemos destacar el trabajo de un grupo de autores que han aplicado la técnica matemática del análisis factorial (O'Sullivan, 1994; Carter y cols. 1996; Farhall y Gehrke, 1997). Concretamente, esto se ha hecho en relación con las alucinaciones auditivas, donde también aparece una gran disparidad entre distintas clasificaciones (ver figura 2).

Carter y colaboradores (1996) identificaron, en el análisis factorial de las 26 estrategias de afrontamiento que utilizaban los sujetos de su estudio, tres factores que explicaban el 81% de la varianza de sus datos. Como muestra la figura 2, los

tres factores ("estrategias basadas en el habla subvocal", "búsqueda de estimulación auditiva competitiva", y "respuestas bien integradas o intelectuales a un estímulo intrusivo") se asemejan a otras agrupaciones de tipo arbitrario realizada por autores comentados anteriormente. Por ejemplo, estos tres factores nos recuerdan a la taxonomía de Tarrier (1987), al mismo tiempo también coincide con los resultados de la investigación de Slade y Bentall (1989) sobre los factores claves (distracción, reducción de la ansiedad y focalización) que explican los resultados positivos de las intervenciones cognitivo conductuales aplicadas a las alucinaciones auditivas (para una extensa revisión sobre este tema ver Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1996).

Sin embargo, los resultados del análisis factorial de O'Sullivan (1994) y Farhall y Gehrke (1997) son muy

FIGURA 2

Estrategias de afrontamiento estructurales basadas en el análisis factorial

O'SULLIVAN, 1994	CARTER, MACKINNON Y COPOOLOV, 1996	FARHALL Y GEHRKE, 1997
Compromiso esperanzado y optimista	Estrategias basadas en el habla subvocal	Aceptación activa
Rechazo desesperado	Búsqueda de estimulación auditiva competitiva	Afrontamiento pasivo
Aceptación ambivalente	Respuestas bien integradas o intelectuales a un estímulo intrusivo	Afrontamiento resistente
Rechazo optimista		

diferentes a los del estudio anterior. Los factores que engloban las distintas estrategias de afrontamiento en estos trabajos tienen en común el hecho de basarse en el resultado final de dichas estrategias (por ejemplo, "compromiso esperanzado y optimista", "rechazo desesperado", "aceptación ambivalente" y "rechazo optimista"-O'Sullivan, 1994).

El segundo grupo de estrategias es la que hemos denominado funcionales. Los trabajos que han utilizado estrategias de tipo funcional son aquellos que provienen de la tradición investigadora de Lazarus y Folkman (1986). Una característica importante de este enfoque es que el afrontamiento es concebido en función de su papel en el proceso de adaptación al entorno, evitándose la confusión entre los objetivos y los resultados. Mientras que la función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia, el resultado se refiere al efecto que ésta tiene.

Desde esta perspectiva se destacan dos funciones básicas del afrontamiento que permiten establecer una clasificación de las estrategias en dos grupos: a) *afrontamiento dirigido al problema*, que se refiere a aquellos comportamientos orientados a manipular o alterar el problema; y b) *afrontamiento dirigido a la emoción*, que recoge aquellos comportamientos cuya función es la de regular la respues-

ta emocional a que el problema da lugar (Folkman y Lazarus, 1980).

En el estudio de sujetos con el diagnóstico de psicosis, también se ha empleado esta taxonomía en varios trabajos en relación con el afrontamiento de los trastornos cognitivos básicos (Boker, Brenner y cols. 1984; Brenner, Boker y cols. 1987; Boker, Brenner y cols. 1989; Takai y cols. 1990; Wiedl y Schotter, 1991; Wiedl, 1992) y a los síntomas psicóticos positivos y negativos (Mueser, Valentine y Agresta, 1997; Middelboe y Mortensen, 1997; MacDonald y cols. 1998).

En este contexto de trabajo, la denominación utilizada ha variado ligeramente, usándose las expresiones *esfuerzos compensatorios orientados a la resolución de problemas* y *esfuerzos compensatorios no orientados a la resolución de problemas* para referirse a las categorías propuestas por Folkman y Lazarus (1980) de *afrontamiento dirigido al problema* y *afrontamiento dirigido a la emoción* respectivamente. En este sentido, el primer concepto ha sido definido por Brenner, Boker y cols. (1987) como esfuerzos autoprotectores conscientes y directamente dirigidos a enfrentarse con la fuente del trastorno; y el segundo como esfuerzos conscientes para negar, aislarse o alejarse, y en general, evitar las consecuencias emocionales del trastorno (ver figura 3).

FIGURA 3
Estrategias de afrontamiento funcionales

<p>BÖKER, BRENNER ET AL. 1984 BRENNER, BÖKER ET AL. 1987 BÖKER, BRENNER ET AL. 1989</p>	<p>Alejamiento /evitación</p>	<p>Cambio Conductual</p>	<p>Intervención estratégica</p>	<p>Estrategia médica</p>	<p>Resistencia</p>	<p>Estudios compensatorios orientados a la resolución de problemas</p>	<p>Estudios compensatorios no orientados a la resolución de problemas</p>	<p>mas</p>
<p>TAKAI, UEMA TSU, KAIYA, INOUE Y UEKI, 1990</p>	<p>Nivel de afrontamiento:</p>	<p>Conductual</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Emocional</p>	<p>Dirección del afrontamiento:</p>	<p>- Esfuerzos centrados en el problema</p>	<p>- Esfuerzos no centrados en el problema</p>	<p>Afrontamiento no social</p>
<p>WIEDL Y SCHÖTTER, 1991 WIEDL, 1992</p>	<p>Afrontamiento cognitivo</p>	<p>Afrontamiento conductual</p>	<p>Afrontamiento no social</p>	<p>Afrontamiento no social</p>	<p>Afrontamiento focalizado en el problema</p>	<p>Afrontamiento focalizado en la emoción</p>	<p>Dirección del afrontamiento</p>	<p>- Estrategia dirigida a la no resolución de problemas</p>
<p>MUESER, VALENTINE Y AGRESTA, 1997</p>	<p>Nivel de afrontamiento</p>	<p>Control cognitivo</p>	<p>Control conductual</p>	<p>Cambio social</p>	<p>Cambio fisiológico</p>	<p>Conducta sintomática</p>	<p>Afrontamiento cognitivo</p>	<p>Afrontamiento cognitivo</p>
<p>MIDDELBOE Y MORTENSEN, 1997</p>	<p>Nivel de afrontamiento</p>	<p>Control cognitivo</p>	<p>Control conductual</p>	<p>Cambio social</p>	<p>Cambio fisiológico</p>	<p>Conducta sintomática</p>	<p>Afrontamiento cognitivo</p>	<p>Afrontamiento cognitivo</p>

El nivel de desarrollo conceptual en estos trabajos ha sido claramente mayor, debido tal vez a la herencia del trabajo proveniente del estudio del afrontamiento en otras áreas, como en el de la salud física y en otras poblaciones dentro del campo de la salud mental. Un ejemplo lo tenemos en la combinación de los criterios estructurales con los funcionales en autores como Wiedl y Schotter (1991), Wiedl (1992), Mueser, Valentine y Agresta (1997) y Middelboe y Mortensen (1997), donde se establecen dos ejes para la clasificación de las estrategias de afrontamiento. En el primero, que denominan *nivel de afrontamiento*, se incluye las categorías estructurales de Carr (1988) o Falloon y Talbot (1981); y en el segundo eje, que denominan *dirección del afrontamiento*, incluyen las taxonomías funcionales de Folkman y Lazarus (1980 - ver figura 3). Por tanto, en estos últimos estudios tenemos una taxonomía de estrategias de afrontamiento formada por una matriz de doble entrada que permite estudiarlas desde una perspectiva multidimensional aportando datos muy relevantes en este campo.

