

El tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos

J. Arévalo Ferrera

Psicólogo Clínico del Equipo de Salud Mental de Distrito III de Segovia. Profesor Asociado de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Se describen algunas de las más recientes aportaciones cognitivoconductuales al tratamiento de los problemas psicóticos, que complementan a los tratamientos biológicos y de rehabilitación psicosocial. En primer lugar se revisan los aspectos teóricos y metodológicos de las intervenciones con el "apellido" "cognitivo" en el ámbito de los trastornos psicóticos. En segundo lugar, se plantearán los presupuestos básicos de las técnicas aplicadas a los trastornos psicóticos, comparándolas con otras técnicas de psicoterapia cognitiva, así como las fases del proceso terapéutico. Finalmente se hace una valoración global de la efectividad de la terapia cognitivoconductual en la esquizofrenia. Existe suficiente experiencia que apoya la utilidad de los tratamientos cognitivoconductuales como un instrumento de interés para la rehabilitación integral, si bien, dada la juventud de este campo terapéutico, su utilidad habrá de ser revisada cuando este tipo de procedimientos se generalicen dentro de la asistencia rutinaria a la población que padece trastornos psicóticos.

Palabras clave:

Esquizofrenia, rehabilitación, tratamiento cognitivo.

Cognitive-behavioral treatment of psychotic symptoms

Some of the most recent cognitive-behavioural contributions are described to the treatment of the psychotics problems, that they complement to the biological treatments and to psycho-social rehabilitation. In the first place the theoretical and methodologic aspects of the interventions with «the cognitive» last name in the scope of the psychotic disorders are reviewed. Secondly, the basic budgets of the techniques applied to the psychotic disorders, comparing them with other cognitive-behavioural techniques, as well as the phases of the therapeutic process will consider. Finally a global valuation is made of the effectiveness of the cognitive-behavioural therapy in the schizophrenia. Sufficient experience exists that supports the utility of the cognitive-behavioural treatments like an

instrument of interest for the integral rehabilitation, although, given to the youth of this therapeutic field, his utility it will have to be reviewed when this type of procedures becomes general within the routine attendance the population that suffers psychotic disorders.

Key words:

Cognitive therapy, rehabilitation, schizophrenia

En este trabajo se describen algunas de las más recientes aportaciones al tratamiento de los problemas psicóticos, desarrolladas desde el enfoque cognitivo-conductual. Estas intervenciones centran su objetivo en algunos síntomas psicóticos, principalmente positivos, cuya presencia a lo largo del tiempo constituye una fuente de perturbación emocional y conductual para la persona que sufre el trastorno psicótico, a pesar de recibir el adecuado tratamiento farmacológico e incluso otras intervenciones rehabilitadoras. Su validez terapéutica parece prometedora, aunque todavía insuficientemente documentada, ya que son pocos los estudios que con este fin se han realizado, y en muchos casos se trata de trabajos de caso único o realizados con pequeños grupos^{1,2}. No obstante, permiten disponer en nuestro arsenal terapéutico de un recurso más para hacer frente a las devastadoras consecuencias personales de los trastornos psicóticos en las personas que los experimentan, y para ayudarles en su proceso de recuperación personal. En este sentido, las técnicas cognitivoconductuales de las que venimos hablando, complementan las aportaciones de los tratamientos biológicos y de los desarrollos que la rehabilitación psicosocial han proporcionado, añadiendo nuevos puntos de vista que permiten en ocasiones avanzar un paso más.

Desglosaremos nuestra presentación en tres grandes bloques. En primer lugar, nos acercaremos a las diferentes razones que han llevado al desembarco de las técnicas cognitivoconductuales al campo de la psicosis y haremos algunas matizaciones acerca del "apellido" "cognitivo" para diferenciar esta aproximación de otros acercamientos también cognitivos a la psicosis. En segundo lugar, se plantearán los presupuestos básicos de los que parte el enfoque, algunas de las similitudes y diferencias de la aproximación cognitiva a la psicosis respecto a otros problemas clínicos y

Correspondencia: J. Arévalo Ferrera.
Centro de Salud Mental "Antonio Machado".
Altos de la Piedad s/n.
40003 Segovia.

las fases del proceso terapéutico de acuerdo al modelo de alguno de los autores más importantes en el campo³. Finalmente, haremos una valoración global acerca de las aportaciones que las intervenciones cognitivoconductuales han supuesto en el tratamiento de los síntomas psicóticos.

