

ARTÍCULOS

**Terapia cognitivo-conductual y
psicosis**

**Cognitive-behavioural therapy and
psychosis**

CARLOS CUEVAS-YUST¹

SALVADOR PERONA-GARCELÁN¹

RESUMEN

En una patología, la psicosis, tradicionalmente reservada al tratamiento psiquiátrico, resulta especialmente interesante y prometedora la aparición de las intervenciones psicológicas. De hecho, la terapia cognitivo-conductual (TCC) está mostrando ser una aproximación efectiva en el tratamiento de síntomas psicóticos positivos resistentes a la medicación neuroléptica, existiendo incluso alguna evidencia de que podría contribuir a la reducción de las recaídas. En el presente trabajo describimos las etapas de la TCC en la psicosis, así como su adaptación a esta patología.

ABSTRACT

In psychosis, a pathology traditionally reserved for psychiatric treatment, the appearance of the psychological interventions is especially interesting and promising. In fact, cognitive-behavioural therapy (CBT) is proving to be an effective approach in the treatment of positive psychotic symptoms resistant to the neuroleptic medication. It also shows evidence that it could be contri-

¹ Servicio Andaluz de Salud. Unidad de Rehabilitación de Area «Virgen del Rocío».

buted to the reduction of relapses. In the following (article) we describe the stages of CBT in psychosis, as well as its adaptation to this pathology.

PALABRAS CLAVE

Terapia cognitivo-conductual, síntomas psicóticos, esquizofrenia.

KEY WORDS

Cognitive-behavioural therapy, psychotic symptoms, schizophrenia.

IIINTRODUCCIÓN

Los procesos de desinstitucionalización, así como el interés en la atención comunitaria de la esquizofrenia, observados en las últimas décadas, han supuesto el desarrollo de diferentes intervenciones y tratamientos psicológicos y psicosociales dirigidos a mejorar el funcionamiento social, a promover el mantenimiento de los pacientes en la comunidad y a reducir la severidad de sus síntomas psicóticos (por ejemplo, Mueser y Bond, 2000). En este sentido durante los últimos años, y particularmente en el Reino Unido, se ha producido un gran interés por la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (en adelante TCC) en pacientes que presentan sintomatología psicótica positiva resistente a la medicación, surgiendo como una aproximación prometedora, al menos hasta el momento, para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, aunque no de los negativos o desorganizados. Si bien, los neurolépticos son el tratamiento de elección, se estima que entre un 25% y 50% de pacientes esquizofrénicos experimentan delirios y alucinaciones que no ceden al tratamiento farmacológico; estos síntomas causan sufrimiento e interfieren en el funcionamiento social de las personas (Fowler, Garety y Kuipers, 1995). Por otra parte, muchos pacientes se resisten a tomar la

medicación a largo plazo, mientras que en otros, con frecuencia, aparecen efectos secundarios indeseables; además, en ocasiones, se observa que una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico no constituye suficiente garantía de que las recaídas vayan a tener lugar (Roth y Fonagy, 1996). Todos estos son aspectos que justifican la necesidad de llevar a cabo intervenciones psicológicas efectivas y complementarias (no sustitutivas) al tratamiento farmacológico de la sintomatología psicótica. Pero el desarrollo de intervenciones cognitivo-conductuales, aplicables a los síntomas psicóticos positivos, ha sido algo tardío si lo comparamos con las importantes y continuas aportaciones de este enfoque psicológico al tratamiento de otros trastornos, por ejemplo, al tratamiento de los trastornos de ansiedad o de la depresión, aportaciones que datan de los ya lejanos años cincuenta y sesenta. Durante las últimas décadas los mayores avances en el tratamiento de personas con trastornos psicóticos se han centrado, especialmente, en la mejora de la competencia social, mediante entrenamiento en habilidades sociales, y en el desarrollo de intervenciones dirigidas a apoyar a los familiares o cuidadores (Lieberman, 1988). No obstante, existen antecedentes aislados de TCC aplicada a síntomas psicóticos: por ejemplo, el tratamiento de

ideas delirantes que en 1952 planteó Beck, desde una perspectiva cognitiva; o el tratamiento de las alucinaciones, que desde un paradigma operante realizó Lindsley en 1959. Estos intentos fueron seguidos de un largo periodo de muchos años, de aparente "olvido". ¿Por qué no se desarrolló esta línea de trabajo?. Quizás en buena medida se debiera a una serie de ideas y creencias, no siempre sustentadas en evidencias, que desaconsejaban el empleo de las técnicas conductuales y cognitivas en el tratamiento de los trastornos psicóticos (Perna Garcelán y Cuevas Yust, 1996 y Kingdon, 1998). Pero también existen otros factores:

- El propio concepto de idea delirante: juicios falsos, mantenidos con extraordinaria convicción, impermeables a la experiencia y contrargumentos y de contenido imposible (Jaspers, 1963). Desde esta definición, el tratamiento psicológico de las ideas delirantes no parecía tener gran sentido. En cambio, más recientemente (Baños y Belloch, 1995), y en contraposición a la idea del delirio como fenómeno discreto, los delirios pueden concebirse desde un punto de vista dimensional, como las partes más o menos extremas de diferentes continuos sobre los que es posible situar a las creencias y juicios:

modificabilidad *versus* inmodificabilidad; grado de convicción (leve/intenso); presencia *versus* ausencia de apoyos culturales; preocupación *versus* ausencia de preocupación y; plausible *versus* no plausible.

- El fracaso de las terapias tradicionales, de base psicodinámica, en el tratamiento de la esquizofrenia (por ejemplo, Mueser y Berenbaum, 1990). Ello habría influido en que los psicólogos clínicos centraran sus esfuerzos en el tratamiento de otras patologías "más ligeras": los trastorno de tipo "neurótico", al tiempo que se abstenían de intervenir sobre los delirios y los síntomas psicóticos en general.
- Las actuales clasificaciones psiquiátricas, como por ejemplo la *Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10* (Organización Mundial de la Salud, 1992), o el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV* (1994): El hecho de que los síntomas sean considerados como elementos constitutivos de síndromes o de determinadas etiquetas psiquiátricas, no favorece el desarrollo del estudio de los síntomas por sí mismos y consecuentemente el desarrollo de intervenciones psicológicas.

- Una serie de creencias procedentes del propio entorno conductual, creencias que según autores como Bellack (1986), motivaron una disminución en el número de intervenciones de tipo conductual sobre los trastornos psicóticos durante la década de los años ochenta: "la esquizofrenia no existe"; "la esquizofrenia es un trastorno biológico"; "su tratamiento es el farmacológico"; "es un trastorno grave como para ser tratado con terapia de conducta".

De todas formas, desde los años setenta y hasta la actualidad, se han publicado estudios de casos que si bien, debido a las propias limitaciones metodológicas, no han permitido alcanzar conclusiones claras y definitivas sobre su efectividad, al menos han demostrado la aplicabilidad de la TCC en pacientes con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico (por ejemplo, Watts, Powell y Austin, 1973; Johnson, Ross y Mastria, 1977; Milton, Patwa y Hafner, 1978; Hartman y Cashman, 1983; Cuevas y Perona, 1997; Perona y Cuevas, 1997; Cuevas-Yust, 2002; Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002). Ya en las décadas de los años 80 y 90, se han realizado estudios experimentales, tanto con una metodología de caso único (consultar Perona Garcelán y Cuevas-Yust, 1999a),

como de comparación de grupos, que empiezan a mostrar resultados esperanzadores respecto a la efectividad de la TCC en este tipo de síntomas (Drury, Birchwood, Cochrane y McMillan, 1996; Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock, y Morris, 1998; Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington, Freeman y Hadley, 1997; Garety, Fowler, Kuipers, Freeman, Dunn, Bebbington, Hadley y Jones 1997; Kuipers, Fowler, Garety, Chilholm, Freeman, Dunn, Bebbington y Hadley 1998; Tarrier, Wittkowski, Kinney, McCarthy, Morris y Humphreys, 1999; Pinto, La Pia, Mennella, Giorgio y DeSimone, 1999; Tarrier, Kinney, McCarthy, Morris, Humphreys, y Wittkowski, 2000; Drury, Birchwood, y Cochrane, 2000; Sensky, Turkington, Kingdon, Scott, Scott, Siddle, O'Carroll, y Barnes, 2000).

Hablar de técnicas cognitivo conductuales en los síntomas psicóticos, es hablar de las mismas técnicas aplicadas en otros trastornos, como los tradicionalmente etiquetados como neuróticos. La diferencia estriba en adaptar estas intervenciones a las características y limitaciones de estos pacientes; por ello, es fundamental tener en cuenta la naturaleza de sus problemas. Estamos hablando de personas que sufren un trastorno caracterizado por la heterogeneidad, por la gravedad o severidad, con pre-

sencia de deficiencias en el funcionamiento cognitivo, con una hipersensibilidad a la activación emocional. Con cierta facilidad pueden producirse dificultades en el establecimiento de una relación terapéutica adecuada; este aspecto cobra especial relevancia en el tratamiento de estos trastornos, muy ligado a lo cual se encuentra la importancia de respetar la peculiar percepción que del mundo pueden y suelen mantener estos pacientes (Fowler, 1996). En general, la heterogeneidad de las psicosis se comprende mejor desde un punto de vista multidimensional (biológico, psicológico y social) y multifactorial. En consonancia con los modelos de "vulnerabilidad y estrés" (Zubin y Spring, 1977), se acepta la existencia de que en la población existen diferentes grados de vulnerabilidad o predisposición biológica a la esquizofrenia, vulnerabilidad que sería de carácter permanente, y que junto a determinados procesos psicológicos y condiciones socio-ambientales, harían probable la aparición de un episodio psicótico en una persona determinada (Garety y Hemsley, 1994; Fowler et al. 1995). La práctica de la TCC dentro del marco teórico de vulnerabilidad y estrés, implica pues, tener en cuenta aquellos factores de estrés (estrés social, psicológico o biológico, como por ejemplo un medio adverso, cambios importantes en la vida o el abuso de drogas)