AMBITOS DE INTERÉS

Estrategias de afrontamiento más utilizadas por las personas diagnosticadas de psicosis

Desde los primeros trabajos, la principal preocupación de los distin-

tos autores era demostrar que los pacientes con el diagnóstico de psicosis eran capaces de afrontar sus problemas, pero además estaban muy interesados en averiguar cuáles de éstas estrategias eran las más utilizadas. En el apartado anterior hemos mostrado que estos individuos afirman no estar pasivos ante sus dificultades, y hemos descrito las taxonomías encontradas en los diferentes estudios. Como recordará el lector, clasificábamos dichas estrategias de afrontamiento en estructurales y funcionales. Siguiendo esta clasificación a continuación vamos a presentar los resultados de las investigaciones sobre este tema.

Desde un punto de vista estructural, hemos encontrado que las estrategias de tipo conductual son las más utilizadas (por ejemplo, Breier y Strauss, 1983; Kanas y Barr, 1984, Carr, 1988; Takai, Uematsu, Kaiya, Inoue y Ueki, 1990; Wiedl y Schotter, 1991; Kinoshita, Yagi, Inomata y Kanba, 1991; Yagi, Kinoshita y Kanba, 1992; Middelboe y Mortensen, 1997; Pallanti, Quercioli y Pazzagli, 1997), como por ejemplo, la realización o decremento de actividades de tipo ocupacional, ver la televisión, salir a pasear, hacer deporte, tocar un instrumento musical, etc. Otros autores informan que las estrategias conductuales son las más usadas junto con las cognitivas o sociales (TARRIER, 1987; Kumar, Thara y Rajkumar, 1989; Mueser,

Valentine y Agresta, 1997), como por ejemplo, el uso de autoinstrucciones, escuchar atentamente las voces, parada de pensamiento, conversar con un amigo, salir con alguien, etc. Por último, tenemos un pequeño grupo de investigaciones en el que es difícil concluir cuál es el tipo de estrategia más utilizada, debido a la gran variedad y dispersión de respuestas de los sujetos ante los distintos estresores (Falloon y Talbot 1981; O'Sullivan, 1994; Wahass y Kent, 1997). Por ejemplo, Falloon y Talbot (1981) encontraron que los sujetos de su estudio utilizaban principalmente como estrategias para afrontar sus voces: la relajación (una estrategia dirigida a la reducción del *arousal*), el incremento de las actividades de ocio (estrategia de tipo conductual) y la reducción de la atención (estrategia de tipo cognitivo).

Los trabajos en los que se han usado estrategias de tipo funcional presentan un panorama algo confuso. En algunos de ellos se concluye que los pacientes con el diagnóstico de psicosis utilizan fundamentalmente estrategias dirigidas a la resolución de problemas cuando afrontan las dificultades producidas por los trastornos cognitivos básicos y los síntomas psicóticos (Boker, Brenner, Gerstner, Keller, Muller, y Spichtig, 1984; Brenner, Boker, Muller, Spichtig y Wurgler, 1987; Takai, Uematsu, Kaiya, Inoue

y Ueki, 1990; Middelboe y Mortensen, 1997). En otros, se demuestra que usan estrategias dirigidas a la emoción o a la no resolución de problemas (Van Den Bosch, Van Asma, Rombouts y Louwerens, 1992; Van Den Bosch y Rombouts, 1997; MacDonald y cols., 1998); y también hay otros, en los que estos pacientes no utilizan de forma predominante ninguna de esas estrategias (Wiedl y Schotter, 1991; Wiedl, 1992; Mueser, Valentine y Agresta, 1997).

Ante estas dificultades, hay autores que han planteado la hipótesis de que probablemente estas diferencias pueden ser explicadas por la mediación de otras variables. Concretamente Wiedl y Schotter (1991), en un primer análisis de los resultados de su investigación, no encontraron diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas o a la emoción. Sin embargo, en un segundo análisis, agruparon a los sujetos en relación con el grado de tensión subjetiva (tensión alta versus baja) y encontraron un patrón de respuesta muy claro y diferente en función de esta variable. Los pacientes que experimentaban altos niveles de tensión exhibían fundamentalmente estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, mientras que los sujetos de baja tensión, utilizaban las estrategias dirigidas a la resolución de problemas.

En este sentido, Van Den Bosch y Rombouts (1997) han encontrado una relación entre variables cognitivas y estilo de afrontamiento. En dicho estudio han podido diferenciar claramente tres modelos de afrontamiento que correlacionan con determinados patrones de funcionamiento cognitivo:

El primero consiste en la correlación entre modelos de afrontamiento basado en la resolución de problemas, distracción y aceptación cognitiva (que han denominado "*afrontamiento sano*" y que se corresponde en parte con las estrategias de afrontamiento basadas en la resolución de problemas), con autoinformes de mayor control cognitivo (concretamente el informe subjetivo por parte de estos pacientes de mayor capacidad de procesamiento y mayor control atencional).

El segundo modelo, denominado por estos autores como "*afrontamiento desmoralizado*" (que como se puede ver se asemeja al constructo de estrategia de afrontamiento basado en la emoción), consiste en la correlación entre estrategias de afrontamiento basadas en la evitación y la preocupación, con un funcionamiento cognitivo disfuncional (sobrecarga y distraibilidad), experiencia subjetiva de malestar y con un alto nivel de esfuerzo mental durante la realización de tareas de ejecución cognitiva.

El tercer modelo está basado en la correlación entre estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo y expresión emocional y una ejecución cognitiva pobre en tareas atencionales objetivas (concretamente en el *Continuous Performance Test*), es decir, este estilo de afrontamiento dependiente está conectado con unas pobres habilidades de procesamiento objetivas sin ir acompañadas de malestar subjetivo.