Intervenciones “cognitivas” en la esquizofrenia

La aproximación cognitivoconductual aparece en escena siguiendo la estela de las mejoras que el tratamiento comunitario de la psicosis ha supuesto en las últimas décadas, y en particular dando continuidad a los beneficios que se han derivado de los modelos, técnicas y prácticas surgidos de la rehabilitación psicosocial. Comparte también con ella la visión biopsicosocial de los trastornos mentales, inherente al modelo de vulnerabilidad-estrés. En dicho modelo se subraya la presencia de elementos individuales de vulnerabilidad psicobiológica, que en interjuego con variables personales y ambientales va a modular la aparición y el curso de los trastornos psicóticos. Las implicaciones del modelo desde el punto de vista terapéutico han sido múltiples; sin pretender ser exhaustivos, cabe mencionar la necesidad de tener en consideración variables de origen muy dispar a la hora de comprender y explicar las características de cada trastorno a nivel individual, la importancia de que la evaluación, la planificación y el diseño de la intervención tengan en cuenta los diferentes factores implicados y la posibilidad de realizar acciones para prevenir recaídas una vez comenzado el trastorno, entre otras.

Junto a estos elementos que podríamos considerar un “mínimo común múltiplo” entre las técnicas cognitivoconductuales y la rehabilitación psicosocial, hay otros aspectos de carácter diferencial. A este respecto, las técnicas cognitivas irrumpen en escena, entre otras razones, por algunos elementos carenciales en el tratamiento de los problemas psicóticos que deben ser superados, y que incluimos en la tabla 1.

Junto a las implicaciones que se derivan del modelo de vulnerabilidad y al intento de superación de los aspectos deficitarios del tratamiento habitual de la psicosis, la terapia cognitiva se asienta en otros pilares que le son propios. Entre éstos, hay que destacar en primera instancia la consideración de los procesos psicológicos implicados en el afrontamiento de los trastornos psicóticos. El estudio de cómo reaccionan las personas con psicosis ante su propio trastorno nos ofrece lecciones muy interesantes, que no podemos pasar por alto, sobre la importancia de la actitud del paciente hacia sus síntomas (negación, resignación, aceptación), que hace que éstos tengan un impacto muy distinto en cada individuo a pesar de tratarse del mismo síntoma. Así mismo, no podemos dejar de considerar el efecto a veces positivo, a veces negativo, de rotular las experiencias personales como resultantes de una enfermedad “médica”, el peso que tienen las propias expectativas en el desenlace del trastorno y algunas interesantes formas de “autotratamiento” que los pacientes han descrito.

Por último, en los últimos años han aparecido formulaciones teóricas de máximo interés que ofrecen una visión marcadamente cognitiva de cómo surgen y se mantienen los fenómenos psicóticos que han permitido el desarrollo de técnicas específicas para afrontar estos síntomas⁴⁻⁶. Algunos de estos modelos se insertan claramente en propuestas de carácter neuropsicológico^{7,8} y otros se encuentran más cercanos a los abordajes cognitivos dentro del modelo cognitivoconductual⁹⁻¹². Desde estas aproximaciones se ha producido una vuelta al estudio de los síntomas psicóticos centrales en el diagnóstico de los diferentes cuadros psicóticos, cuestionando la utilidad de nociones clásicas como la de esquizofrenia. Las formulaciones que se derivan de este nuevo punto de vista, critican formulaciones psicopatológicas clásicas y exclusivamente biologicistas de los síntomas psicóticos, y consideran que éstos pueden ser considerados como parte de un continuo en el que uno de los extremos sería la normalidad, y el otro las experiencias psicóticas.

Finalmente, concluiremos este apartado ofreciendo algún matiz sobre el “apellido” “cognitivo” que connota de forma común perspectivas diferentes. Las intervenciones que

TABLA 1. Limitaciones de la rehabilitación y del tratamiento farmacológico de la psicosis

Beneficios limitados de los entrenamientos en habilidades-problemas de generalización
Escasa atención a la experiencia subjetiva de la psicosis, olvido de fenómenos demasiado frecuentes:
Presencia muy frecuente de síntomas intensos de depresión en diferentes momentos del trascurso del trastorno psicótico
Presencia muy habitual de síntomas y problemas de ansiedad con graves consecuencias en la adaptación cotidiana
Sentimientos frecuentes de desesperanza y de visiones altamente negativas de la propia identidad, de las expectativas vitales y del trastorno
Tasas suficientemente importantes de problemas relacionados con el suicidio en las personas con psicosis
Proporción elevada de pacientes “refractarios” con síntomas psicóticos persistentes
Numerosos y molestos efectos secundarios, a veces tan desagradables como los problemas que la medicación quiere solucionar
Una gran parte de pacientes psicóticos no toma medicación o lo hace de forma irregular