que pueden incrementar la vulnerabilidad del paciente, así como sus reacciones a nivel cognitivo y conductual (Fowler, Garety y Kuipers, 1998). Con relación al estrés psicológico, las propias experiencias psicóticas suelen producir perturbaciones emocionales del tipo de ansiedad o de depresión. Además, son frecuentes las auto-evaluaciones negativas. Factores todos ellos que no solamente provocan sufrimiento, pues además de sufrimiento, se hipotetiza que son variables que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicóticos (Chadwick y Birchwood, 1994; Close y Garety, 1998). Así que, en consonancia con el papel atribuido a los procesos emocionales, con relación al mantenimiento y aparición de la psicosis, es también necesaria la aplicación de la TCC en estos problemas (Birchwood y Iqbal, 1998; Freeman y Garety, 1999). Asimismo, situar el tratamiento de los trastornos psicóticos dentro del contexto de los modelos de vulnerabilidad y estrés, implica que hay que administrar conjuntamente, diferentes modalidades de intervención. Así, la terapia cognitivo conductual es sólo una posibilidad terapéutica, dentro de un conjunto de métodos de tratamiento y de apoyo potencialmente beneficiosos (ver tabla 1); métodos que incluyen tratamientos biológicos, como por ejemplo la medicación antipsicótica, y muchas interven-

ciones psicosociales, las cuales constituyen el núcleo del trabajo en rehabilitación psicosocial y cuya integración es necesaria para la consecución de unos cuidados óptimos (Fenton y McGlashan, 1997).

alucinaciones en algunos de sus parámetros cuantitativos: frecuencia, intensidad y duración. Además, persigue reducir el sufrimiento y la incapacidad asociadas a estos síntomas; así como la ansiedad y depresión coexistentes. Y por últi-

Tabla 1
INTERVENCIONES APLICADAS EN LA ESQUIZOFRENIA

PSICOEDUCACION
INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES
INTERVENCIONES FAMILIARES
FARMACOS
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
REHABILITACION OCUPACIONAL Y LABORAL
REHABILITACION COGNITIVA
FACILITACION DE ACCESO A RECURSOS
CASE MANAGEMENT

A diferencia de otras intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes esquizofrénicos, como el entrenamiento en habilidades sociales (por ejemplo, Liberman, DeRisi y Mueser, 1989; Cuevas-Yust, Hernández Esteban, Perona-Garcelán y García Aguado, 1991) o el tratamiento de los procesos cognitivos (Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996), la TCC se centra en los síntomas psicóticos resistentes a la medicación y en los intentos que el paciente realiza para comprenderlos. ¿Cuáles son los objetivos de esta terapia?: la TCC pretende la reducción de los delirios y de las

mo, trata de hacer participe al paciente en la prevención del riesgo de recaídas y de incapacitación social (Fowler et al. 1995), en buena medida ayudándole a comprender sus trastornos. Puede decirse que se trata de una aproximación que se interesa por entender y dar sentido a las experiencias psicóticas, y por favorecer la colaboración entre el paciente y el terapeuta. Y si bien en determinados momentos puede incluir el empleo de un estilo didáctico, e incluso ocasionalmente algún nivel de interpretación, se aleja por completo de la confrontación o desafío directo de los delirios.

ETAPAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA PSICOSIS

En la actualidad existen una importante cantidad y variedad de terapias cognitivo-conductuales aplicadas a la psicosis: por ejemplo, *la terapia cognitiva para los delirios, voces y la paranoia* (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996), *la terapia cognitivo-conductual para la psicosis* (Kingdon y Turkington, 1994; Fowler et al., 1995), o *la potenciación de estrategias de afrontamiento* (TARRIER, 1995; Yusupoff y TARRIER, 1996; TARRIER et al., 1998, 1999, 2000). En general todos los procesos de terapia cognitivo-conductual de la psicosis comparten, en mayor

o menor medida una serie de componentes o etapas (ver tabla 2). Estas etapas, propuestas por Garety, Fowler y Kuipers (2000), deben ser vistas sólo como una posible guía de trabajo que en todo caso se aplicará de modo flexible, según la situación personal de cada paciente, por lo que no necesariamente se aplicarán todas las etapas ni tampoco deberán seguir rígidamente ese orden. Los objetivos y metas de la terapia vendrán determinados por el análisis funcional y la formulación del caso que se realice durante la fase de evaluación (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1995), así que esta terapia no se presentará como un programa estandarizado de intervención.

Tabla 2
ETAPAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA PSICOSIS (GARETY, FOWLER Y KUIPERS, 2000)

ETAPA	TAREA
1	ALIANZA TERAPÉUTICA Y EVALUACIÓN
2	TRABAJAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
3	COMPRESIÓN DE LA EXPERIENCIA PSICÓTICA
4	TRABAJO CON LOS DELIRIOS Y ALUCINACIONES
5	ATENDER A LAS AUTO-EVALUACIONES Y EMOCIONES NEGATIVAS
6	ABORDAR EL RIESGO DE RECAÍDA Y DE DISCAPACIDAD SOCIAL

EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y LA EVALUACIÓN

El primer objetivo en la TCC es lograr el establecimiento de una relación terapéutica de carácter colaborador. Normalmente, en general, se considera que el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica es un elemento que predice éxito en las terapias (Horvath y Symonds, 1991). En el trabajo con pacientes psicóticos esto es algo especialmente relevante. Así que durante las primeras sesiones el objetivo es construir una relación de confianza. Muchas veces será mejor dedicar algunas entrevistas a hablar sobre temas emocionalmente neutros que sean del interés del paciente, antes que llevar a cabo evaluaciones estructuradas y sistemáticas. A partir de ahí, y poco a poco podremos ir conectando con sus necesidades, con su realidad social; en cualquier caso, es especialmente importante explorar cómo se siente la persona durante las sesiones, y en caso de que resulten estresantes será mejor acortarlas o abordar los problemas que menos perturban, de modo que aseguremos que las sesiones son tolerables. Este planteamiento ayudará a que el paciente se vaya sintiendo comprometido con el proyecto terapéutico y evitará muchos problemas: no hay que olvidar que muchos

pacientes pueden llegar a la consulta con una actitud suspicaz, o incluso molestos con los servicios de salud mental; también se pueden mostrar reacios a comunicar sus experiencias debido a la falta de comprensión que los demás han mostrado hacia su peculiar manera de ver el mundo, la realidad. En otras ocasiones, pueden desestimar la relevancia de la terapia para sus problemas. Si todo esto no se tiene en cuenta, será difícil establecer esa relación de confianza, y probablemente se produzcan abandonos tempranos. Por eso es muy importante lograr que el paciente se sienta entendido, ello supone aceptar sus emociones y creencias, que no compartirlas; trabajando, si es preciso, desde sus propios puntos de vista, evitando el desafío directo o la descalificación. Este estilo, colaborador y amable contrasta con otras prácticas que derivadas del saber tradicional consideraban importante la confrontación con los delirios. La experiencia clínica, así como las evidencias procedentes de la investigación, muestran que intentar cambiar de modo directo mediante contrargumentos, ideas falsas, inusuales o infundadas es algo que no ha tenido éxito. Aún al contrario, dicha práctica generalmente incrementa la fuerza de la convicción y puede provocar malestar y abandonos de la terapia (Milton et al. 1978). Ello es congruente con el hecho de que

los enunciados en primera persona del singular sobre experiencias, como por ejemplo "Me duele la cabeza", son difícilmente corregibles; porque ¿quién le corrige a otra persona la existencia de dicha experiencia?. ¿Cómo nos sentiríamos o reaccionaríamos, si otras personas trataran de asegurarnos que no, que en realidad no nos duele la cabeza?. Una situación similar puede sufrirla la persona esquizofrénica cuando el terapeuta emplea la confrontación directa, por ejemplo: "No, realmente nadie te está metiendo pensamientos en la cabeza, eso es una imaginación tuya" (Rivière, 1999).

Por otra parte, parece que hay algunos momentos o circunstancias en que el paciente puede mostrarse más predispuesto a trabajar sus problemas, esto que puede facilitar mucho la creación de una buena relación, ocurre cuando es el propio paciente quien solicita ayuda terapéutica con relación a sus síntomas psicóticos o al sufrimiento que le provocan. No obstante, aún siendo deseable un cierto *insight* de cara a la implicación en la terapia, esto no significa que no podamos trabajar de modo eficaz con aquellos pacientes plenamente convencidos de sus delirios o con los que carecen de conciencia de enfermedad: de hecho muchas veces la solicitud de ayuda no va acompañada de una suficien-

te consciencia sobre el carácter psicótico de los síntomas; el paciente nos va a hablar de miedos y de angustias, aunque sin ser consciente de que sus síntomas son la consecuencia de un deterioro en su capacidad de juicio sobre la realidad. Pues bien, aún en estos casos existen grandes posibilidades para hacer TCC, y de hecho muchas veces será el propio terapeuta quien trate de hacer ver al paciente, el sufrimiento derivado de sus síntomas y las limitaciones que le provocan en el funcionamiento social. Así que es posible ofrecer TCC a pacientes cuyo juicio de realidad se halla comprometido. En todo caso la cuestión es ¿cómo implicar en el tratamiento a pacientes psicóticos con un nivel bajo de conciencia de enfermedad?. En estas condiciones puede ser difícil que entiendan la justificación, el "por qué" de determinadas intervenciones. La experiencia nos ha enseñado que en estas ocasiones es útil sugerir al paciente la posibilidad de aliviar sus perturbaciones emocionales, sin que sea preciso llegar a cuestionar la verdad o falsedad de sus creencias. Así que en estos casos trabajaremos desde el punto de vista del paciente, desde el supuesto de sus creencias, pero centrando el foco de la terapia en la reducción de la perturbación emocional y en la mejora del funcionamiento social; esto resultará más operativo. Por ejemplo, reciente-

mente tratamos a un paciente de 29 años que presentaba delirios de perjuicio, él creía que era conocido por la mayor parte de la sociedad, y que ésta le perjudicaba mediante el rechazo y la marginación. Durante un tiempo razonable intentamos la modificación de sus creencias, pero los resultados no fueron positivos, entonces decidimos trabajar desde la percepción del paciente, siempre dejando claro que hablábamos de sus vivencias y que eso no significaba que las compartiéramos, así que le planteamos hacer terapia con el propósito de disminuir su ansiedad social y sus temores; concretamente utilizamos la técnica de exposición en imágenes para el tratamiento de las escenas temidas en sus delirios y la técnica de exposición en vivo a situaciones de carácter social y ocupacional. Los resultados fueron sorprendentes, el paciente no modificó sus creencias delirantes, pero se resolvió la perturbación emocional y se mejoró el funcionamiento social hasta el punto de acceder a un empleo protegido.