Por último, resultados de otros estudios muestran datos parecidos a los anteriores; por ejemplo, Pallanti, Quercioli y Pazzagli (1997) han demostrado también que el grado de malestar subjetivo explica la diferencia de utilización de estrategias de afrontamiento, y McDonald y cols. (1998) han mostrado que las distintas valoraciones de control de las situaciones estresantes por parte de sus pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, determinan el uso de estrategias de afrontamiento basadas en la resolución de problemas o en la emoción, coincidiendo con los resultados obtenidos por Wiedl y Schotter (1991) y Van Den Bosch y Rombouts (1997).

En resumen, parece ser que la utilización de una estrategia de afrontamiento concreta puede estar determinada por la propia apreciación que tiene el individuo de sus dificultades cognitivas, y por la carga emocional que estos experimentan cuando se enfrentan a un

determinado estresor. Esto hace que las estrategias basadas en la resolución de problemas sean usadas por los sujetos cognitivamente más competentes y por tanto con menor tensión subjetiva, y las basadas en la emoción por aquellos con mayores dificultades. Esto probablemente explique, por un lado, los resultados aparentemente contradictorios encontrados en la literatura respecto a las estrategias funcionales, y por otro, el uso masivo de estrategias de tipo conductual, debido al menor coste cognitivo que supone para el sujeto su puesta en práctica. Sin embargo, la metodología correlacional empleada en estos estudios no permite determinar si estas dificultades cognitivas y emocionales son la causa de determinados estilos de afrontamiento, o si más bien, determinados estilos de afrontamiento o la naturaleza e intensidad de los estresores, son la causa de dichas dificultades cognitivas y emocionales. Esta es una cuestión que aún está por resolver empíricamente.

Relación entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas presentados por las personas diagnosticadas de psicosis

Un grupo de trabajos han intentado averiguar la relación entre los síntomas psicóticos y no psicóticos que padecen los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y el uso de las estrategias de afrontamiento

(Breier y Strauss, 1983; Cohen y Berk, 1985; Tarrier, 1987; Carr, 1988; Takai y cols., 1990; Wiedl, 1992; Brazo, Dollfus y Petit, 1995; Carter y cols., 1996; Middelboe y Mortensen, 1997; Mueser, Valentine y Agresta, 1997; McDonald y cols., 1998).

Breier y Strauss (1983) y Tarrier (1987) han encontrado que los pacientes psicóticos no utilizan estrategias de afrontamiento dirigidas específicamente para defenderse de los efectos indeseables de determinados síntomas. Ellos, más bien, concluyen que los sujetos de sus investigaciones utilizan indiscriminadamente aquellas estrategias que les han sido más útiles en el pasado.

Si bien es cierto que en general las investigaciones muestran que estos pacientes usan una gran variedad de estrategias para afrontar un mismo síntoma, en algunos trabajos en los que se usan taxonomías estructurales, se comprueba que las estrategias cognitivas son preferentemente utilizadas para afrontar las ideas delirantes y las alucinaciones (Cohen y Berk, 1985; Carr, 1988; Wiedl, 1992; Boschi, Adams; Bromet, Lavelle, Everett y Galambos, 2000), y las estrategias de cambio conductual para afrontar la ansiedad, la depresión (Cohen y Berk, 1985; Carr, 1988), el retardo y la inhibición motora, los trastornos del pensamiento (Carr, 1988) y algunos síntomas psicóticos nega-

tivos como la apatía (Mueser, Valentine y Agresta, 1997).

En los trabajos en los que se ha utilizado una metodología de tipo correlacional, se ha encontrado asociaciones negativas entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología general. Takai y sus colaboradores (1990), por ejemplo, han hallado respecto a índices de psicopatología general, que puntuaciones altas en el BPRS (*The Brief Psychiatric Rating Scale* de Overall y Gorham, 1962) total, y más concretamente en las subescalas de hostilidad, suspicacia, trastorno del pensamiento y activación, coinciden con el uso de pocas estrategias de afrontamiento basadas en el cambio conductual, en el alejamiento y evitación, y con una baja puntuación total en el uso general de estrategias de afrontamiento.

Respecto a la relación entre afrontamiento y sintomatología psicótica positiva y negativa, Middelboe y Mortensen, (1997) y McDonald y cols. (1998) han encontrado también una correlación negativa entre la suma total de estrategias de afrontamiento y las estrategias basadas en la resolución de problemas, y los síntomas negativos medidos a través del SANS (*The Scale for the Assessment of Negative Symptoms* de Andreasen, 1983); es decir, la presencia de altas puntuaciones de síntomas psicóticos negativos coincide con el uso de pocas

estrategias de afrontamiento basadas en la resolución de problemas, y con bajas puntuaciones en los índices totales de afrontamiento. Estos resultados son compatibles con los de Wiedl (1992), en los que se muestra que el afrontamiento orientado a la emoción ocurre mucho más a menudo en aquellos pacientes que presentan mayor cantidad de síntomas negativos. Con respecto a los síntomas positivos, Middelboe y Mortensen (1997), han encontrado una correlación positiva entre este tipo de síntomas, medidos con la escala SAPS (*The Scale for the Assessment of Positive Symptoms* de Andreasen, 1984), y estrategias de afrontamiento basadas en la emoción; esto es, la presencia de muchos síntomas positivos coincide también con un mayor uso de estrategias basada en la emoción.

A través de los resultados de estos estudios, volvemos a toparnos con el problema de no saber si los distintos niveles de sintomatología determinan el mayor o menor uso de estrategias de afrontamiento o, al contrario, el mayor uso de las estrategias de afrontamiento hace que los pacientes experimenten menos síntomas de su trastorno. En este sentido, para intentar llegar a una aproximación algo más satisfactoria a la resolución de este problema, Middelboe y Mortensen (1997) han aplicado a sus datos un análisis de regresión lineal, y han

comprobado que el número total de estrategias de afrontamiento usadas y las estrategias basadas en la resolución de problemas son precedidas por mayores puntuaciones en la sintomatología general según el BPRS, bajas puntuaciones en síntomas psicóticos negativos según la SANS y una mayor conciencia de padecer un trastorno mental. Sin embargo, las estrategias basadas en la emoción no revelan tal modelo. Solamente si el BPRS era suprimido de la ecuación se evidenciaba que el incremento de los síntomas psicóticos positivos precedía significativamente el uso de estrategias de afrontamiento basadas en la emoción.

Efectividad de las estrategias de afrontamiento en personas con el diagnóstico de psicosis

Aunque Lázarus y Folkman (1986) no incluyeron en la definición de afrontamiento el componente de eficacia de las estrategias en el alivio, disminución, adaptación o resolución de las dificultades de los pacientes, una gran mayoría de autores que trabajan en el campo de las psicosis han considerado muy relevante este factor, pues tiene implicaciones fundamentales tanto a nivel teórico como tecnológico.

Sin embargo, no es fácil abordar el estudio de la eficacia del afrontamiento, pues al analizar la literatura

sobre este tema, encontramos dos problemas: uno es el referido a la conceptualización del afrontamiento (que ya ha sido tratado en el primer punto de este trabajo) y por tanto, lo que se entiende por eficacia desde cada una de las perspectivas; y el segundo problema tiene que ver con la metodología que se ha seguido para su estudio. A continuación vamos a describir cada una de las distintas formas de entender la eficacia del afrontamiento y la metodología usada para su valoración.