aquí se recogen se insertan en el acercamiento cognitivo-conductual. Le son propias a esta perspectiva el énfasis otorgado a la relación entre los distintos niveles de análisis de la conducta (cognitivo, fisiológico, emocional y motor) subrayando el papel central de las creencias en el malestar emocional y la visión de la sintomatología desde una perspectiva continua con la conducta normal. En este sentido, los procesos de pensamiento involucrados en las ideas delirantes (sesgos, distorsiones) son considerados similares a los implicados en el pensamiento normal, existiendo diferencias solamente cuantitativas, que hacen estas creencias mucho más resistentes a cualquier intento de cambio. Así mismo, desde este acercamiento el objetivo del cambio terapéutico se centra en la modificación de los síntomas psicóticos (especialmente creencias delirantes y fenómenos alucinatorios) en la medida en que éstos sean los responsables de la presencia de perturbaciones emocionales o de trastornos conductuales. Las técnicas que se emplean son las propias y características que el abordaje cognitivo-conductual adopta en el tratamiento de otros problemas clínicos, tales como la depresión o la ansiedad, siguiendo las aportaciones de autores clásicos como por ejemplo Beck. Nos referimos a técnicas como la modificación y desafío de creencias, a diferentes variaciones de las técnicas de exposición, al empleo de experimentos conductuales y similares. Lógicamente, el uso de estas técnicas en el campo de la psicosis no supone una mera traslación, sino que deben realizarse las pertinentes adaptaciones y tener en cuenta las consideraciones teóricas y clínicas que acompañan a la psicosis, aspectos de los que daremos cuenta en el siguiente apartado.

El planteamiento descrito difiere, por tanto, de otros abordajes, que a veces pueden usar estrategias clínicas y terapéuticas muy similares, que también reciben la denominación de cognitivas, pero que tienen por objeto central no la modificación de los contenidos de las creencias, sino ir más allá y modificar los procesos cognitivos subyacentes¹³ a los que teóricamente se les otorga un papel etiológico en la psicosis, como es el caso de la terapia integrada de la esquizofrenia de Roder, Brenner et al¹⁴. Sin menoscabar el in-

terés de este tipo de propuestas, de acuerdo con TARRIER¹⁵, son, por el momento, todavía más las preguntas que las respuestas.

Presupuestos básicos en la terapia cognitiva de la psicosis. Fases del proceso terapéutico

El tratamiento cognitivo-conductual de la psicosis, por tanto, se asienta en los principios del modelo de vulnerabilidad, intenta subsanar algunas limitaciones de los tratamientos previamente existentes y recoge las aportaciones de la psicología cognitiva en la comprensión de los fenómenos psicóticos. Partiendo de este sustrato podemos señalar lo que constituyen las señas de identidad de esta aproximación, o presupuestos básicos en la terapia cognitiva de la psicosis:

1. Comprender el modo de vida de las personas con psicosis como una forma de afrontamiento de la enfermedad puede ser de gran utilidad:

—Prestando atención a los síntomas psicóticos resistentes a la medicación.

—Prestando atención a las alteraciones emocionales.

—Empleando tácticas cognitivo-conductuales en el manejo del riesgo de recaída y discapacidad social.

2. La psicosis es experimentada por los pacientes como pensamientos y sentimientos alterados, no necesariamente tienen por qué ser útiles las explicaciones desde el modelo de enfermedad.

3. En la formación de los síntomas psicóticos pueden estar implicados procesos psicológicos diversos (por ejemplo, el modelo de formación de alucinaciones de Slade y Bentall¹² o el modelo de formación y mantenimiento de creencias delirantes de Garety¹⁶), siendo necesario hacer un análisis altamente individualizado.

Desde estos presupuestos se perfilan de forma clara las que se constituyen en características centrales de la terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos según el modelo de Fowler, Garety y Kuipers³ (tabla 2).

Tabla 2. Características de la terapia cognitivo-conductual aplicada a la psicosis

Se basa en los modelos cognitivos explicativos de los síntomas psicóticos
Siempre se desarrolla en coexistencia con la medicación. Se presta especial atención a la relación médico-paciente, a la negociación y al consentimiento informado
Énfasis en la experiencia subjetiva del paciente
Se parte de una evaluación y formulación individual para identificar los procesos que contribuyen a la discapacidad en cada caso
Desarrollo en colaboración con el paciente de estrategias para el manejo activo de las discapacidades
Formato reducido y limitado en el tiempo con tres objetivos principales:
Reducir la angustia y las discapacidades asociadas a la sintomatología psicótica residual
Reducir los trastornos emocionales
Promocionar la participación activa del individuo en la regulación del riesgo de recaída y su discapacidad social

Fowler D³.

Una vez señalados los presupuestos y las características centrales del tratamiento cognitivoconductual de los síntomas psicóticos, se emplean técnicas ampliamente probadas y sobradamente conocidas dentro del elenco cognitivoconductual, pero que deben adaptarse a las peculiaridades de las personas que padecen trastornos psicóticos. Fowler¹⁷ considera necesaria para este objetivo la siguiente adaptación de las técnicas tradicionales de la terapia cognitivoconductual para su uso en los trastornos psicóticos:

1. Tener en cuenta la gravedad de los problemas de las personas con psicosis.
2. Considerar los problemas asociados a la heterogeneidad de los trastornos psicóticos.
3. No perder de vista los problemas clínicos asociados a la presencia de déficit cognitivos.
4. Contar con la presencia de problemas clínicos asociados a la elevada sensibilidad emocional de las personas que experimentan psicosis.
5. Afrontar los problemas clínicos asociados a la falta de confianza del paciente hacia el terapeuta y a la presencia de posibles malas interpretaciones del terapeuta y de sus intervenciones.