LA EVALUACIÓN

De manera gradual, el terapeuta introducirá entrevistas de evaluación más estructuradas. Intentará clarificar las circunstancias personales, los eventos y experiencias contextuales que tuvieron lugar al

comienzo de la psicosis, la historia del trastorno. Realizará un análisis topográfico y funcional de los síntomas perturbadores y de otros problemas relevantes, contextualizados en la realidad del paciente; en este sentido mantenemos que al igual que cualquier otra manifestación del comportamiento humano, los síntomas esquizofrénicos, independientemente de que sean elementos constitutivos de un síndrome psiquiátrico, son susceptibles de un análisis funcional y de una evaluación conductual a partir de la cual pueden diseñarse intervenciones específicas a las necesidades de cada paciente (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1995). Resulta de gran utilidad considerar algunos de los aspectos dimensionales de los delirios o alucinaciones: nivel de preocupación, grado de convicción, intensidad de la perturbación emocional asociada, etcétera. Asimismo, el terapeuta administrará aquellas escalas o cuestionarios que estime oportunas: escalas de valoración de la severidad de los síntomas psiquiátricos como por ejemplo la *Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS, (Kay, Opler y Fiszbein; 1986), la *Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS, (Overall y Gorham, 1962), o la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*, SAPS, y la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*, SANS, (Andreasen, 1984a y 1984b); de valoración del funciona-

miento social, por ejemplo la *Quality of Life Scale*, QLS, (Heinrichs, Hanlon y Carpenter; 1984); u otras escalas de carácter más específico como el *Beck Depression Inventory*, DBI, (Beck et al., 1979), o el *Beck Anxiety Inventory*, BAI, (Beck, Brown, Epstein, y Steer; 1988), etcétera. También se valorarán las competencias y recursos personales que posee el paciente. Tras varias sesiones de evaluación se establecerán unos objetivos terapéuticos preliminares. Los objetivos han de ser relevantes para el paciente y deben expresarse en sus términos, al tiempo que deben de ser compatibles con unas expectativas realistas de éxito de la terapia. Por ejemplo, las metas pueden ser "sentir menos miedo a la gente cuando estoy en la calle", "ser capaz de mantener una ocupación", "agobiarme menos con las voces", "poder comunicarme mejor", "salir de esta depresión", o "enfadarme menos cuando las cosas me van mal". Metas concretas que serán elaboradas o cambiadas según progrese la terapia.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Una de las principales aproximaciones al tratamiento de los síntomas psicóticos, especialmente desarrolladas durante los años

ochenta (por ejemplo, Fowler y Morley, 1989), son las "*Estrategias para la potenciación de las estrategias de afrontamiento*" (Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff, y Ugarteburu, 1993a; Tarrier, Sharpe, Beckett, Harwood, Baker, y Yusupoff, 1993b, Tarrier et al. 1998, 1999, 2000), o las "*Técnicas para promover el autocontrol de los síntomas psicóticos*" (Fowler et al. 1995). Al parecer la mayoría de los pacientes emplean estrategias personales para luchar contra sus síntomas (Falloon y Talbot, 1981; Breier y Strauss, 1983; Cohen y Berk, 1985; Tarrier, 1987; Carr, 1988), pero siendo estrategias potencialmente efectivas el éxito que alcanzan es variable, pues muchas veces no son utilizadas de manera sistemática o en los momentos más oportunos. A partir de aquí, las estrategias de afrontamiento procuran enseñar y potenciar de manera individualizada, el empleo de estrategias cognitivas y conductuales útiles para afrontar tanto los delirios y alucinaciones como los síntomas ansioso depresivos identificados durante la evaluación, de modo que se reduzca la perturbación que ocasionan y su interferencia en la vida cotidiana. Así, se enseñarán nuevas habilidades, nuevas competencias, o se potenciarán las ya existentes en el repertorio de conductas del individuo. Este tipo de aproximación cognitivo conductual, aplicada a

síntomas psicóticos, ha evaluado su efectividad a través de estudios aleatorizados con grupos de control (TARRIER et al. 1993a, 1998, 1999). A continuación comentaremos dos de los procedimientos para el afrontamiento de los delirios y alucinaciones: a) *las técnicas para la potenciación de estrategias de afrontamiento (coping strategy enhancement)*, y b) *las técnicas específicas de afrontamiento de las alucinaciones auditivas*.

En la *potenciación de estrategias de afrontamiento*, primero se selecciona uno de los síntomas identificados en la fase de evaluación, síntoma que se describirá de una forma clara y precisa, pues de sobra es conocida la dificultad con que estos pacientes suelen referir sus peculiares experiencias; por ejemplo, un paciente que informaba "no puedo dejar de ver mi cerebro, lo observo continuamente y no puedo centrarme en nada más", quería decir que en el interior de su cabeza sentía pinchazos y presiones, y que estas sensaciones eran objeto continuo de su atención. A la hora de elegir un síntoma hay que valorar si es técnicamente abordable. En este sentido nos puede ayudar la realización de su análisis funcional: así la identificación de los antecedentes y consecuentes, nos permitirá valorar las posibilidades de modificación. Otro aspecto a tener en cuenta es, la

severidad de la angustia o desorganización funcional que el síntoma genera en el paciente. De hecho, frecuentemente el foco principal de estos procedimientos suele constituirlo el malestar emocional que acompaña, precede o sigue al síntoma, más que los delirios o alucinaciones. En segundo lugar, se determina la estrategia de afrontamiento que empleará el paciente, basándonos bien en las estrategias que en su historia de relación con el síntoma haya utilizado con cierta efectividad, generalmente producto de un aprendizaje por ensayo y error (por ejemplo ante las voces buscar un contacto social que sirva de distracción; o por el contrario, buscar el aislamiento); bien en la enseñanza de otras estrategias no existentes en su repertorio de conductas y que consideremos conveniente que aprenda, nos referimos a cualquier técnica derivada de la terapia de conducta que haya mostrado su eficacia: Relajación, desensibilización sistemática, parada de pensamiento, exposición, habilidades sociales, autoinstrucciones, programas de actividad, etcétera. (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1992, 1994; Espada y Uncal, 1996; Florit Robles, 1996; Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 1996). En tercer lugar, procederemos al entrenamiento en el uso de la estrategia seleccionada, generalmente mediante su práctica sistemática en consulta. Posteriormente

se intentará provocar el síntoma, exponiéndose el paciente a aquellos estímulos que el análisis funcional haya identificado como elicitadores del mismo, con el fin de que pueda practicar la estrategia. Si este método derivase en una excesiva ansiedad, alternativamente, se podría llevar a cabo una práctica en imaginación, para posteriormente hacerlo en vivo. Además, en esta fase de entrenamiento está indicado programar tareas para casa, para que se incremente la práctica de la habilidad. Por ejemplo, un paciente explicaba que cuando las voces se le hacían insoportables, le aliviaba encerrarse en su habitación y poner música a un volumen elevado; así, que al terapeuta le pareció útil la aplicación de una técnica de distracción que pudiera emplear en diferentes contextos (a la base de la técnica de distracción subyace el supuesto de que el cambio del foco de atención a otros estímulos diferentes a las voces, puede reducir su frecuencia o hacerlas desaparecer por completo). Concretamente el paciente empleó un radio-cassette portátil, y debía colocarse los auriculares y escuchar música cada vez que aparecieran las voces. En general si es posible, para el manejo de cada síntoma se desarrollarán más de dos estrategias, para que así tenga el paciente más posibilidades de afrontamiento.

Entre las *técnicas de afrontamiento de alucinaciones auditiva*, destaca la *técnica de focalización*. Se parte de la hipótesis de que las alucinaciones auditivas son resultado de una deficiencia en la capacidad para distinguir cuándo un hecho pertenece al mundo real y cuándo es producto de la imaginación (Slade y Bentall, 1988). A través de esta técnica se pretende que, gradualmente, el paciente modifique la atribución que hace de las voces, de una fuente externa, a sí mismo. De este modo se hipotetiza la reducción de su frecuencia y de las perturbaciones emocionales asociadas. Una manera concreta de focalización consiste (Haddock, Bentall y Slade, 1996) en prestar atención a las voces, tratando de centrarse en sus características físicas: cuántas voces hablan, cuál es su volumen, intensidad y tono, si son de hombre o de mujer, qué acento tienen, de dónde proceden; y en su contenido, sugiriéndose al paciente que considere qué relación puede tener con las experiencias y preocupaciones de su vida. Una variante es que, unido a la focalización, se recomiende evitar el empleo de otras estrategias que distraigan de las voces, para así potenciar la atención y la exposición. Para ello, el paciente puede grabar en una cinta de cassette, con su propia voz, el contenido de las voces y escucharla, gradualmente, cada vez más tiempo, y

cuando tolere esta estimulación se expondrá a las situaciones evocadoras de las alucinaciones que normalmente suele evitar. Y también se le puede animar a que valore las diferencias entre las alucinaciones naturales y las autoinducidas con relación a las características físicas y al contenido. En todo caso, también se valorarán las creencias y significado que las voces puedan tener para el paciente.