Desde una primera aproximación, algunos trabajos han considerado que una estrategia de afrontamiento es eficaz por el simple hecho de que es utilizada por el paciente, esto es, *las estrategias más efectivas son aquellas que son utilizadas con mayor frecuencia* (Cohen y Berk, 1985; Carr, 1988; O Sullivan, 1994). Por otro lado, y desde un punto de vista muy parecido al anterior, otros autores como Brazo, Dollfus y Petit (1995) afirman que cuando se encuentra una relación significativa entre un tipo de síntoma y una estrategia, se puede concluir que es significativamente eficaz y por tanto, más frecuentemente utilizada. Desde nuestro punto de vista, si bien es posible que en algunos casos las utilicen porque son efectivas, el simple uso no es garantía de efectividad. Una persona puede poner en práctica determinados comportamientos, simplemente porque no ha aprendi-

do otros a lo largo de su vida, y no porque estos sean eficaces para afrontar sus dificultades. De hecho, Carter y cols. (1996), han encontrado que las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los sujetos de su investigación no son las más efectivas, y por el contrario, las más efectivas solamente son usadas por una proporción muy baja de pacientes.

En una segunda aproximación se han planteado el problema de la efectividad intentando obtener medidas indirectas de los sujetos, infiriéndola a través de otros indicadores. Una de esas orientaciones fue la planteada por Falloon y Talbot (1981). Estos autores han intentado relacionar los mecanismos de afrontamiento con el nivel de adaptación de los pacientes a las voces. Lo hicieron a través de una evaluación clínica global de la adaptación de cada paciente a la experiencia alucinatoria usando una escala de tres puntos (buena, regular y pobre adaptación). En este trabajo, la efectividad se valora indirectamente agrupando a los sujetos en esas tres categorías, y a partir de ahí, averiguan cuáles son los mecanismos de afrontamiento más usados en función de los niveles de adaptación. Por tanto, desde esta perspectiva, se deduce que los pacientes mejor adaptados (es decir, aquellos que están menos afectados o menos incapacitados por sus voces), son

los que utilizan las estrategias de afrontamiento más efectivas.

Un procedimiento parecido, aunque algo más complejo, es el utilizado por Lee, Lieh-Mak, Yu y Spinks (1993). Mediante una metodología de tipo correlacional, han intentado averiguar si hay relación entre las estrategias de afrontamiento y una serie de indicadores de resultado como el ajuste social o a la vida cotidiana, la calidad de vida y la sintomatología.

Aunque estas orientaciones pueden ser consideradas como un acercamiento interesante al problema en cuestión, consideramos que presentan varios problemas no resueltos. El primero consiste en que el concepto de adaptación, o el de calidad de vida, es muy amplio y ambiguo, y desconocemos si los sujetos mejor adaptados, o con mejor calidad de vida, lo son por el uso de determinadas estrategias afrontamiento, o más bien, por la intervención de otros factores que también tienen que ver con estas variables (intensidad de la experiencia alucinatoria, nivel de apoyo social recibido, grado de cronicidad del trastorno, habilidades del sujeto, tratamientos recibidos, etc.). El otro problema es que desconocemos la efectividad de la estrategia a través de la valoración subjetiva del propio paciente.

En una tercera aproximación, algunos autores han planteado el

problema de *la efectividad a partir de la valoración del propio paciente* (por ejemplo, Tarrier, 1987; Dittman y Schuttler, 1990; Carter y cols., 1996; Middelboe y Mortensen, 1997; Mueser, Valentine y Agresta, 1997; MacDonald y cols., 1998). Para ello, normalmente se utilizan medidas ordinales tipo Likert, en el que el sujeto tiene que valorar la efectividad en escalas de tres o más puntos. Por ejemplo, Tarrier (1987) y Middelboe y Mortensen (1997) pidieron a sus pacientes que valorasen cada estrategia como "muy exitosa" (desaparición completa del síntoma), "moderadamente exitosa" (reducción moderada de los síntomas o desaparición temporal) y "poco o nada exitosa"; o en escalas analógico digitales de cinco puntos en el que se le pregunta al paciente por el éxito o el grado de satisfacción con el resultado de sus estrategias de afrontamiento (Wiedl y Schotter, 1991; Mueser, Valentine y Agresta, 1997). Hemos de destacar que todas estas aproximaciones metodológicas se caracterizan por definir la efectividad como un constructo unidimensional, esto es, *se valora la efectividad solamente con relación al éxito en la eliminación del problema*.

No obstante, en otros trabajos se plantea una conceptualización más compleja de la efectividad del afrontamiento, aunque siempre dentro de una orientación basada en la eliminación del problema.

Ésta consiste en plantearlo como un constructo multidimensional. Farhall y Gehrke (1997), por ejemplo, pidieron a los sujetos de su estudio que valoraran las estrategias de afrontamiento de las alucinaciones auditivas en función del grado de control que podían ejercer sobre las voces, la disminución del nivel de angustia y una medida global de eficacia del afrontamiento. En este sentido, nos parece muy interesante el planteamiento multidimensional llevado a cabo en otro trabajo realizado por Wahass y Kent (1997) en relación también al afrontamiento de las alucinaciones auditivas. Las dimensiones valoradas fueron las siguientes:

- Capacidad del sujeto para eliminar las voces.
- Capacidad para disminuir la angustia provocada por las voces.
- Capacidad para ignorarlas.
- Capacidad para hacer que las voces sean más silenciosas.
- Capacidad para dudar del contenido y hacerlas menos creíbles.

Los pacientes valoraron cada una de estas dimensiones con una escala de cinco puntos, en función del grado de convicción en torno a estas capacidades.

Una última aproximación, aunque muy poco desarrollada, es la

propuesta por Romme y Escher (1989, 1996) y Romme, Honig, Noorthoom y Escher (1992). Como hemos comentado al comienzo de este trabajo, el objetivo del afrontamiento desde este enfoque no consiste en la eliminación del problema como en los trabajos anteriores, sino en la acomodación del sujeto al mismo. Por tanto, *la efectividad consiste en valorar la capacidad que tiene el sujeto para integrar, por ejemplo la experiencia alucinatoria, en el vivir diario*, es decir, lograr la aceptación de las voces como "una parte de sí mismo", no considerándose dicha experiencia necesariamente negativa. Para ello, los sujetos de su estudio fueron agrupados, según se ajustasen al criterio expresado anteriormente, en buenos afrontadores (aquellos con o sin patología psiquiátrica para los que las voces no eran un problema y llevaban una vida normalizada) y malos afrontadores (aquellos individuos que no habían conseguido tal integración de la sintomatología en su vida diaria). A partir de dicha clasificación estudiaron, basándose en el propio informe de los sujetos, las diferencias en las estrategias de afrontamiento.