6. Asumir la probable presencia de problemas asociados a ideas delirantes fuertemente sostenidas.

Se proponen también los siguientes cambios de la terapia cognitivoconductual para su aplicación a la psicosis:

1. Enfatizar la instauración de una relación estable con el paciente, y facilitarla y mantenerla activa.
2. Considerar un proceso de evaluación más extenso y duradero para poder identificar y formular los problemas.
3. Considerar la utilización de métodos de análisis de la sesión y de sostenimiento, que normalmente se asocian a enfoques psicodinámicos para mantener la activación emocional dentro de límites tolerables.
4. Moderar las expectativas terapéuticas de acuerdo a la probable presencia de deficiencias subyacentes de comprensión y procesamiento de la información.

Terminaremos este apartado describiendo las fases que incluye el proceso de intervención, de acuerdo al modelo propuesto por Fowler, Garety y Kuipers³:

1. Contacto y evaluación.
2. Utilización de estrategias de manejo cognitivoconductuales para afrontar los síntomas psicóticos.
3. Formulación de un nuevo modelo del trastorno psicótico.
4. Estrategias cognitivas para el manejo de creencias irracionales y creencias alucinatorias.
5. Terapia cognitiva para asunciones disfuncionales sobre uno mismo.
6. Estrategias para el manejo del riesgo de recaída y de la discapacidad social.

No disponemos de espacio para entrar en mayores detalles, y remitimos al lector al manual elaborado por los ci-

tados autores, en el que se describen con minuciosidad los contenidos y estrategias que componen cada una de las etapas. Algunos de los elementos de trabajo que se sugieren en este modelo se asemejan a otras propuestas similares tales como las formuladas por Tarrrier¹⁵ en su metodología de “Potenciación de Estrategias de Afrontamiento” para el abordaje de los síntomas psicóticos residuales, o la propuesta de Drury¹⁸ para la recuperación de la psicosis aguda, o al modelo desarrollado por Chadwick et al¹⁹, muchos de ellos sintetizados en la reciente monografía editada por Valiente⁶. Más allá de la adherencia a un esquema particular de trabajo, y no perdiendo nunca de vista la enorme flexibilidad que suele requerir el trabajo con personas con problemas psicóticos por razones múltiples, lo importante es el hecho de que podemos contar con guías de intervención ya contrastadas que pueden servirnos de referente específico o genérico a la hora de diseñar y planificar nuestras propias intervenciones.

El proceso descrito se inicia en la fase de contacto y evaluación, que lejos de suponer una mera recogida de información con fines únicamente diagnósticos, implica el despliegue por parte del terapeuta de un conjunto de estrategias destinadas a establecer una firme alianza con el paciente psicótico, tarea enormemente delicada. Esta tarea de “enganche” (recomendamos la lectura del capítulo de Valiente⁶ sobre esta cuestión específica) va a propiciar la formulación de un modelo de vulnerabilidad altamente individualizado. A partir del tipo de explicaciones que se proponen desde los modelos generales de vulnerabilidad de la esquizofrenia y de los más recientes modelos explicativos cognitivos de los trastornos psicóticos, el terapeuta con la información específica recogida en la fase de evaluación a través de métodos diversos (entrevistas, escalas, etc.) que prestan atención a las múltiples dimensiones relevantes de los fenómenos psicóticos²⁰, trata de establecer en colaboración con el paciente un intento de explicación de cómo se han ido gestando las experiencias psicóticas que experimenta y qué factores han influido e influyen actualmente en ellas. La formulación de ese modelo de vulnerabilidad individual y “a medida” del paciente, va a constituir la base del trabajo de colaboración que se va a realizar en las siguientes fases del proceso. La fase siguiente se ocupa de ayudar al paciente a que autorregule sus propios síntomas para aminorar las interferencias que producen en su vida cotidiana, y se centra específicamente en la enseñanza de estrategias de afrontamiento. En este punto se parte de aquellas estrategias con las que el paciente ya cuenta o se entrenan nuevas fórmulas si fuera necesario, practicándolas de forma gradual y repetida hasta que se conviertan en una “rápida salida de incendios”, fácilmente empleable cuando las circunstancias externas o internas lo requieran. Dichas estrategias son variopintas (cognitivas, conductuales, reguladoras del *input* sensorial o fisiológicas, según la clasificación de Tarrrier¹⁵) y se ajustarán a las necesidades del

paciente y a las demandas de la situación tras su adecuado análisis. Por ejemplo Slade y Bentall¹² sugieren diferentes procedimientos para el manejo de las alucinaciones relativamente eficaces para algunos pacientes y a corto plazo, que van desde el uso del refuerzo diferencial, del control estimular, del control de las aferencias auditivas (leer en alto, tararear, oír música en un *walkman*, etc.), de métodos de autocontrol (parada de pensamiento, automonitorización, autoinstrucciones, etc.) a los intentos del propio paciente por focalizar su atención en el contenido de sus voces (tabla 3).