DESARROLLO DE UNA NUEVA COMPREENSIÓN PARA LA EXPERIENCIA PSICÓTICA

Como dijimos antes, un elemento importante de la TCC en la psicosis es la discusión sobre su experiencia y significado. Muchos pacientes mantienen una fuerte convicción en sus delirios y podría considerarse que poseen un *insight* pobre en su capacidad de juicio: o bien rechazan padecer una enfermedad mental, o bien no reconocen la importancia de los síntomas en su enfermedad. Pero también, hay muchos pacientes que consideran su psicosis como una disfunción personal que requiere de una explicación. En cualquier caso, es muy importante ayudar a que el paciente reevalúe sus creencias y construya un modelo explicativo nuevo, que sea aceptable para dar cuenta de su realidad y experiencias, que le aporte sentido. Esto

puede ser la base sobre la que reevaluar otras ideas, otras creencias. En cierto sentido este componente del tratamiento es similar a los trabajados desde otros enfoques de carácter psicoeducativo (Cuevas Yust, Perona Garcelán, Rivas Hidalgo y Arévalo Cobo, 1995; Cuevas Yust, Rivas Hidalgo y Perona Garcelán, 1996), pero en la TCC, el objetivo no es tanto "educar sobre la esquizofrenia" como que el individuo adquiera un conocimiento sobre la psicosis que de sentido a su visión del mundo y a su historia personal. Pero antes de elaborar un nuevo modelo de la psicosis, hay que conocer qué piensa el paciente respecto a su enfermedad. Pensamientos que se habrán ido formando a partir de sus experiencias de limitación personal: ¿cómo se percibe el paciente?... ¿como enfermo?, ¿como persona que sufre estrés?, ¿como persona que sufre esquizofrenia?. Hay que abordar su punto de vista respecto a las causas de sus problemas, respecto a cómo ven su futuro. Tomando como referencia la visión del paciente sobre la psicosis y la información obtenida en la evaluación, realizaremos una formulación individual en el contexto del modelo de vulnerabilidad y estrés. Formulación que establecerá relaciones entre la historia del sujeto y algún factor de vulnerabilidad identificado, así como con los eventos estresantes que pueden haber precipita-

do la aparición de la psicosis y los procesos que pueden estar manteniendo los síntomas. Asimismo y a fin de "normalizar" la idea de la psicosis, algunos autores (Kingdon y Turkington, 1994), aportan evidencias sobre la existencia de experiencias psicóticas en población general, por ejemplo bajo condiciones de mucho estrés: deprivación sensorial, deprivación de sueño, experiencias traumáticas. Además, según el grado de conservación e interés del paciente puede ser oportuno comentar algún modelo cognitivo sobre sus síntomas psicóticos (por ejemplo Maher, 1988; Frith, 1992; Hemsley, 1994; Bentall, 1996; Morrison, 2001; Freeman y Garety, 2002) o el propio modelo de vulnerabilidad y estrés (Zubin y Spring, 1977). El desarrollo de una nueva forma de concebir la experiencia psicótica puede ayudar a reducir posibles sentimientos de culpa o posibles actitudes de negación ante la enfermedad, al tiempo que facilita el desarrollo de estrategias útiles para manejar la enfermedad, reducir el riesgo de recaídas y mejorar el funcionamiento general.

INTERVENCIÓN CON LOS DELIRIOS Y ALUCINACIONES

Una vez establecida la relación terapéutica y cuando se ha discutido el modelo de la experiencia psicótica en el que pueden analizarse

los síntomas del cliente, es un buen momento para realizar este trabajo. Normalmente las personas describimos, interpretamos y valoramos los hechos que ocurren en nuestras vidas. Nuestras creencias y pensamientos son, muchas veces, hipótesis, intentos de explicación a los sucesos que vivimos. Estas hipótesis pueden ser acertadas o erróneas. En este sentido, y desde un enfoque cognitivo, los delirios pueden entenderse como inferencias, fundamentalmente de carácter arbitrario, es decir por lo general no basadas en evidencias, que un sujeto hace sobre sí mismo, sobre el mundo o sobre los demás. El planteamiento de tratar un delirio no está en función de si se trata de una creencia verdadera o falsa. Está en función del grado de sufrimiento que provoca y de la interferencia que supone para el funcionamiento del individuo. Los objetivos de los tratamientos cognitivo conductuales de los delirios son la eliminación de tales creencias o, en su defecto, la disminución de la severidad de las mismas en cualquiera de sus dimensiones básicas: convicción, preocupación, perturbación emocional, o en la limitación funcional. Las estrategias de intervención dirigidas al tratamiento de este tipo de creencias patológicas, se centrarán en el debilitamiento de las inferencias delirantes, así como en el de las creencias evaluativas asociadas. Sabemos que la simple

discusión no lleva a cambios en las creencias delirantes. Es importante trabajar con el paciente la idea de que su creencia, delirio, es una hipótesis sobre la realidad, no la propia realidad; que es una forma de explicar, de dar sentido a sus experiencias. Hay que ayudarle a ver la relación entre sus ideas delirantes y sus dificultades de adaptación y funcionamiento en la vida; y también el elevado coste emocional que le suponen; a que vea que pueden existir otras explicaciones, alternativas, para comprender la realidad, alternativas plausibles que no implican ese coste emocional y conductual, y que son compatibles con un funcionamiento más normal en la vida. En cuanto al procedimiento se emplean técnicas derivadas de los trabajos de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery; 1979) y de Ellis (por ejemplo, Lega, Caballo y Ellis, 1997). Estas intervenciones se vienen desarrollando desde los años 80, con autores como Fowler et al. (1995) y Chadwick et al. (1996), que realizaron estudios de casos en los que aplicaban los principios de la terapia cognitivo-conductual a los problemas presentados por las personas con trastornos psicóticos.

Tras la identificación y selección de las ideas y creencias delirantes a tratar, se obtendrá información sobre el tipo de inferencias realizadas, sobre las evidencias actuales y

pasadas a favor y en contra de tales ideas, y sobre las cogniciones evaluativas, valorándose su posible funcionalidad psicológica. Es importante distinguir hasta tres posibles niveles diferentes, pues en una situación una persona puede hacer una descripción de la misma ("Juan está serio"), puede hacer una interpretación ("debe estar enfadado conmigo") y puede hacer una evaluación ("esto es muy desagradable"). Las estrategias cognitivas para el debate de los delirios, en general pueden centrarse en cuestionamientos de tipo lógico, empírico o funcional, con la intención no sólo de modificar distorsiones cognitivas (por ejemplo, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva o pensamiento dicotómico), sino incluso de cuestionar las consecuencias dramáticas a menudo atribuidas a los hechos cuando son realmente negativos. Estas estrategias cognitivas se complementan con la realización de estrategias conductuales que faciliten experiencias que ayuden a cuestionar las cogniciones disfuncionales a partir de las cuales se genera perturbación emocional y disfunción personal. En cuanto a aspectos cuantitativos de la idea a tratar, se conseguirá una línea base, a través de medidas subjetivas: *grado de convicción* que el paciente verbaliza sobre sus ideas (porcentajes de 0 a 100), *preocupación* o tiempo que pasa pensando en ellas (de 1 a

5, de nada a todo el día continuamente preocupado), o el *malestar subjetivo* (de 0 a 100 unidades subjetivas de ansiedad). Al paciente se le presenta el modelo cognitivo del ABC (acontecimientos activadores; creencias delirantes y cogniciones evaluativas; y consecuencias emocionales y conductuales). Se subrayan las dificultades que tiene en C, perturbaciones emocionales, trastornos de conducta, más que presentarle como problemas a modificar o cambiar las A (por ejemplo voces), o las B, las creencias delirantes. Todo ello es transmitido al paciente, con las lógicas adaptaciones a su capacidad cognitiva.

Los componentes fundamentales de este tratamiento son el *desafío o disputa verbal* (para los pensamientos delirantes y para los pensamientos evaluativos) y, la *comprobación empírica o de la realidad* (para los pensamientos delirantes). Aunque en líneas generales el propósito de la *disputa o desafío verbal* consiste en favorecer que el paciente piense por sí mismo, más que aceptar automáticamente el punto de vista del terapeuta, es verdad que con muchos pacientes psicóticos, debido a sus limitaciones en su funcionamiento cognitivo, el terapeuta a menudo ha de asumir un papel más directivo sugiriendo interpretaciones alternativas o señalando errores cognitivos. Como método se tiende a emplear

el *socrático*, éste se basa en la continua formulación de preguntas encaminadas a que el paciente tome conciencia de la carencia de funcionalidad, de falta de lógica o inconsistencia empírica, de sus ideas y planteamientos. Además, se pondrá especial cuidado en no realizar confrontaciones directas con el delirio, a veces incluso, según el caso, puede ser mejor empezar a trabajar con alguna evidencia aportada por el paciente que no revista especial importancia, para poco a poco irnos acercando al núcleo del delirio. Pero éstas son cuestiones sobre las que no cabe generalizar y sobre las que, en cualquier caso, siempre deberán prevalecer las características de cada paciente como individuo único. Con respecto a las evidencias empíricas el terapeuta puede preguntar: "¿En qué hechos te basas?", "¿Qué cosas son las que te hacen creer eso?", "¿Son tus sensaciones, tus sentimientos de temor (emociones), la prueba de que tu familia te quiere dañar (razonamiento emocional)?", "¿Es tal cosa prueba suficiente?, ¿Tal evidencia no podría ser explicada por otra alternativa?". Este punto, el de otras alternativas es de especial interés, no se trata de ofrecerle la alternativa *verdadera*, lo importante es que el paciente aprenda que los hechos se pueden analizar desde diferentes perspectivas, no sólo desde una, en exclusiva. Al abordar