Hasta aquí hemos comentado las distintas formas de entender la efectividad del afrontamiento y también hemos apuntado de forma muy general los procedimientos para su valoración. Ahora es el

momento de preguntarnos si las estrategias de afrontamiento son útiles en pacientes con el diagnóstico de psicosis. Como ya puede suponer el lector, ésta no es una empresa fácil debido a los problemas respecto a la polisemia de este concepto, y también, debido a que hay pocos estudios que hayan *afrontado* este tema directamente. Para ello, vamos a basarnos en todos los trabajos realizados, excepto en aquellos que han utilizado la primera aproximación descrita, es decir, la que identifica la eficacia con la utilización de los mecanismos de afrontamiento. Como hemos comentado anteriormente, esta es una forma muy deficiente de entender dicho concepto.

En general, según los resultados de esos estudios, podemos decir que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes psicóticos oscilan entre unos valores de eficacia moderada a baja. Mientras que solamente en los trabajos de Tarrier (1987) y MacDonald y cols. (1998) se afirma que los sujetos que participaron en sus investigaciones presentan una capacidad moderada para eliminar o controlar sus síntomas, en un grupo mayor de investigaciones (Wiedl y Schotter, 1991; Wiedl, 1992; Lee, Lieh-Mak, Yu y Spinks, 1993, Carter y cols., 1996; Farhall y Gehrke, 1997; Middelboe y Mortensen, 1997) se

concluyen que dicha capacidad es baja. Y en otro estudio (Takai y cols., 1990) se afirma que la efectividad de las estrategias espontáneas de afrontamiento no está demostrada. Solamente hemos encontrado dos trabajos en los que se muestra que el afrontamiento en psicóticos es eficaz (Dittman y Schuttler, 1990; Mueser, Valentine y Agresta, 1997).

Más concretamente, donde se ven más claramente los resultados negativos es en el afrontamiento de las alucinaciones auditivas, mostrándose en todos los trabajos revisados que la mayoría de los pacientes con el diagnóstico de psicosis utilizan recursos poco efectivos para el afrontamiento de las voces. Cuando se trata de la sintomatología psicótica en general y los síntomas negativos en particular, la perspectiva cambia ligeramente, aunque el panorama no es mucho mejor. Dittman y Schuttler (1990) encontraron que el 86% de las pacientes describieron cambios específicos en su conducta debido al uso de estrategias de afrontamiento, y Mueser, Valentine y Agresta (1997) encontraron que eran efectivas para afrontar los síntomas negativos como la apatía.

A partir del análisis detallado de estos trabajos, no tenemos datos suficientes para concluir que las estrategias de afrontamiento por sí mismas no sean efectivas, sino

más bien, y apoyando la afirmación de Carter y colaboradores (1996), lo único que podemos afirmar es que los pacientes utilizan estrategias de afrontamiento poco útiles o inefectivas. Como podemos apreciar de nuestra revisión, aparece en todos los trabajos un porcentaje de sujetos (aunque bajo) que sí son capaces de resolver adecuadamente sus dificultades y problemas relacionados con su trastorno. Por tanto, nuestra tarea a continuación es la de averiguar cuáles son las estrategias de afrontamiento exitosas en estos sujetos, así como las condiciones de su aplicación.

Aunque parezca paradójico, en el caso de las alucinaciones las estrategias de confrontación directa con las voces, basadas principalmente en realizar acciones para su eliminación (el distraerse, hacer relajación, tararear, conversar con otros, etc.), incrementa la angustia y la frecuencia de las voces. No obstante, las estrategias basadas en la aceptación del síntoma (por ejemplo, escuchar atentamente las voces y aceptar lo que dicen) y el afrontamiento pasivo (no hacer nada y depender más bien de fuentes externas de apoyo, por ejemplo "poner mi confianza en Dios"), esto es, exponerse directamente a las voces sin resistirse a ellas, producen una disminución de la angustia, pero no necesariamente de la fre-

cuencia de las mismas (Farhall y Gehrke, 1997).

Romme y Escher (1989, 1996) y Romme, Honig, Noorthoom y Escher (1992), han encontrado que los sujetos que afrontan bien las voces son aquellos que tienen más capacidad para ignorarlas cuando lo desean, usan más la escucha selectiva y les ponen límites de forma selectiva; en definitiva, aquellos que no rechazan las voces y las aceptan como un evento más en sus vidas, mientras que las personas que tienen dificultades para afrontarlas hacen más uso de estrategias basadas en la distracción (hacer deporte, darse una ducha, ver televisión, meditación, yoga, etc.). Resultados parecidos son los obtenidos por Nayani y David (1996), en los que se muestra que los intentos de control por parte de sus pacientes no consiguen modificar las frecuencias de alucinaciones, pero la interacción positiva con las voces (por ejemplo, conversando con ellas o hablar a otros sobre ellas) disminuye la angustia; por el contrario, estos autores detectaron que había comportamientos que incrementan la frecuencia de voces como por ejemplo, ver televisión o escuchar la radio, que son claramente estrategias de distracción.

En este sentido, Brazo, Dollfus y Petit (1995), aunque consideran que la eficacia del afrontamiento

tiene que ver con su utilización, expresaron su sorpresa al encontrar en su estudio que "no siempre hay lógica entre la existencia de una estrategia de afrontamiento, su eficacia, y su frecuencia de utilización, por ejemplo, la aceptación de las voces es una estrategia poco usada, pero muy efectiva" (página, 458).

En relación con los trastornos cognitivos básicos de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y los síntomas negativos, hay datos que muestran que las estrategias de afrontamiento basadas en la emoción son las más utilizadas cuando los niveles de tensión subjetiva son muy altos, mostrando los sujetos un bajo nivel de satisfacción por la eficacia de estas estrategias. No obstante, en aquellos casos en los que el nivel de tensión es más bajo, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son aquellas basadas en la resolución de problemas, siendo valoradas por los sujetos como eficaces (Wiedl y Schotter, 1991; Wiedl, 1992 y MacDonald y cols., 1998).

Por tanto, lo que podemos deducir de estos resultados es que los sujetos con un diagnóstico de psicosis suelen utilizar estrategias de afrontamiento ineficaces cuando están sometidos a niveles de estrés y tensión muy altos. En dichas situaciones, que probablemente sean las más habituales en

este tipo de pacientes, las únicas estrategias adaptativas son las que se basan en la aceptación del trastorno y en la no confrontación. Sin embargo, cuando los niveles de estrés son bajos, las estrategias de resolución de problemas son las más utilizadas y también las más efectivas. Todo ello probablemente sea debido a que estas últimas, para su aplicación, necesitan unas condiciones y un esfuerzo cognitivo que no son posibles en situaciones de estrés muy altas.