Con posteridad, tras la formulación del modelo personal de psicosis al que nos hemos referido antes y habiendo establecido una sólida base de cooperación con el paciente, se desarrolla el trabajo más propiamente cognitivo con los síntomas psicóticos centrales delirantes y alucinatorios. En este punto, no sólo se persigue la regulación de los síntomas psicóticos, sino que partiendo de la aproximación cognitiva conductual desde la que se atribuye un papel determinante y causal inmediato a las cogniciones en el desencadenamiento del malestar emocional, se intentan modificar las creencias disfuncionales que subyacen a las ideas delirantes y a las experiencias alucinatorias. El logro de este objetivo se presupone central en la aparición de una nueva manera de interpretar por el propio paciente sus propias experiencias subjetivas, que va a tener claras consecuencias en otros niveles de su comportamiento, haciendo disminuir o desaparecer el malestar fisiológico, emocional y las conductas desadaptadas vinculadas. Para ello, desde el empirismo colaborador típico del acercamiento cognitivo se realiza un análisis funcional de los fenómenos psicóticos identificando los sucesos desencadenantes del malestar personal, las ideas y creencias vinculadas a ellos y las consecuencias que lo siguen. Seguidamente, escogiendo adecuadamente las creencias que se van a convertir en la meta central de la intervención (procederemos yendo gradualmente desde las creencias periféricas a las más centrales para evitar resistencias y una mayor reactividad por parte del paciente), emplearemos tácticas de reestructuración cognitiva que incluyen el desafío verbal (contraste de las creencias con las evidencias, consistencia de las creencias entre sí, etc.), el reencuadre y el uso de experimentos conductuales, entre otros. A continuación se recoge el esquema de actuación en esta cuarta fase del modelo de Fowler, Garey y Kuipers³ para la modifica-

ción de creencias disfuncionales como son las creencias delirantes e interpretaciones paranoides, o las creencias disfuncionales sobre otros síntomas psicóticos:

1. Preparación para el tratamiento cognitivoconductual:
 - Identificar los incidentes y memorias que el paciente ve como evidencia de sus creencias.
 - Los delirios como informes fidedignos de las experiencias.
 - Discutir cómo se forman y se mantienen las creencias.
 - Discutir las repercusiones negativas del cambio de creencias.
2. Selección de creencias para el tratamiento cognitivoconductual
3. Método del reencuadre cognitivo:
 - Desafío verbal:
 - Desafío de la evidencia que según el paciente apoya la creencia.
 - Desafío de la consistencia del sistema de creencias delirantes.
 - Reencuadrar el delirio como una respuesta entendible para dar sentido a la experiencia; un modelo de enfermedad.
 - Experimentos conductuales:
 - Comprobación empírica tradicional.
 - Ejercicios para atacar la vergüenza y correr riesgos.
 - Reconstrucción cognitiva de contenidos delirantes específicos.

Con un esquema similar al adoptado para abordar las creencias delirantes se continúa el trabajo terapéutico con las creencias disfuncionales vinculadas a la presencia de síntomas alucinatorios:

1. Modificación y susceptibilidad para el cambio de creencias sobre alucinaciones
 2. Desafío verbal de las creencias sobre las alucinaciones:
 - Creencias sobre adherencia.
 - Creencias sobre la omnisciencia y omnipotencia de las alucinaciones.
 3. Comprobación empírica de las creencias:
 - Comprobar las creencias sobre la incontrolabilidad de las alucinaciones.
- Valiente⁶ recoge algunas sugerencias propuestas por Chadwick et al¹⁹ para corregir las creencias sobre la incontrolabilidad de la alucinación:

Tabla 3. Ejemplo de estrategia de afrontamiento para el manejo de las alucinaciones auditivas: terapia de focalización

Se pide al paciente que se fije y describa las características físicas de sus voces (por ejemplo tono, intensidad, localización, etc.)
Se le pide que hable sobre el contenido de sus voces y que observe la relación entre éstas y sus preocupaciones actuales y experiencias vitales
Se pide al paciente que observe sus propias reacciones ante las voces y, en particular, las creencias que tiene sobre ellas

Bental RP⁹.

1. Identificación personalizada de los eventos que aumentan o disminuyen las experiencias alucinatorias.

2. Practicar el uso de estrategias para “aumentar” y “disminuir” las alucinaciones, primero durante la sesión de terapia.