la lógica interna, la plausibilidad, por ejemplo se puede plantear: "Acabas de conseguir un empleo... ¿te parece que ese hecho es consistente con tu creencia de que la sociedad te rechaza?"; es decir ayudar a que el paciente vea que las conclusiones a las que llega no corresponden a las premisas sobre las que se está basando. Por ejemplo, a un paciente que piensa que es un mensajero de Dios, y que al mismo tiempo cree que existe una organización religiosa que utiliza el poder de Cristo para perjudicarlo, se le podría confrontar ante la siguiente contradicción: "¿Cómo es posible que Dios esté contigo y seas su mensajero, y que al mismo tiempo otras personas utilicen su mismo poder para perjudicarte?", "¿Es esto coherente?, ¿Tiene sentido?, ¿Es correcto?, ¿Tiene lógica?"; o se puede plantear en términos de probabilidades: "¿Qué probabilidad hay de que te quieran perjudicar con el poder de Dios si eres su mensajero?" Esta última forma suele ser más efectiva ya que permite enseñar a utilizar un pensamiento no dicotómico, y a que disminuye la resistencia psicológica (Brehm, 1962; Watts et al. 1973). En cuanto a la funcionalidad, utilidad, se trata de reflexionar para qué están sirviendo las creencias: "¿Qué utilidad tienen esas ideas?", "¿Qué emociones o dificultades comportamentales acarrear?", "¿Cuáles son sus ventajas y des-

ventajas?". A medida que avancen las sesiones se irá llevando a cabo un registro de los distintos parámetros definidos en la línea base: convicción, preocupación malestar... A la par de señalarle que el delirio le ha servido para comprender sus experiencias, la debilitación del mismo debe acompañarse de explicaciones alternativas que resulten significativas para el paciente, el nuevo modelo explicativo al que anteriormente hicimos referencia. Este es uno de los objetivos de la terapia de modificación de creencias: enseñar al paciente a que distinga entre hechos e interpretación de los mismos, y a que genere diferentes hipótesis o interpretaciones sobre esos hechos.

Respecto a la *comprobación empírica del delirio*, se planificarán y llevarán a cabo actividades que pongan a prueba una creencia determinada, ello en combinación con la disputa verbal, posibilita la reestructuración de distorsiones del pensamiento. Es muy importante dicha combinación ya que la comprobación empírica sola no es igualmente efectiva. No hay que olvidar que en dicho caso prevalecerán los sesgos y distorsiones cognitivas habituales en el paciente, lo cual facilitará que la nueva información se asimile a favor del delirio. ¿Cómo proceder a la comprobación empírica en el delirio?: Definiendo claramente la creencia

que se va a poner a prueba, estableciendo una predicción basada en dicha creencia, es decir determinando los sucesos o hechos que han de ocurrir para que la creencia se valide, y definiendo qué significado se otorgará en caso de que la predicción no se cumpla, posteriormente se llevará a cabo el experimento específico habiendo previsto un sistema de registro de resultados. Por último, en sesión se analizará la prueba y se obtendrán conclusiones.

Con relación a la *intervención sobre las voces* desde este planteamiento de modificación de creencias, las voces se consideran antecedentes en el análisis funcional de cada episodio, pero la atención más que en ellas mismas, se centra en las creencias que el paciente tiene respecto a ellas; así que el objetivo no es tanto las voces en sí mismas, sino el significado y las creencias que el paciente tiene respecto de ellas (Chadwick et al. 1996; Fowler et al. 1995). En consecuencia la terapia se dirigirá a eliminar o reducir la fuerza de tales creencias o significados, y a modificar las evaluaciones personales negativas asociadas. Desde esta posición pues, la angustia que padece el paciente y sus conductas de afrontamiento no son consecuencia directa de las voces sino de las creencias que tiene sobre ellas. En este enfoque una cuestión

preliminar importante es enseñar a distinguir entre las voces y lo que se piensa de ellas, pues pueden ser dos aspectos muy diferentes: José, por ejemplo, un paciente que padecía alucinaciones auditivas desde hacía diez años, comentaba en uno de sus episodios que las voces se burlaban de él. Cuando se le preguntó que es lo que exactamente le decían esas voces, contestó que (solamente) repetían lo que pensaba o que pronunciaban palabras sueltas; pero en ningún momento, durante ese episodio, se identificó ningún comentario crítico o irónico. Además, se le señalará al paciente, cómo sus pensamientos se relacionan con sus sentimientos, y que por lo general las creencias negativas que tiene sobre las voces se acompañan de malestar emocional, y que en buena medida son esas creencias y no las voces lo que le hacen sentir malestar. Este planteamiento puede ser reforzado mediante la realización de un pequeño ejercicio de imaginación: se le pide al paciente que por un momento imagine que algún aspecto de sus creencias sobre las voces es falso (¡ojo! no las voces), y que considere lo que ello supondría respecto a la ansiedad que padece: Por ejemplo que los autores de las voces no son quienes dicen que son, sino que son por ejemplo, unos "impostores"; generalmente el paciente refiere que se sentiría aliviado. Se han identificado hasta

cuatro tipos de creencias que pueden afectar emocionalmente al paciente (Chadwick y Birchwood, 1994, 1995, 1997; Close y Garety, 1998) y hacia las que deberá dirigirse el tratamiento. Se trata de creencias sobre la identidad de las voces, sus propósitos y significados, su poder y omnisciencia, y sobre las consecuencias del sometimiento o resistencia a dichas voces. Chadwick et al. (1996) sugieren comenzar a tratar las creencias relativas al poder de las voces (especialmente aquellas sobre sumisión y control) porque ello suele producir menos ansiedad que las relacionadas con la identidad y el significado, y porque si llegan a ser consideradas como menos poderosas, ello conllevará menor malestar. ¿Qué evidencias o factores de mantenimiento podemos encontrar para las creencias de poder?. A veces los pacientes se basan en la existencia de otros síntomas, por ejemplo, alucinaciones cenestésicas que coinciden con las voces y que hace que éstas se perciban como muy poderosas: Rosa, una paciente de 35 años, que pensaba que el diablo estaba dentro de su cuerpo, cuando escuchaba la voz de éste, sentía que sus vísceras se movían al mismo tiempo que escuchaba las voces, esto le demostraba que el diablo estaba dentro de ella y tenía un mucho poder. Otras veces se basan en creencias sobre sucesos

de la vida diaria que relacionan con las voces: por ejemplo, Luis pensaba que los horóscopos del teletexto de una cadena de televisión estaban puestos por las voces para informarle sobre la situación de la política nacional e internacional, para él, esto era una prueba irrefutable del poder de las voces pues pensaba que podían controlar una cadena de televisión para transmitirle información. Tal vez la evidencia más frecuente es que las voces parecen conocer hasta los sucesos más íntimos de la historia del paciente, esto refuerza su creencia sobre su poder, al tiempo que suscita sentimientos de indefensión: Un paciente, expresaba su sorpresa y asombro de cómo podían las voces conocer una relación sexual incestuosa que tuvo muchos años atrás con un familiar, cuando nunca se lo había contado a nadie. Por último, los pacientes también se basan en que son incapaces de influir en el comienzo y la finalización de los episodios alucinatorios. Una vez logremos que el paciente dude de la omnipotencia de las voces, que haya comprobado que no ocurre nada especial en su vida si se resiste a ellas, consideramos que es el momento de comenzar a cuestionar las evidencias sobre la identidad y el significado de las mismas. El contenido de las voces puede revelar aspectos de significado o de identidad. Así, pueden ser benévolas: "me ayudan, me

guían", o malévolas "me insultan, me quieren hacer daño". Cuando el contenido es sobre conocimientos técnicos, filosóficos o místicos desconocidos, el paciente puede atribuirlos a determinadas identidades: Por ejemplo, un paciente explicaba que la voz que escuchaba era de Jesucristo porque éste le contaba secretos y misterios religiosos que nadie conocía respecto a la interpretación "correcta" de la Biblia.

En cuanto a la *comprobación empírica de las creencias sobre las voces*, al igual que en el tratamiento de cualquier creencia, irá estrechamente ligada a la disputa verbal. Un tipo de creencia muy susceptible de ser puesta a prueba es la que tiene que ver con las consecuencias de resistirse a lo que ordenan las voces, aunque es fácil que la ansiedad asociada a la posibilidad de no obedecer pueda constituir una dificultad para la realización del experimento, en cuyo caso habría que abordar la forma de afrontar esa ansiedad mediante técnicas para su reducción. A un paciente las alucinaciones auditivas que sufría hacía años le prohibían leer la prensa con la amenaza de que si lo hacía sería castigado perdiendo el control (gritaría, diría cosas incoherentes y se tiraría al suelo); se le preguntó que si leyese algo, cuánto tiempo tendría que pasar hasta que le ocurriese el castigo y contestó que sería casi inmediato. Por tanto

se acordó con el paciente que si a los diez minutos de realizada la prueba no había ocurrido lo que él temía, se podría concluir que la creencia no era correcta. La prueba se realizó con los ítems menos temidos de una jerarquía de posibles lecturas (anuncios, folletos), y al comprobar que podía resistirse a las órdenes de las voces sin que ocurriese nada, tomó como forma de afrontamiento hacer lo contrario de lo que estas le ordenaban.