Un dato interesante que hemos encontrado en muchos de los estudios revisados, es que la eficacia del afrontamiento mejora si los individuos utilizan varias estrategias al mismo tiempo, y por el contrario, los que tienen dificultades para el afrontamiento son aquellos que utilizan solamente una estrategia (Falloon y Talbot, 1981; Tarrier, 1987; Romme y Escher, 1989; Dittman y Schuttler, 1990; Wiedl y Schotter, 1991; Lee, Lieh Mak, Yu y Spinks, 1993; Carter y cols., 1996; Nayani y David, 1996; Middelboe y Mortensen, 1997; Mueser, Valentine y Agresta, 1997). A pesar de este consenso, hay algunas variaciones en los resultados obtenidos en estas investigaciones. Mientras que para algunos autores como Middelboe y Mortensen (1997) es una forma muy eficaz de organizar el afrontamiento, para Tarrier (1987) su efecto es moderado, y otros

como Nayani y David (1996), afirman que la utilización de varias estrategias de afrontamiento solamente influye en la reducción de la angustia asociada a los síntomas. De todas formas, lo que se plantea desde estos resultados es que tal vez lo relevante aquí no sea el uso de una estrategia específica, sino más bien la actitud o los esfuerzos de los sujetos para afrontar los eventos estresantes que se les presentan en sus vidas diarias (Mueser, Valentine y Agresta, 1997).

Por otro lado, Wiedl y Schotter (1991) y Wiedl (1992) han encontrado que la efectividad del afrontamiento depende de la *valoración* que hacen los sujetos del evento estresante. La mayoría de ellos consideran que los síntomas psicóticos y los trastornos cognitivos básicos, son permanentes y no modificables por sí mismos (valoración primaria según la teoría de Lazarus y Folkman). Por otro lado, el amplio porcentaje de estimaciones de alta controlabilidad percibida (es decir, el sujeto considera que puede modificar y, por tanto, controlar la ocurrencia e intensidad de los síntomas y trastornos básicos), muestra que creen poder influir en la cantidad de estrés por propia iniciativa (valoración secundaria).

Sin embargo, este último dato parece bastante contradictorio con la valoración que hacen de no modificabilidad del evento estre-

sante y de baja satisfacción con los intentos de afrontamiento: ¿cómo es posible valorar como controlable un evento si es percibido como no modificable y se tiene una baja satisfacción con los resultados del afrontamiento?. Wiedl y Schotter (1991) y Wiedl (1992) explican esta contradicción afirmando que dicha valoración de controlabilidad, o bien no es realista, o bien los criterios que utilizan los pacientes para valorar los intentos de afrontamiento son inadecuados. Teniendo en cuenta los resultados del trabajo de Nayani y David (1996) y Farhall y Gehrke (1997), el hecho de que los sujetos de las investigaciones de Wiedl presenten un patrón de baja modificabilidad percibida, alta controlabilidad percibida y baja satisfacción con el afrontamiento de los síntomas y trastornos básicos, no son contradictorios; más bien sería lo contrario, pues hemos visto que los intentos de control de los síntomas (especialmente de las alucinaciones) no parecen eliminar el problema, sino que lo empeoran.

Por último, un tema a comentar es que la eficacia del afrontamiento es mayor cuando el paciente es capaz de detectar los antecedentes o situaciones que eliciten los síntomas (Talbot y Falloon, 1981; Breier y Strauss, 1983; Tarrier, 1987; Thurm y Haefner, 1987; Brazo, Dollfus y Petit, 1995; MacDonald y cols., 1998). Entre estos antece-

dentes se han destacado, por ejemplo, la tensión interna, el insomnio o la llegada de la noche en el caso de las alucinaciones (Brazo, Dollfus y Petit, 1995). En el caso de los síntomas psicóticos en general, Thurm y Haefner (1987) distinguieron dos grupos de antecedentes, que denominaron como socioemocionales (por ejemplo, conflictos con amigos o familiares, o emociones intensas en relaciones sociales muy estrechas) y socio-cognitivos (por ejemplo, tensión psicológica y física, trastornos de los ritmos vitales, o interacciones sociales complejas).

El interés por este tema parte de modelos teóricos sobre el autocontrol, como el desarrollado por Breier y Strauss (1983) en individuos con el diagnóstico de psicosis, en el que se postula que el proceso de afrontamiento está compuesto por tres fases: la detección de los antecedentes, la valoración de estos como peligrosos o amenazantes y por último, el empleo de la conducta de autocontrol.

Talbot y Falloon (1981) fueron los primeros en señalar la importancia de esta variable. Ellos descubrieron que una de las diferencias más importantes entre buenos y malos afrontadores, era que los primeros solían tener una clara comprensión de los antecedentes asociados al inicio de los síntomas, permitiéndoles evitar fácilmente aquellas situa-

ciones que los elicitan. No obstante, Tarrrier (1987) no respaldó totalmente las conclusiones anteriores, pues si bien consideraba relevante que los sujetos detectaran dichos antecedentes, también estimaba que estos por sí mismos no eran suficientes si los sujetos no habían aprendido previamente las habilidades de definiciones basadas en dos dimensiones: *el nivel del afrontamiento*, que se refiere a las estrategias que hemos denominado estructurales, y *la dirección del afrontamiento*, que incluiría a las taxonomías funcionales (por ejemplo, Wiedl y Schotter, 1991; Wiedl, 1992).

Las estrategias más utilizadas desde un punto de vista estructural son las conductuales. Sin embargo, desde un punto de vista funcional los resultados no son claros. Parece ser que los estilos de afrontamiento están mediados por otras variables, como son la tensión subjetiva y variables cognitivas (por ejemplo, Wiedl y Schotter, 1991; Van Den Bosch y Rombouts, 1997). Cuando los sujetos padecen niveles altos de tensión y presentan dificultades relevantes a nivel atencional y en el procesamiento de la información, vemos que utilizan más frecuentemente estrategias de tipo conductual y dirigidas a la emoción. Cuando la tensión es baja y el nivel de competencia cognitivo es bueno, son más frecuentes los

esfuerzos dirigidos a la resolución de problemas.

Estos comportamientos pueden ser utilizados para afrontar la sintomatología general y la específicamente psicótica. En este sentido, los resultados de las investigaciones nos muestran que los individuos con el diagnóstico de psicosis suelen utilizar espontáneamente estrategias de tipo cognitivo para afrontar los síntomas psicóticos floridos, como las alucinaciones y los delirios; y de tipo conductual, para los síntomas negativos y otros no específicamente psicóticos. Por otro lado, parece ser que altos niveles de sintomatología psicótica positiva y negativa están relacionados con un menor uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas y con un mayor uso de estrategias dirigidas a la emoción.

En general, las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes psicóticos de forma espontánea no son efectivas en un alto porcentaje de sujetos. De todas formas, hay una minoría que sí presenta una mayor satisfacción en el afrontamiento de los trastornos causados por su enfermedad. Estos sujetos utilizan diferentes mecanismos en función del tipo de problemas con los que se enfrentan. Cuando padecen altos niveles de estrés e indefensión, como puede ser en las alucinaciones o

los síntomas positivos en general, las estrategias más eficaces son aquellas basadas en la aceptación del trastorno.