3. Proponer la idea de que el grado de control que asignamos a las cosas es subjetivo, que una valoración más objetiva del control requiere una demostración de que la actividad, en este caso la alucinatoria, puede o no producirse / eliminarse y aumentarse / disminuirse.

4. Prescripción de ejercicios, como tareas para casa, para iniciar o aumentar la actividad de las alucinaciones en períodos breves de tiempo, para después reducirlas o pararlas.

5. Considerar qué implicaciones tienen para sus creencias sobre el control y poder de sus alucinaciones los ejercicios anteriores que el paciente ha conseguido llevar a cabo.

Es probable que el uso de los intentos de modificación de las creencias disfuncionales propuestos dé lugar a algunos de los siguientes resultados:

1. Que el paciente reconozca que el delirio es una creencia y no un hecho.

2. Que el paciente reconozca que el delirio representa una reacción –una forma de explicar sus experiencias o ciertos aspectos de su vida– en algunos casos con una clara motivación psicológica.

3. Que el paciente reconozca que el delirio tiene coste emocional y conductual, y que este coste no es inevitable.

4. Que el paciente reconozca que el delirio es falso y lo rechace por otra explicación que sea más entendible.

En resumen, como señalan Chadwick y Lowe²¹, parece que los mecanismos a través de los cuales la terapia cognitivo-conductual produce cambios en las creencias asociadas a los síntomas psicóticos son básicamente dos: la desactivación de la creencia y la compensación.

En la fase siguiente de la intervención, el foco siguen siendo las creencias disfuncionales, pero cuyo contenido son la propia idea de sí mismo, las creencias evaluativas del paciente sobre su persona, en la mayoría de los casos creencias implícitas y no abiertamente identificadas por el paciente. Para ello se intentan establecer relaciones entre las creencias delirantes y las creencias intermedias o centrales sobre la idea de uno mismo. Esta tarea es altamente delicada y se va a servir de procedimientos similares a los ya descritos (cuestionamiento socrático, experimentos conductuales, actuar “como si...”, reconstruir memorias tempranas, etc.) y de estrategias cognitivas empleadas en el abordaje de los trastornos de personalidad²². La tabla 4 recoge el esquema que Fowler, Garey y Kuipers³ proponen en su modelo de intervención para el trabajo en esta fase.

El proceso concluye con la preparación del paciente para hacer frente a las dificultades futuras. Tras un balance global de los logros alcanzados a lo largo de las distintas fases el paciente debe aprender a contar de forma realista con la probabilidad de que reaparezcan nuevos problemas y con

Tabla 4. Modificación de creencias disfuncionales: trabajando con las creencias intermedias o centrales disfuncionales y la autoestima

Modificación de creencias intermedias Cuestionamiento socrático Experimentos conductuales El continuo cognitivo Role-plays racionales-emocionales El uso de otros como punto de referencia Actuando “como si...” El uso de la autorrevelación
Modificación de creencias centrales Modificando creencias evaluativas Hoja de trabajo de creencias centrales Contrastes extremos Desarrollando metáforas Tests históricos de las creencias centrales Reconstrucción de memorias tempranas Técnicas conductuales y de autocontrol
Identificando y modificando la autoestima negativa Autoestima como evaluación de la valía personal Autoconcienciación (entendimiento de uno mismo): Etiquetar y expresar emociones

Fowler D³.

el riesgo de recaídas. El nuevo conocimiento de su fragilidad personal, la identificación tanto de mecanismos perjudiciales para la reagudización de sus síntomas como de las estrategias, razones y recursos para manejarlos y afrontarlos eficazmente, han de guiar su proceso personal de vivir con el trastorno psicótico y facilitar sus capacidades de trascenderlo, o en términos de Farkas²³ el proceso de *recovery* o recuperación, que va más allá de la curación y la rehabilitación.

Efectividad de la terapia cognitiva conductual en la esquizofrenia

Con anterioridad a los últimos desarrollos cognitivo-conductuales diferentes revisiones habían señalado la viabilidad de modificar o moderar síntomas psicóticos mediante técnicas de intervención psicológica, muchas de las cuales incidían de modo especial sobre el nivel conductual de los problemas^{12,24-26}. La conclusión de estas revisiones giraba sobre el escaso impacto de estos estudios en la práctica clínica rutinaria por varias razones:

1. Uso de una terminología poco atractiva.
2. Empleo en algunos de estos trabajos de técnicas aver-sivas, actualmente muy cuestionadas.
3. Focalización en cambiar aspectos simples de la experiencia psicótica, dejando de lado otros aspectos importantes de la experiencia subjetiva del paciente.

4. Cuestionamiento de que la producción de cambios en la conducta manifiesta del psicótico, suponga realmente un cambio significativo en la experiencia subyacente de la psicosis misma.