ATENCIÓN DE LAS AUTO-EVALUACIONES NEGATIVAS, DE LA ANSIEDAD Y DE LA DEPRESIÓN

Es frecuente que las personas que sufren síntomas psicóticos resistentes a la medicación tengan una baja autoestima (Freeman, Garety, Fowler, Kuipers, Dunn, Bebbington, y Hadley, 1998). Durante la etapa de evaluación y formulación del caso se pueden haber identificado relaciones importantes entre el contenido de los delirios o de las alucinaciones y sucesos amenazantes y traumáticos ocurridos en épocas tempranas de la vida. Estas relaciones pueden indicar que el paciente mantiene problemas crónicos sin resolver asociados a auto-evaluaciones negativas: puede creer que es una persona malvada o inútil. Estas auto-evaluaciones probablemente juegan un papel

importante en el mantenimiento de los delirios y de las voces (Close y Garety, 1998). Así que está indicada, una vez identificadas, la aplicación de la terapia cognitiva para revisar la historia y evolución de esas ideas a lo largo de la vida y para reevaluar su evidencia. Muchas personas con psicosis han experimentado circunstancias y sucesos muy adversos en sus vidas, incluida la propia psicosis y sus consecuencias, así que esa reevaluación puede ayudarles a no percibirse de un modo tan negativo: "fracaso total", "persona inútil". Una forma de acceder a la identificación de posibles evaluaciones negativas asociadas a los delirios y a las creencias sobre las voces es la técnica de *encadenamiento de inferencias*. La técnica de encadenamiento trabaja con la hipótesis de que las creencias del paciente podrían ser verdad, y ayuda al paciente a descubrir las inferencias subsiguientes, las consecuencias que podrían ocurrir, el significado que ello tendría para él: "¿Qué pasaría si eso fuese verdad?", "¿Qué significaría, en qué se traduciría?". Así, podremos llegar a los temores, dificultades y autoevaluaciones básicas, elementos compatibles con un modelo personal sobre los síntomas del paciente. La terapia entonces, dirigirá sus objetivos a tratar directamente los trastornos emocionales relacionados con estas evaluaciones personales

(así como su validez) que durante muchos años han estado *detrás de* la sintomatología psicótica. La experiencia de la psicosis no sólo afecta a evaluaciones específicas, sino que también lleva generalmente a la depresión y ansiedad. Los pacientes se desmoralizan y experimentan sentimientos de pérdida de control (Birchwood, Mason, MacMillan, y Healy, 1993). Depresión y ansiedad son fenómenos frecuentes en esta población que no deberían pasar desapercibidos, siendo recomendable su tratamiento cognitivo estándar: identificar pensamientos automáticos, supuestos disfuncionales, considerar la exploración de otras alternativas, etcétera.

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE RECAIDA Y DE DISCAPACIDAD SOCIAL

Dado que estamos hablando de pacientes muy vulnerables a nuevas descompensaciones que pueden ser desencadenadas por el estrés de la vida diaria, es importante que esta etapa del tratamiento orientada al futuro, tenga en cuenta la preparación del paciente para el alta de la terapia, así como la prevención de las recaídas y del riesgo de deterioro social. Es importante revisar qué comprensión mantiene el paciente sobre la psicosis, este tema trabajado en

etapas anteriores es muy importante porque puede influir en la futura adherencia a los servicios y en la actitud hacia el cumplimiento del tratamiento médico. Por otra parte, si se trata de una persona especialmente vulnerable a las exacerbaciones sintomáticas o recaídas, será útil revisar lo que ha aprendido respecto a la identificación de precursores personales de recaída (ansiedad, interesarse por temas religiosos, insomnio, irritabilidad, etcétera), para que en ese caso contacte con los servicios sanitarios; en este tema existe una escala útil para detectar e identificar el patrón de recaídas específico de un paciente: la *Early Signs Scale, ESS* (Birchwood, Smith, MacMillan, Hogg, Prasad, Harvey y Bering, 1989), que el paciente o un familiar puede cumplimentar periódicamente, obteniéndose una medida de línea base muy sensible de posibles síntomas prodrómicos, que puede ser comparada en distintos periodos del curso del trastorno y ayudar a la toma de decisiones. Este planteamiento sirve para aliviar posibles ansiedades anticipadoras del paciente, así como para favorecer estrategias que reduzcan el riesgo de recaída (Birchwood, 1996). También es importante preparar al paciente ante posibles recaídas, en el sentido que no las entienda como un fracaso personal o como una derrota de la cual no se podrá ya recuperar, sino como

una ocasión para ratificarse en la práctica de todo lo que ha aprendido durante la terapia, y para comprobar que tiene parte del control para superar con éxito la crisis, esto tiene que ver con las atribuciones que el paciente hace de su mejoría, siendo deseable que reconozca el papel de la medicación, pero igualmente la importancia de su esfuerzo personal. Es muy importante abordar estos aspectos porque a muchos pacientes les preocupa mucho la posibilidad de volver a sufrir una recaída y sus consecuencias: síntomas, sufrimiento, incremento de la medicación, hospitalización, aislamiento, interrupción de roles, etcétera; y porque muchos tienen la falsa creencia de que mejorar supone una garantía para no volver a ponerse mal.

Con relación al funcionamiento social, tenemos que decir que la finalización del tratamiento de síntomas positivos residuales, incluso cuando resulta exitosa, no es sinónimo de *curación*, ni de que el paciente vaya a llevar una vida normal. Probablemente continuarán problemas relacionados con las interacciones sociales y familiares, con la autonomía personal, y con el mundo de la ocupación y del trabajo. Aspectos éstos, que hay que explorar y si es pertinente se ayudará al paciente a que establezca objetivos a corto y medio plazo,

valorando con él las ventajas y desventajas de las diferentes estrategias y planes con los que se propone alcanzarlos. Estamos hablando de la rehabilitación psicosocial del enfermo mental crónico (Cuevas Yust, Perona Garcelán y Casado Cañero, 1990; Casado Cañero, Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1991; Rivas Hidalgo y Rodríguez Borrego, 1991; Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1992; Cuevas Yust, Perona Garcelán y Arévalo Cobo, 1992; Cuevas Yust, Morillo Godínez, Navarrón Cuevas y Rodríguez Savart, 1992). Nuestra experiencia nos demuestra que una forma de estabilizar los logros terapéuticos es la inclusión bien desde el principio o al final de la terapia, según el caso, en actividades rehabilitadoras. Estas tendrán una doble finalidad: la primera es exponer al paciente a situaciones controladas en las que pueda poner en práctica todo lo aprendido durante la terapia: entornos residenciales, talleres ocupacionales, empleos protegidos, etcétera, y la segunda es que a través de los logros conseguidos en los programas rehabilitadores, se refuerzan nuevos patrones de comportamiento, nuevos estilos de interacción con el entorno social y consigo mismo, surgidos de la intervención psicoterapéutica. De modo que la prevención de recaídas, se puede plantear desde una doble perspectiva: consolidando las estrategias aprendidas en la

terapia, y mediante actuaciones más globales que faciliten la inserción en el entorno social inmediato, de modo que indirectamente también facilitan la consolidación de los efectos terapéuticos y reducen la probabilidad de recaída.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Existen muchas cuestiones respecto a la TCC aplicada a la psicosis: ¿Cuántas sesiones debe contemplar un tratamiento cognitivo conductual en pacientes psicóticos?, ¿Cuánto ha de durar cada sesión?, ¿Con qué periodicidad deben de programarse las sesiones: semanales, quincenales, más de una por semana?. Y en cuanto al formato... ¿han de ser las sesiones individuales o resulta efectiva la realización de TCC en grupo?. Algunos autores, por ejemplo, Garety et al. (2000), han empleado un promedio de 20 sesiones, a lo largo de un periodo de 9 meses, que según necesidades puede variar de 12 a 30 sesiones durante periodos entre los 6 y 12 meses. Con sesiones semanales o bisemanales, que finalmente pasaban a ser mensuales. En cuanto a la duración de las sesiones, en la literatura se sugiere trabajar con tiempos más cortos que con otras poblaciones. Y si bien hay pacientes que

toleran tiempos más largos, en general se hace referencia a sesiones de entre 25 y 35 minutos, debido a la existencia de los déficits cognitivos relacionados con estas patologías y con los efectos secundarios de la medicación (Morrison, 1998). Para un buen número de pacientes, quizás lo más idóneo sean sesiones de corta duración, pero frecuentes. Nosotros pensamos que la respuesta a estas preguntas debe estar en función, por un lado, del estilo personal del terapeuta, y por otro, de la complejidad y severidad de la sintomatología, así como de la adherencia y respuesta del paciente al tratamiento. Es decir, en función de cada individuo. En nuestra experiencia de aplicación de TCC en pacientes esquizofrénicos, fuera del contexto de la investigación, observamos que con frecuencia es necesario un número de sesiones superior a 30, así como periodos de tiempo muy superiores al año. En cualquier caso, una vez finalizados los tratamientos, posteriormente, puede ser recomendable ofrecer sesiones de *recuerdo* durante largos periodos de tiempo con el propósito de reforzar aprendizajes. Este es un tema especialmente interesante en pacientes que sufren enfermedades mentales severas que, como la esquizofrenia, son de carácter crónico. Así que, al igual que parece clara la necesidad de tomar medicación a largo plazo, parecería

razonable llevar a cabo algún tipo de sesiones de recuerdo que facilitarían el mantenimiento de las ganancias psicoterapéuticas. Otra posibilidad sería, si reaparecen los síntomas, la administración de TCC durante periodos de trabajo breves pero intensos.

INVESTIGACIÓN Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

“Resistente a la medicación” es un concepto que presenta variabilidad en cuanto a su definición. Por ejemplo, en el estudio de Kuipers et al. (1997) se definió como síntomas que presentan una resistencia de al menos 6 meses de duración, a pesar de haberse administrado las dosis recomendadas con al menos dos antipsicóticos. En la práctica, son muchos los pacientes que presentan síntomas persistentes durante más de 6 meses, y muchos llevan muchos años en contacto con los servicios de salud. Durante los últimos diez años se han publicado muchos casos de TCC en pacientes con síntomas resistentes a la medicación, algunos centrados en síntomas concretos: delirios (Chadwick y Lowe, 1990; Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1997) o alucinaciones (Morrison, 1994; Haddock et al. 1996; Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1997; Haddock, Slade, Bentall, Reid y Faragher, 1998). Otros, en el contexto de

estudios controlados, se han centrado en el empleo de determinadas técnicas terapéuticas como por ejemplo la potenciación de las estrategias de afrontamiento (Tarrier et al. 1993a; 1993b, 1998, 1999, 2000). En general, estas técnicas se integran en aproximaciones terapéuticas más comprensivas como la terapia antes descrita.