Como hemos visto anteriormente, el intentar afrontar directamente el síntoma mediante técnicas de autocontrol o de resolución de problemas (como en el caso de las estrategias dirigidas a la resolución de problemas), o a través de la negación o evitación (como en las estrategias dirigidas a la emoción), no consigue eliminarlo, sino todo lo contrario, consolidarlo incrementando la angustia asociada a ellos. Evidentemente, cuando las condiciones de estrés o tensión subjetivas son altas, o los déficits cognitivos son graves, el sujeto solo puede utilizar aquellas estrategias que suponen un menor costo cognitivo, como son las basadas en la emoción. Sin embargo, los sujetos que no luchan contra los síntomas, y tampoco intentan evitarlos, sino más bien aceptarlos, consiguen disminuir la angustia asociada al síntoma y vivir de forma más cómoda, aunque no los hayan hecho desaparecer. En este contexto, y a partir del análisis de los estudios sobre afrontamiento, podemos entender por *aceptación* el experimentar directamente los problemas asociados a los síntomas psicóticos sin defenderse de ellos. Esto es, entrar en contacto con los

pensamientos, emociones y situaciones relacionados con los síntomas sin intentar reducirlos o eliminarlos, sino todo lo contrario, adaptándose a ellos e integrarlos como un evento más de sus vidas.

No obstante, la situación cambia completamente cuando los sujetos están sometidos a niveles bajos de estrés, o cuando el tipo de sintomatología no provoca sentimientos de indefensión. En dichas situaciones es más fácil poner en práctica estrategias de autocontrol y resolución de problemas, mostrando un mayor grado de satisfacción por los resultados obtenidos. Esto suele ocurrir, por ejemplo, en el caso del afrontamiento de la sintomatología no psicótica (ansiedad y depresión), las relaciones sociales no muy intensas, la inactividad y los sentimientos de apatía.

Las variables que hemos encontrado en la literatura que pueden incrementar la efectividad del afrontamiento y la satisfacción con el mismo, son fundamentalmente: la utilización de estrategias múltiples para afrontar un mismo problema, las valoraciones de modificabilidad del evento estresante (valoración primaria) y de controlabilidad de dicho evento con sus propios recursos (valoración secundaria), y el nivel de consciencia que tenga el sujeto de los antecedentes del problema, así como de padecer un trastorno.

Como puede suponer el lector, las conclusiones anteriores son solamente provisionales, pues muchos de estos resultados necesitan ser replicados para constatar la validez de las interpretaciones que hemos hecho de los datos aportados en las investigaciones. Además, es bastante lamentable observar que, si bien hemos encontrado en la bibliografía bastantes artículos que tocaban este tema, la mayoría de ellos han sido realizados con una metodología muy pobre (fundamentalmente descriptiva, y en pocos casos, de tipo correlacional), siendo calificados por sus propios autores como exploratorios. Esto demuestra la escasa continuidad y tradición investigadora sobre el afrontamiento en psicóticos, aunque sea teóricamente muy relevante. Tenemos la impresión de que tal vez el interés está en demostrar simplemente que las personas con un diagnóstico de psicosis son capaces de afrontar sus trastornos, de forma que posteriormente se pueda justificar el desarrollo de programas de intervención basados en la potenciación de las estrategias espontáneas de afrontamiento (por ejemplo, Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff, Ugarteburu, 1993).

Esta suposición está apoyada, por un lado, en que no hemos encontrado líneas de investigación estables sobre este tema (excepto

en algunos investigadores de origen germano como por ejemplo Wiedl, Boker, Brenner, etc.), sino más bien trabajos aislados y con una escasa continuidad entre ellos; y por otro, los problemas de investigación planteados son casi siempre los mismos, sin una seria reflexión conceptual y teórica de los temas y variables estudiados, y sin conexión con la investigación del afrontamiento en otras poblaciones y trastornos.

Por otro lado, y siguiendo el argumento de la falta de coherencia y continuidad en la investigación sobre afrontamiento, nos encontramos que la aplicación de estos conocimientos se está haciendo directamente, sin una revisión de los resultados obtenidos por el conjunto de dichas investigaciones. Tomemos por ejemplo el caso de las estrategias desarrolladas por Tarrier y colaboradores para entrenar a pacientes psicóticos a utilizar de forma eficaz sus propias habilidades de afrontamiento (denominadas en la literatura sobre el tema como Coping Strategy Enhancement, CSE). Tarrier afirma que a través de las técnicas CSE se intenta identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes de forma natural, y a partir de ahí, se les enseña a usar sistemáticamente esas mismas estrategias u otras nuevas, de forma que el paciente disponga de un repertorio

amplio de modos de afrontar sus síntomas (Tarrier, y cols., 1993).

Sin embargo, hemos demostrado en este trabajo que muchas de las estrategias que se entrenan en estos programas son poco eficaces, como por ejemplo, el uso de las técnicas de distracción o la confrontación directa a través de autoinstrucciones; y además, no tienen en cuenta factores como el nivel de tensión del sujeto o sus déficits cognitivos, que como hemos visto anteriormente, condicionan el tipo de estrategias a utilizar (aceptación versus resolución de problemas). Una prueba de todo esto es, como ya concluimos en un trabajo anterior (Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999), que dichas estrategias no son eficaces en el control o eliminación de las alucinaciones auditivas, no han demostrado ser superiores a otros tratamientos psicológicos y sus efectos no son duraderos.

No obstante, y a pesar de todo lo expresado anteriormente, consideramos que el entrenamiento de los pacientes con el diagnóstico de psicosis en estrategias de afrontamiento puede ser incluido en cualquier paquete de tratamiento, siempre y cuando, para potenciar su eficacia, tengamos en cuenta los siguientes aspectos:

- Evaluar como influye la tensión subjetiva del paciente y sus competencias cognitivas en el

uso de conductas de afrontamiento.

- Tener en cuenta las valoraciones primarias y secundarias respecto a cada uno de los síntomas que se quiera abordar.
- Cuando el nivel tensión subjetiva sea muy alto, procurar utilizar estrategias basadas en la aceptación, y cuando sea moderado o bajo, estrategias basadas en la resolución de problemas.
- Procurar no enseñar al paciente a usar estrategias basadas en la emoción, salvo que el nivel de deterioro del sujeto sea muy grande y presente un estado de indefensión muy acusado.
- Plantear el uso de estrategias múltiples para abordar un mismo problema.
- Enseñar al sujeto a identificar los antecedentes relacionados con el problema en cuestión.
- Enseñar a valorar los resultados de las estrategias de un modo multidimensional y no centrado en la eliminación del trastorno.