5. La trivialidad aparente de algunos de los métodos propuestos (por ejemplo la parada de pensamiento en las ideas delirantes).

El advenimiento de nuevos procedimientos cognitivos cuenta ya con algunos resultados que avalan la eficacia de este enfoque, sin perder de vista que tales resultados no dejan de ser limitados considerando la novedad del abordaje. Contamos con trabajos sobre aspectos parciales del modelo cognitivo que avalan la consecución de logros positivos: reetiquetamiento y normalización^{27,28}, terapia de focalización para las alucinaciones²⁹, psicoeducación³⁰, modificación de creencias³¹⁻³³, mejora de las estrategias de afrontamiento de síntomas psicóticos³⁴⁻³⁶, terapia cognitiva en un contexto de *milieu therapy*³⁷. A partir de estos trabajos se puede establecer una valoración de las aportaciones de la terapia cognitivoconductual en los problemas psicóticos, valoración de carácter marcadamente provisional dada la juventud del campo y que habrá de ser revisada cuando este tipo de procedimientos se generalicen dentro de la asistencia rutinaria a la población que padece trastornos psicóticos. A modo de resumen sobre la eficacia de la terapia cognitivoconductual en la psicosis, podemos hacer las siguientes valoraciones, si bien por el momento es importante que los terapeutas evalúen muy de cerca los resultados de sus propios casos:

1. La premisa básica es que la modificación de estos síntomas (cambio de creencias, un entendimiento del síntoma más amplio y equilibrado) va a producir cambios en otras áreas (conductual, afectiva).

2. Otra premisa importante es la implicación de ciertos procesos psicológicos en la aparición de estos síntomas. Es fundamental el trabajo de mejora de la autoestima o de creencias básicas negativas como parte de la rutina clínica con estos pacientes.

3. Se han identificado²¹ dos mecanismos a través de los cuales la terapia cognitivoconductual produce cambios en las creencias asociadas a los síntomas psicóticos: desactivación de la creencia y compensación.

4. Estudios de caso único y de pequeños grupos de pacientes han demostrado que se puede disminuir con estas técnicas la gravedad de los síntomas psicóticos, así como la preocupación y ansiedad asociada al síntoma.

5. Algunos trabajos han demostrado que estos efectos se mantienen al año de haber finalizado la intervención^{38,39}.

6. Es probable que la experiencia delirante sea un área vulnerable a la aparición de recaídas ante las adversidades de la vida o ante el deterioro de la capacidad de afrontamiento del paciente.

7. Se han señalado algunos factores que predicen la respuesta (reacción ante una hipotética contradicción de Brett-Jones et al⁴⁰; fluctuaciones en el grado de convicción de la

creencia psicótica; duración y gravedad de la sintomatología) a la terapia cognitivoconductual de los pacientes psicóticos: la importancia de una buena relación terapéutica, dejar espacio antes del inicio del tratamiento para que el paciente hable libremente de sus preocupaciones y el terapeuta haga esfuerzos para reducir la reactancia psicológica.

8. Un elemento necesario de la intervención es el cuestionamiento guiado y el desafío verbal. Otros elementos pueden ser complementarios (la comprobación empírica).

9. Junto a los hallazgos prometedores señalados, no pueden perderse de vista las limitaciones de las técnicas:

—No son útiles para todos los pacientes psicóticos.

—No se pueden usar de forma indiscriminada en cualquier momento, ni de forma aislada al margen de una intervención global interdisciplinar.

—Se han referido resultados positivos en alrededor del 50% de los pacientes tratados³⁸.

—Necesidad de un mayor número de estudios.

—Se desconoce su aplicabilidad a grandes grupos de pacientes.

—No queda claro si las diferencias de este enfoque son importantes, o si los beneficios que se alcanzan se deben a características generales de los abordajes cognitivoconductuales (relaciones de colaboración, focalización en las experiencias psicóticas, enfoque empático, etc.).

—Se desconocen los componentes efectivos de la técnica, debido a que las intervenciones son multicomponentes y a que se han abordado síntomas diversos.

—En este punto parece que son más beneficiosas las terapias largas (hasta de un año) que las cortas (menos de tres meses).

—Se desconoce el mantenimiento de los beneficios terapéuticos después de la intervención (parece que algunos pacientes necesitan sesiones de “repaso” mensuales o contar con el apoyo de un supervisor de casos).

—Se desconocen actualmente las características de los pacientes que responden y de los que no responden, y de los que pueden necesitar un seguimiento intensivo (necesidad de estudios a gran escala y a largo plazo).