Los comentarios de Garety et al. (2000) respecto a estudios sobre *intervenciones cognitivas* en el tratamiento de la esquizofrenia (estudios de caso único o de pequeñas series de casos), apuntan que los resultados sugieren que las intervenciones cognitivas son efectivas para reducir o eliminar los delirios y las alucinaciones; no obstante, parece que los beneficios son mayores en los delirios que en las alucinaciones. Al referirse a estudios controlados con aleatorización como prueba de la validez de la eficacia de distintas modalidades de terapia, estudios que son más concluyentes que los de caso único o que las series de casos, resaltan como hallazgo más consistente que la TCC produce beneficios significativos en términos de reducción de síntomas, particularmente de los síntomas positivos; este es un hallazgo común en todos los casos donde la TCC se comparó con un grupo control que sólo recibía un tratamiento estándar. Los beneficios se mantuvieron en el

seguimiento efectuado un año después del tratamiento.

Si bien son muchos los estudios sobre pacientes con síntomas resistentes a la medicación, recientemente ha surgido una nueva aplicación de la TCC, esta vez dirigida a pacientes que sufren un episodio psicótico agudo (por ejemplo, Drury et al., 1996 y 2000; Haddock, Tarrier, Morrison, Hopkins, Drake, y Lewis, 1999), los propósitos de esta aplicación son los siguientes: 1) Acelerar el periodo de resolución de los síntomas positivos; 2) Lograr una recuperación más completa, en la que la severidad de los síntomas residuales quede minimizada; 3) Lograr una reducción en el número de recaídas y; 4) También se espera que reduciendo el sufrimiento asociado al propio episodio psicótico, se reduzcan las respuestas traumáticas subsecuentes y la depresión.

Nosotros mismos, tras una revisión de estudios aleatorizados con grupos control sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual aplicada a los síntomas psicóticos (Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999b), y considerando las limitaciones de estos estudios, llegamos a las siguientes conclusiones preliminares: 1) la TCC puede reducir la sintomatología psicótica y la perturbación emocional asociada a ella, en mayor medida que la ausencia de aplicación de trata-

miento alguno; sin embargo, no se ha demostrado de modo definitivo que sus efectos sean superiores a los de otras estrategias de intervención psicológica; 2) la TCC es más efectiva sobre los síntomas psicóticos residuales resistentes a la medicación, no pudiéndose asegurar hasta el momento conclusión alguna que permita generalizar la idea de que es útil en pacientes con sintomatología aguda; 3) la TCC tiene un efecto débil sobre los síntomas negativos y el funcionamiento social; 4) la TCC parece ser más efectiva con las ideas delirantes que con las alucinaciones auditivas; 5) con relación al modelo cognitivo, hasta la fecha no existe evidencia de que el efecto de la TCC se deba a una influencia específica sobre las creencias disfuncionales de los pacientes; y para finalizar 6) tampoco hay datos respecto a cuál de las estrategias cognitivo-conductuales (potenciación de estrategias de afrontamiento, resolución de problemas o modificación de creencias) puede ser más efectiva en el tratamiento de la sintomatología psicótica.

Por otra parte, existe una cuestión de indudable importancia, y es, que si bien poseemos datos sugerentes de la bondad de la TCC en sintomatología psicótica resistente a la medicación, también es cierto que no todos los pacientes se benefician de este tratamiento psi-

cológico, de modo que en los estudios revisados entre un 40% y 50% de los pacientes tratados mostraron poca o ninguna mejora. Conocer qué pacientes van a responder a la TCC es una pregunta clínica de importante relevancia teórica, ya que la identificación de variables predictoras de buena respuesta a la terapia ayudaría a comprender cómo funciona la TCC. En este tema habría que distinguir entre variables predictoras inespecíficas y probablemente comunes a diferentes aproximaciones terapéuticas, como por ejemplo, en la fase previa al tratamiento, lo serían un menor periodo de duración de la enfermedad y la presencia de una sintomatología psicótica de baja severidad (Tarrier et al., 1998); y variables predictoras específicamente asociadas a la TCC. Entre éstas últimas cabe destacar (por ejemplo, Chadwick y Lowe, 1990; Sharp, Fear, William, Healy, Lowe, Yeadon, y Holden 1996; Kuipers et al., 1997): 1) la habilidad para considerar otras alternativas diferentes a la propia, y la prueba de contradicción hipotética a la creencia delirante, en este sentido los pacientes que admitiesen la posibilidad de estar equivocados, en el supuesto de que se les presentasen evidencias incompatibles con sus creencias, serían más sensibles a la intervención; 2) la capacidad de *insight* o conciencia de enfermedad: a mejor *insight* mejores resul-

tados; y 3) el número de admisiones durante los últimos 5 años: a más admisiones mejores resultados. En cualquier caso, en los estudios, la presencia de estas variables no es una condición indispensable para beneficiarse de TCC, de hecho parece que los pacientes que las poseen podrían responder a la terapia de manera más rápida y en una mayor medida que los demás, pero también éstos, aunque en menor medida, podrían beneficiarse. Así que no se puede concluir que determinadas personas no se vayan a beneficiar de la TCC, aunque por el momento sí podemos sugerir qué personas lo harán más rápidamente. Por último, otras variables como la inteligencia, variables de carácter sociodemográfico, la severidad de los síntomas y la fuerza de convicción y preocupación en el delirio, no han sido identificadas como variables predictoras.

CONCLUSIONES

Históricamente la psiquiatría se ha ocupado del tratamiento de la sintomatología psicótica positiva, no siendo hasta años recientes que han aparecido intervenciones psicológicas, de carácter cognitivo-conductual, que constituyen una prometedora alternativa complementaria de tratamiento. De hecho, existen datos que sugieren que la

TCC puede ser una aproximación efectiva en el tratamiento de síntomas psicóticos positivos resistentes a la medicación neuroléptica, existiendo incluso alguna evidencia de que podría contribuir a la reducción de recaídas. No obstante, todavía son necesarias nuevas investigaciones que permitan llegar, con mayor grado de solidez, a conclusiones de carácter más definitivo respecto a la bondad de dicha terapia.

Para el tratamiento de personas con problemas psicóticos, la TCC y sus bases teóricas quedan enmarcadas por los modelos de vulnerabilidad y estrés. La TCC aplica a los pacientes psicóticos las mismas técnicas tradicionalmente diseñadas para otros problemas psicológicos como la ansiedad la depresión, aunque con las modificaciones precisas para su adecuada adaptación a las características y limitaciones de estos pacientes. La TCC de los síntomas psicóticos puede centrarse en la potenciación de estrategias de afrontamiento, en la modificación de las creencias delirantes o en la prevención de recaídas y de deterioro social.

Parece que los pacientes que refieren angustia derivada de sus síntomas y los que presentan cierta capacidad de *insight* son los que se implican más fácilmente en la terapia y los que, posiblemente, mejo-

ran más. No obstante, el hecho de que muchos pacientes no se benefician de estos tratamientos, hace necesario que continúe el desarrollo de nuevas investigaciones.

En cualquier caso la complejidad y heterogeneidad de la psicosis, así

como la necesidad de administrar unos cuidados óptimos, requiere de un amplio rango de intervenciones (biológicas, psicológicas y sociales) dentro de las cuales la TCC podría considerarse un posible componente en un plan de tratamiento comprensivo.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición)*. Washington, DC: APA.

Andreasen, N.C. (1984a). *The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*. University of Iowa, Iowa City.

Andreasen, N.C. (1984b). *The scale for the assessment of negative symptoms (SANS)*. University of Iowa, Iowa City.

Baños, R. M. y Belloch, A. Psicopatología del pensamiento (II): los delirios. (1995). En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos: *Manual de psicopatología, vol. 1*. (pp. 303-334). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.

Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y.: Guilford Press.

Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Bellack, A. S. (1986) Schizophrenia: behavior therapy's forgotten child. *Behavior Therapy*, 17, 119- 214.

Bentall, R. P. (1996). La investigación psicológica sobre las alucinaciones y los delirios: psicopatología y aplicaciones para las estrategias del tratamiento. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comps.): *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación*. Capítulo 4, (pp. 89-108). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Birchwood, M., Smith, J., McMillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C. y Bering,

- S. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of early signs monitoring system using patients and families as observers. *Psychological Medicine*, 19, 649-656.
- Birchwood, M., Mason, R., Macmillan, F. y Healy, J. (1993). Depression, demoralisation and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological medicine*, 23, 387-395.
- Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychotic relapse: cognitive approaches detection and management. En G. Haddock y P. D. Slade (eds.): *Cognitive Behavioural Interventions for Psychotic Disorders*. Londres: Routledge.
- Birchwood, M. e Iqbal, Z. (1998). Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. En T. Wykes, N. Tarrier y S. Lewis (eds): *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, capítulo 5. Chichester: John Wiley.
- Brehm, S. S. (1967). *The Applications of Social Psychology to Clinical Practice* New York: Wiley.
- Breier, A. y Strauss, J. S. (1983). Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1141-1145.
- Carr, V. (1988). Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 339-352.
- Casado Cañero, F., Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (1991). La rehabilitación psicosocial: un nuevo enfoque de intervención con esquizofrénicos crónicos. *Revista de Humanidades*, 2, 175-184. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Centro Asociado de Sevilla.
- Close, H. y Garety, P. (1998). Cognitive assessment of voices: further developments in understanding the emotional impact of voices. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 173-188.
- Cohen, C. I. y Berk, B. S. (1985). Personal coping styles of schizophrenics outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407-410.
- Cuevas-Yust, C., Perona-Garcelán, S. y Casado Cañero, F. (1990). Una aproximación a la rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos desde el modelo andaluz de salud. *Apuntes de Psicología*, 31, 5-8.
- Cuevas-Yust, C., Hernández Esteban, F., Perona Garcelán, S. y García Aguado, A. (1991). *Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Documento no publicado.
- Cuevas-Yust, C., Perona-Garcelán, S. y Arévalo Cobo, J. (1992). El abordaje del trastorno esquizofrénico crónico desde la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Virgen del Rocío". *Hygia*, 21, 5-9. Revista Científica del Ilustre Colegio de A.T.S. y D.E. de Sevilla.
- Cuevas-Yust, C. y Perona Garcelán, S. (1992). Intervención clínica y/o rehabilitadora en los trastornos esquizofrénicos: algunas reflexiones. *Maristán*, 2, 57. Revista de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.
- Cuevas-Yust, C., Morillo Godinez, C., Navarrón Cuevas, E. y Rodríguez Savart, C. (1992). Rehabilitación y continuidad de cuidados. *Maristán*, 2, 57-58. Revista de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1992). Entrenamiento en habilidades sociales en una unidad de rehabilitación psicosocial. En: F. Gil; J.M. León Rubio y L. Jarana Expósito (Coords.): *Habilidades Sociales y Salud* (pp. 101-110). Madrid: Eudema Universidad.

Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1994). Entrenamiento en habilidades conversacionales en un grupo de esquizofrénicos: una valoración de la generalización. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(2), 123-152.

Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.

Cuevas-Yust, C., Perona-Garcelán, S., Rivas Hidalgo, C. y Arévalo Cobo, J. (1995). Educación para profesionales de salud mental ante enfermos esquizofrénicos. *Hygia*, 30, 12-16. Revista Científica del Colegio de Enfermería de Sevilla.

Cuevas Yust, C., Rivas Hidalgo, C. y Perona Garcelán, S. (1996). El modelo psicoeducativo en la rehabilitación psicosocial de pacientes psicóticos crónicos. *Clinica y Salud*, 7, 7-17.

Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes en un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 275-291.

Cuevas-Yust, C. (2002). Tratamiento cognitivo conductual de un sujeto con diagnóstico de trastorno delirante. *Ponencia en el III Simposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos*. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada.

Chadwick, P. y Lowe, C. P. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.

Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices, I: a cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.

Chadwick, P. y Birchwood, M. (1995).

The omnipotence of voices II. The beliefs about voices questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 167, 773-776.

Chadwick, P. D. J., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia* Chichester: John Wiley.

Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y MacMillan, F. (1996). Cognitive Therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. *British Journal Psychiatry*, 169, 593-601.

Drury, V.; Birchwood, M. y Cochrane, R. (2000). Cognitive Therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. 3. Five-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.

Espada Largo, F. J. y Uncal Jiménez de Cisneros, J. M. (1996). Intervenciones psicosociales en esquizofrenia y métodos de tratamiento para la sintomatología psicótica resistente a la medicación: estudio de un caso. *Ansiedad y Estrés*, 2, 83-96.

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

Fenton, W. y McGlashan, T.H. (1997). We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1493-1495.

Florit Robles, A. C. (1996). Desarrollo de una intervención en un caso de esquizofrenia residual. *Clinica y Salud*, 7, 343-357.

Fowler, D. y Morley, S. (1989). The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: a preliminary study. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 267-282.

Fowler, D.; Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for*

Psychosis. Theory and Practice Chichester: Wiley.

Fowler, D. Terapia cognitivo-conductual: un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. (1996). En José Antonio Aldaz y Carmelo Vázquez (comps.) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, (pp. 187-204). Madrid: Siglo XXI.

Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1998). Cognitive therapy for psychosis: formulation, treatment, effects and service implications. *Journal of Mental Health*, 7, 123-133.

Freeman, D., Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. y Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 415-430.

Freeman, D. y Garety, P.A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.

Freeman, D. y Garety, P. (2002). Cognitive therapy for an individual with a long-standing persecutory delusion. En A.P. Morrison (Ed.): *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. East Sussex: Brunner-Routledge.

Frith, C. D. (1995). *La Esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel Psicología. (Original, 1992).

Garety, P.A. y Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations Into the Psychology of Delusional Reasoning*, Maudsley Monograph. Oxford: University Press.

Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., Hadley, C. y Jones, S. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.

Garety, P. A., Fowler, D. y Kuipers, E. (2000). Cognitive-Behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 26(1), 73-86.

Haddock, G., Bentall, R. P. y Slade, P. D. (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction?. En G. Haddock y P. D. Slade (Eds.). *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Routledge: Londres.

Haddock, G.; Slade, P.D.; Bentall, R.P.; Reid, D. y Faragher, E.B. (1998). A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 339-349.

Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A., Hopkins, R., Drake, R. y Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, en prensa.

Hartman, L. M. y Cashman, F. E. (1983). Cognitive-behavioural and psychopharmacology treatment of delusional symptoms: A preliminary report. *Behavior Psychotherapy*, 11, 50-61.

Heinrichs, D. W., Hanlon, T.E. y Carpenter, W. T. (1984). The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.

Hemsley, D. R. Perceptual and cognitive abnormalities as the bases for schizophrenic symptoms. (1994). En A. S. David y J. C.

Cutting: *The Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Erlbaum. 97-116.

Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 139-149.

Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press.

Johnson, W. G., Ross, J. M. y Mastria, M. A. (1977). Delusional behavior: an attritional analysis of development and modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(4), 421-426.

Kay, S.R., Opler, R.A. y Fiszbein, A. (1986). Positive and negative syndrome scale, PANSS. *Rating Manual*,

Kingdon, D. G. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Hove: Erlbaum.

Kingdon, D. G. (1998). Cognitive behavioural therapy of psychosis: complexities in engagement and therapy. En N. Tarrier; A. Wells y G. Haddock. (eds.): *Treating complex cases. The Cognitive-behavioural therapy approach*. Chichester: Wiley.

Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. y Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.

Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chilholm, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. y Hadley, C. (1998). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173:61-68

Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Siglo XXI de España Editores.

Liberman, R. P., DeRisi, W. J. y Mueser, K. M. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York: Pergamon Press.

Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca. (Original 1988).

Lindsley, O. R. (1959). Reduction in rate of vocal psychotic symptoms by differential positive reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 2, 269.

Maier, B. A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. En T. F. Oltmanns y B. A. Maier (eds): *Delusional Beliefs*, (pp. 15-33). New York: Wiley.

Milton, F., Patwa, K. y Hafner, R. J. (1978). Confrontation vs. Belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.

Morrison, A. P. (1994). Cognitive behaviour therapy for auditory hallucinations without concurrent medication: a single case. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 259-264.

Morrison, A. P. Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in schizophrenia. (1998). En N. Tarrier; A. Wells y G. Haddock. (eds.): *Treating Complex Cases. The Cognitive-Behavioural Therapy Approach*. Chichester: Wiley.

Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.

- Mueser, K.T. y Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?. *Psychological Medicine*, 20, 253-262.
- Mueser, K. T. y Bond, G. R. (2000). Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 27-35.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. CIE-10. Madrid: OMS.
- Overall, J. y Gorham, D. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos: una revisión. *Psicologemas*, 10, 225-256.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*, 9, 33-45.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1999a). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: 1. Revisión de los diseños de replicación intrasujeto aplicados al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología*, 17, 31-48.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1999b). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: 2. Estudios aleatorizados con grupo control. *Apuntes de Psicología*, 17, 17.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14, 26- 33.
- Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D. y DeSimone, L. (1999). Cognitive-Behavioral Therapy and clozapine for clients with treatment refractory schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50 (7), 901-904.
- Rivas Hidalgo, C y Rodríguez Borrego, R. (1991). Una aproximación teórica a la rehabilitación psiquiátrica. *Revista de Humanidades*, 2, 201-211. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Centro Asociado de Sevilla.
- Rivière, A. (1999). Conferencia sobre la teoría de la mente. II Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: *Avances y Desafíos en Rehabilitación de Personas con Enfermedades Mentales*. Madrid.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia Integrada de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel Psiquiatría. (Original 1995).
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). Schizophrenia. En A. Roth y P. Fonagy (eds.): *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Sensky, T.; Turkington, D.; Kingdon, D.; Scott, J.L.; Scott, J.; Siddle, R.; O'Carroll, M. y Barnes, T.R.E. (2000). A randomized controlled trial of Cognitive-Behavioral Therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Sharp, H. M., Fear, C. F., William, M. G., Healy, D., Lowe, C. F., Yeadon, H. y Holden, R. (1996). Delusional phenomenology – Dimensions of change. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 123-142.
- Slade, P. D. y Bentall, R. P. (1988) *Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination*. Londres: Croom Helm.

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. y Ugarteburu, I. (1993a). 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.

Tarrier, N., Sharpe, I., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A. y Yusupoff, L. (1993b). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: II. Treatment specific changes in coping and problem solving skill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5-10.

Tarrier, N. (1995). Tratamiento y modificación de los síntomas psicóticos positivos residuales. En M. Birchwood y N. Tarrier: *El Tratamiento Psicológico de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. y Morris, J. (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.

Tarrier, N.; Wittkowski, A.; Kinney, C.; McCarthy, E.; Morris, J. y Humphreys, L. (1999). The durability of the effects of cognitive-behaviour therapy in the treatment of chronic schizophrenia: Twelve months follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 174, 500-504.

Tarrier, N.; Kinney, C.; McCarthy, E.; Morris, J.; Humphreys, L. y Wittkowski, A. (2000). Two year follow-up of cognitive-behaviour therapy and supportive counselling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 917-922.

Watts, F. N., Powell, G. E. y Austin, S.V. (1973). Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.

Yusupoff, L. y Tarrier, T. (1996). Coping Strategy Enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock y P. D. Slade: *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*, capítulo 5. Londres: Routledge.

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