Una última conclusión a la que podemos llegar en este trabajo, es que a partir de los datos de las investigaciones realizadas hasta la fecha, las estrategias de afrontamiento en psicóticos son una variable muy relevante para la comprensión de los factores psicológicos

que intervienen en la sintomatología psicótica. De hecho, hemos visto cómo determinados estilos de afrontamiento pueden hacer que la angustia del paciente o sus alucinaciones se incrementen o, todo lo contrario, que disminuyan. Esto nos permite sugerir que los modelos teóricos sobre la etiología de los síntomas psicóticos deben tener en cuenta que la forma de reaccionar o afrontar los síntomas y problemas de la vida diaria, va a influir en los mecanismos que contribuyen al ini-

cio, mantenimiento y posiblemente desaparición de dichos síntomas. Por todo esto, consideramos que debe fomentarse el estudio del afrontamiento en psicóticos y no infravalorarlo, tal como algunos autores de orientación cognitiva hacen (Chadwick y Birchwood, 1994). Probablemente en un futuro próximo estos trabajos nos permitan ampliar nuestros conocimientos sobre las psicosis y los medios para poder "enfrentarnos" eficazmente a ella.

REFERENCIAS

- Andreasen, N. C. (1983). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: Universidad de Iowa.
- Andreasen, N. C. (1984). The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City: Universidad de Iowa.
- Böker, W.; Brenner, H. D.; Gerstner, G.; Keller, F.; Müller, J. y Spichtig, L. (1984). Self-healing strategies among schizophrenics: attempts at compensation for basic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 373-378.
- Böker, W.; Brenner, H. D. y Würigler, S. (1989). Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 155, (suplemento 5), 128-135.
- Boschi, S.; Adarns, R. E.; Bromet, E. J.; Lavelle, J. E.; Everett, E. y Galambos, N. (2000). Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 242-252.
- Brazo, P.; Dollfus, S. y Petit, M. (1995). Stratégies anti-hallucinatoires expérimentées par les schizophrènes. *Annales Médico Psychologiques*, 153(7), 456-459.
- Breier, A. y Strauss, J. S. (1983). Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1141-1145.
- Brenner, H. D.; Böker, W.; Müller, J.; Spichtig, L. y Würigler, S. (1987). On auto-protective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 405-414.
- Carr, V. (1988). Patients techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 339-352.
- Carter, D. M.; Mackinnon, A. y Copolov, D.L. (1996). Patients strategies for coping with auditory hallucinations. *The Journal of*

Nervous and Mental Disease, 184 (3), 159-164.

Chadwick, P. y Birchwood, M. (1984). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.

Cohen, C. I. y Berk, L. A. (1985). Personal coping style of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(4), 407-410.

Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de pacientes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.

Dittman, J. y Schüttler, R. (1990). Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 318-322.

Falloon, I. R. H. y Talbot, R. E. (1981). Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and applications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.

Farhall, J. y Gehrke, M. (1997). Coping with hallucinations: exploring stress and coping framework. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 259-261.

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Frederick, J. y Cotanch, P. (1995). Self-help techniques for auditory hallucinations in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 213-224.

Galán Rodríguez, A. (2000). *Conducta de enfermedad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.

Kanas, N. y Barr, M. A. (1984). Self-control of psychotic productions in schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 41, 919-920.

Kinoshita, F.; Yagi, G.; Inomata, T. y Kanba, S. (1991). Coping style of schizophrenic patients in the recovery from acute psychotic state: a preliminary study. *Keio Journal of Medicine*, 40(3), 129-131.

Kumar, S.; Thara, R. y Rajkumar, S. (1989). Coping with symptoms of relapse in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 213-215.

Lange, H. U. (1981). Anpassungsstrategien, bewältigungsreaktionen und selbstheilungsversuche bei schizophrenen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 49, 275-285.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (edición original, 1984).

Lee, P. W. H.; Lieh-Mak, F.; Yu, K. K. y Spinks, J. A. (1993). Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *British Journal of Psychiatry*, 163, 177-182.

López-Roig, S. (1991). *Determinantes psicosociales del estrés y su afrontamiento en pacientes quirúrgicos*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Alicante.

MacDonald, E. M.; Pica, S.; McDonald, S.; Hayes, R. L. y Baglioni, A. J. (1998). Stress y coping in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, (suplemento 33), 122-127.

McNally, S. E. y Goldberg, J. O. (1997). Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 159-167.

Middelboe, T. y Mortensen, E. L. (1997). Coping strategies among the long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 188-194.

Mueser, K. T.; Valentine, D. P. y Agresta, J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 329-339.

Nayani, T. H. y David, A. S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26, 177-189.

Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.

O'Sullivan, K. (1994). Dimensions of coping with auditory hallucinations. *Journal of Mental Health*, 3, 351-361.

Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Report*, 10, 799-812.

Pallanti, S.; Quercioli, L. y Pazzagli, A. (1997). Relapse in young paranoid schizophrenic patients: a prospective study of stressful life events, P300 measures, and coping. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 792-798.

Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1996). Intervenciones cognitivo conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos. Una revisión. *Psicologemas* 10(20), 225-256.

Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1999). Efectividad de la terapia cognitivo conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. 2. Estudios aleatorizados con grupos control. *Apuntes de Psicología*, 17(3), 249-274.

Romme, M. A. J. y Escher, A. D. M. A. C. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216.

Romme, M. A. J. y Escher, A. D. M. A. C. (1996). Empowering people who hear voices. En G. Haddock y P.D. Slade: *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.

Romme, M. A. J.; Honig, A.; Noorthoo, E. O. y Escher, A. D. M. A. C. (1992). Coping with hearing voices: an emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.

Takai, A.; Uematsu, M.; Kaiya, H.; Inoue, M. y Ueki, H. (1990). Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 289-294.

Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141-143.

Tarrier, N.; Beckett, R.; Harwood, S.; Baker, A.; Yusupoff, L.; Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.

Thurm, I. y Haefner, H. (1987). Perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia. An exploratory study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 46-53.

Van Den Bosch, R. J. y Rombouts, R. P. (1997). Coping and cognition in schizophrenia and depresión. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 341-344.

Van Den Bosch, R. J.; Van Asma, M. J. O.; Rombouts, R. P. y Louwerens, J.W. (1992). Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 161, (suplemento 18), 123-128.

Wahass S. y Kent, G. (1997). Coping with auditory hallucinations: a cross-cultural comparison between Western (British) and Non-Western (Saudi Arabian) patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(11), 664-668.

Wiedl, K. H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia. Stressors, Appraisals, and coping behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 161, (suplemento 18), 114-122.

Wiedl, K. H. y Schotter, B. (1991). Coping with symptoms related of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(3), 525-538.

Yagi, G.; Kinoshita, F. y Kanba, S. (1992). Coping style of schizophrenic

patients in the recovery from acute psychotic state. *Schizophrenia Research*, 6, 87-88.

Yusupoff, L. y Tarrier, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock y

P.D. Slade: *Cognitive behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability- a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.