Bibliografía

1. Cuevas C, Perona S. Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 1997;2(3):275-91.
2. Perona S, Cuevas C. Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema* 1997;9(1):33-45.
3. Fowler D, Garety P, Kuipers L. *Cognitive Behaviour Therapy for people with Psychosis*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995.
4. Lemos S. Trastornos delirantes. En: Lemos S, editor, *Psicopatología*. Madrid: Síntesis, 1995; p. 269-87.
5. Bentall RP. From cognitive studies of psychosis to cognitive-behaviour therapy for psychotic symptoms. En: Haddock G, Slade PD, editors. *Cognitive-behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Londres: Routledge, 1996.

6. Valiente C. Alucinaciones y delirios. Madrid: Síntesis, 2002.
7. Frith CD. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Hove, Inglaterra: Lawrence Earlbaum, 1992.
8. Hemsley DR. A simple (or simplistic?) cognitive model of Schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy* 1993;31:633-45.
9. Bentall RP, Haddock G, Slade PD. Cognitive-behaviour therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behaviour Therapy* 1994;25:51-66.
10. Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. The self attributional processes and abnormal beliefs: Toward a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:331-41.
11. Maher BA. Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. En: Oltmanns TF, Maher BA, editors, *Delusional Beliefs*. New York: Wiley, 1988;p. 15-33.
12. Slade PD, Bentall RP, editors. *Sensory Deception: A scientific Analysis of Hallucination*. London: Croom Helm, 1988.
13. Vázquez C, Florit A, López B. Rehabilitación cognitiva: Principios generales y técnicas de evaluación e intervención. En: Aldaz JA, Vázquez C, editors. *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI, 1996;p.265-92.
14. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Terapia Integrada de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1996.
15. TARRIER N. Tratamiento y modificación de los síntomas positivos residuales. En: Birchwood M, TARRIER N, editors. *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1995.
16. Garety P. Reasoning and delusions. *B J Psych* 1991;159 (Suppl): 14-8.
17. Fowler D. Terapia cognitivo-conductual: Un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. En: Aldaz JA, Vázquez C, editors. *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI, 1996;p. 187-204.
18. Drury V. Recuperación de la psicosis aguda. En: Birchwood M, TARRIER N, editors. *Tratamiento Psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1995.
19. Chadwick P, Birchwood M, Trower P. *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wiley, 1996.
20. Vázquez C, Valiente C, Díez-Alegría. La evaluación del delirio: Desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional. En: Silva F, editor. *Avances en Evaluación Psicológica*. Valencia: Promolibro, 1998.
21. Chadwick P, Lowe CF. A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:355-67.
22. Young J. *Cognitive Therapy for Personality Disorder*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc, 1990.
23. Farkas M. Rehabilitación y Recuperación ("recovery") ;Qué queremos decir exactamente? Videoconferencia inaugural de las IV Jornadas de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 2001.
24. Gwynne-Jones H. Psychological approaches. En: Wing JK, editor. *Schizophrenia: Toward a New Syntesis*. London: Academic Press, 1979.
25. Hemsley DR. Psychological Treatment of Schizophrenia. En: Lindsay S, Powell G, editors. *Handbook of Clinical Psychology*. London: Gower, 1986.
26. Shepherd G. The contribution of psychological interventions to the treatment and management of schizophrenia. En: Bebbington P, McGuffin P, editors. *Schizophrenia: The Major Issues*. Oxford: Heinemann, 1988.
27. Kingdon DG, Turkington D. The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:207-11.
28. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive Behaviour Therapy of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Earlbaum, 1994.
29. Haddock G, Bentall RP, Slade PD. Psychological treatment of chronic auditory hallucinations: two cases studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1993;21:335-46.
30. Smith J, Birchwood M, Haddrell A. Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual symptoms. *J Mental Health* 1992;1:61-70.
31. Chadwick P, Lowe CF. Measurement and modification of delusional beliefs. *J Consulting Clin Psychology* 1990; 58:225-32.
32. Watts FN, Powell GE, Austin SV. The modification of abnormal beliefs. *B J Med Psychology* 1973;46:359-63.
33. Milton F, Patwa VK, Hafner RJ. Confrontation vs belief modification in persistently deluded patients. *B J Med Psychology* 1978;51:127-30.
34. TARRIER N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *B J Psychiatry* 1993;162:524-32.
35. Nelson HE, Thrasher S, Barnes TRE. Practical ways of alleviating auditory hallucinations. *B Med J* 1991;302:327.
36. Allen H, Bass C. Coping tactics and the management of acutely distressed schizophrenic patients. *Behavioural Psychotherapy* 1992;20:61-72.
37. Perris C. *Cognitive Therapy for Patients with Schizophrenia*. New York: Cassel, 1989.
38. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: I. Effects of the treatment phase. *B J Psych* 1997;171:319-27.
39. TARRIER N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock H, et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for chronic schizophrenia. *B Med J* 1998; 317:303-7.
40. Brett-Jones J, Garety P, Hemsley D. Measuring delusional experiences: A method and its application. *B J Clin Psych* 1987;26:257-65.