

Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios

Carlos CUEVAS-YUST
Servicio Andaluz de Salud

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.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, síntomas psicóticos, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial.

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 contributed 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.

Key words: Cognitive-Behavioural Therapy, Psychotic Symptoms, Schizophrenia, Psychosocial Rehabilitation.

Aún siendo la medicación, fundamentalmente los neurolépticos, un tratamiento de primera elección en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, presenta una serie de

limitaciones de cara a ofrecer una respuesta a la complejidad y heterogeneidad de los problemas y necesidades de las personas que presentan estos diagnósticos:

- a) Dada la enorme variabilidad individual, con frecuencia el facultativo se ve obligado a prescribir distintas modalidades y combinaciones de medicamentos, a veces a modo de *ensayo y error*, hasta que el paciente *responde* de manera positiva mediante una reducción en la severidad de los síntomas psicóticos positivos.
- b) Con frecuencia, aparecen indeseables efectos secundarios de la medicación.
- c) Muchos pacientes no presentan una adecuada adherencia al tratamiento prescrito, circunstancia que se relaciona con un incremento en la probabilidad de aparición de nuevos episodios psicóticos (Robinson, Woerner, Alvir, Ma, Bilder, Goldman, Geisler, Koreen, Sheitman, Chakos, Mayerhoff y Lieberman, 1999).
- d) Una adecuada adherencia al tratamiento no garantiza la desaparición de los síntomas psicóticos residuales, estimándose que entre un 25-50% de pacientes continúa sufriendo delirios y alucinaciones (Fowler, Garety y Kuipers, 1995).
- e) En las personas con experiencias psicóticas es muy frecuente la presencia de alteraciones del ánimo y de ansiedad; entre un 25% y 75% de los casos, dependiendo de los criterios empleados y de la cronicidad de la muestra, sufren depresión (Birchwood, Iqbal y Upthegrove, 2005).
- f) Cada episodio psicótico se asocia a un incremento de los síntomas positivos residuales y al deterioro del funcionamiento social del paciente (Shepherd, Watt, Falloon y Nigel, 1989).
- g) Una adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico no constituye suficiente garantía de que las recaídas no vayan a tener lugar (Roth y Fonagy, 1996).
- h) No es la terapia de elección para mejorar la competencia personal y el funcionamiento social.

Por ello, en la atención a la salud mental de las personas con trastornos psicóticos es necesario el desarrollo de intervenciones psicosociales cuya eficacia haya sido comprobada empíricamente. De hecho, en las últimas décadas se han producido avances en la mejora de la competencia social de estos pacientes, mediante entrenamiento en habilidades sociales, y en el desarrollo de intervenciones dirigidas a apoyar a los familiares o cuidadores (Lieberman, 1993). Por otra parte, en los últimos años diversos estudios controlados han presentado a la *terapia cognitivo conductual* (TCC en adelante) como una intervención prometedora en el tratamiento de la esquizofrenia. De tal manera que instituciones científicas como por ejemplo el *United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2002)*, la *American Psychiatric Association (APA, 2004)* o la *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005)* la incluyen en su guía de tratamientos para la esquizofrenia como una psicoterapia con apoyo empírico. La TCC asume que los problemas emocionales son consecuencia de aprendizajes no adaptativos, por tanto las intervenciones tratan de establecer patrones de comportamiento más adecuados. Los principales tipos TCC son las terapias de afrontamiento que desarrollan habilidades para afrontar situaciones estresantes y síntomas; y los métodos de reestructuración cognitiva (Beck, 2000) que suponen que la modificación de creencias disfuncionales producirá cambios en la conducta y sentimientos de personas emocionalmente perturbadas. Se trata de una terapia desarrollada durante las décadas de los años 60 y 70 del siglo pasado para el

tratamiento de la ansiedad y de la depresión (Ellis, 1962; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y que posteriormente se fue adaptando al tratamiento de los otros trastornos severos como los trastornos de la personalidad, de la conducta alimentaria, el abuso de sustancias y los síntomas psicóticos.

Con relación a los síntomas psicóticos positivos, existen informes de casos aislados a los que se aplicó TCC con el fin de reducir su severidad. Por ejemplo, Beck en 1952 trató las ideas delirantes de un paciente con esquizofrenia desde una orientación cognitiva (en Morrison, 2003); o Lindsley (1959) que desde una perspectiva operante intervino sobre las alucinaciones de otro paciente. Pero en realidad la adaptación de esta terapia a los trastornos psicóticos ha sido más bien tardía, en parte debido a la creencia arraigada históricamente en el ámbito de la salud mental, conforme a la cual las personas con delirios y alucinaciones no eran tributarias de terapias verbales (Jaspers, 1963). También pudieron influir diversas creencias procedentes del propio entorno conductual: *la esquizofrenia no existe; es un trastorno biológico; su tratamiento es el farmacológico; es un trastorno muy grave para ser tratado con terapia de conducta*; creencias que según autores como Bellack (1986), supusieron una disminución en el número de intervenciones conductuales en los trastornos psicóticos durante la década de los años ochenta. Por otra parte, las psicoterapias tradicionales de orientación psicoanalítica con pacientes psicóticos ofrecieron resultados negativos (Mueser y Berenbaum, 1990; McGlashan, 1994); ello pudo influir en el hecho de que los psicólogos clínicos se centraran en el tratamiento de los trastornos neuróticos al tiempo que se abstendían de intervenir sobre los delirios y alucinaciones, síntomas de los que se ocuparía la psiquiatría. Asimismo, la tendencia observada en la psi-

copatología tradicional de contemplar a los síntomas fundamentalmente como elementos constitutivos de síndromes o de determinadas etiquetas psiquiátricas, no favorecieron el desarrollo del estudio de los síntomas por sí mismos y en consecuencia el desarrollo de intervenciones psicológicas específicas. No obstante, esta situación observó modificaciones, posiblemente debido a distintos factores que favorecieron la extensión de la aplicación de la TCC en el campo de las psicosis:

- a) *Alternativas procedentes del área de la investigación psicopatológica.* En 1988, Bentall, Jackson y Pilgrim cuestionan la validez y la utilidad del constructo *esquizofrenia*, y apuestan por el estudio de los síntomas psicóticos como fenómenos psicológicos de pleno derecho frente a los síndromes tradicionales. Esta perspectiva, que reconoce la continuidad entre el enfoque clínico y la conducta normal, facilitaría el desarrollo teórico de fenómenos psicológicos que de otra manera pueden permanecer olvidados en los síndromes y además, evita la posible clasificación errónea de los individuos al emplear diseños basados en diagnósticos (Pearsons, 1986).
- b) *Cambios en los objetivos de intervención como consecuencia de los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.* La aparición, en los años 50, de la medicación neuroléptica, junto al auge de filosofías que optaban por el retorno de los pacientes mentales al medio comunitario como lugar para su tratamiento, años 60 y 70, favoreció el desarrollo de los procesos de desinstitucionalización. Hasta entonces, muchas personas con esquizofrenia u otros trastornos severos habían pasado gran parte de sus vidas en hospitales psiquiátricos, lugares donde

los objetivos principales eran la contención y la compensación clínica, y en los que los pacientes no tenían que responder a excesivas exigencias con relación a su autonomía personal, ya que gran parte de sus cuidados y necesidades básicas quedaban cubiertas por la institución.

Ahora bien, el paso a la vida comunitaria exigía algo más que la eliminación de síntomas perturbadores, haciéndose necesaria la adaptación del enfermo a su medio, por ello cobró gran relevancia como variable objeto de rehabilitación el funcionamiento social (por ejemplo, Mueser y Bond, 2000); pues ahora, personas que presentaban trastornos mentales severos, amplias limitaciones funcionales y serias limitaciones en las habilidades para responder a las exigencias que genera la vida en la comunidad, debían afrontar los retos de la vida diaria. De hecho la rehabilitación psicosocial, una filosofía basada en la idea ofrecer una atención integral sensible a las necesidades de los pacientes y de sus cuidadores, parte con el objetivo de lograr la integración social del paciente, cuyo máximo exponente sería la integración laboral.

En un principio podría parecer que los síntomas psicóticos positivos serían objeto de la atención clínica, fundamentalmente en forma de farmacoterapia; mientras que la rehabilitación psicosocial se ocuparía de los síntomas deficitarios, de los síntomas negativos, mediante la aplicación de distintas modalidades de intervención (de manera principal, los entrenamientos en habilidades sociales y para la vida independiente, la psicoeducación, las intervenciones familiares y la rehabilitación ocupacional). Pero como señalamos en otro momento (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1995), pronto se pudo comprobar la falacia de tal distinción pues,

en mayor o menor medida (dependiendo de la variabilidad individual), los síntomas positivos y negativos se encuentran funcionalmente relacionados, entre ellos mismos, con aspectos del contexto, con variables de tipo orgánico y con la historia personal de aprendizaje. De tal manera, que si bien cuando los síntomas positivos residuales son de carácter leve el funcionamiento social no se ve perturbado por ellos (dependiendo más del nivel de habilidades sociales, de la ansiedad social y de los síntomas negativos), cuando los síntomas positivos resistentes a la medicación son de carácter moderado o severo entonces sí interfieren en el funcionamiento social y son por tanto tributarios de intervenciones psicológicas (Cuevas-Yust, 2003).

Al principio, la aplicación de la TCC en los delirios y alucinaciones pudo resultar inesperada, y en cierta medida supuso una revolución en cuanto a las aportaciones que tradicionalmente la psicología había realizado en el campo de las psicosis. 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. Y fundamentalmente a partir de la década de 1990 y en adelante, es cuando se publican estudios, de manera particular en el Reino Unido, que se preocupan por contemplar un cierto rigor metodológico, son los estudios con grupos de control y asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales. Estos estudios tratan de valorar la eficacia de la TCC al aplicarse:

- a) A los síntomas positivos de pacientes ambulatorios (Sensky, Turkington, Kingdon,

- Scott, Scott, Siddle, O'Carroll, y Barnes, 2000; Trower, Birchwood, Meaden, Byrne, Nelson y Ross, 2004; Valmaggia, Van Der Gaag, Tarrrier, Pijnenborg y Slooff, 2005).
- b) A pacientes con psicosis en fase aguda, con la intención de acortar el tiempo de remisión de los síntomas positivos, reducir el número de recaídas, y aliviar el sufrimiento asociado al propio episodio psicótico (Drury, Birchwood, Cochrane y McMillan, 1996; Haddock, Tarrrier, Morrison, Hopkins, Drake y Lewis, 1999; Drury, Birchwood, y Cochrane, 2000; Hall y Tarrrier, 2003; Hall y Tarrrier 2004; Tarrrier, Lewis, Haddock, Bentall y cols., 2004; Bechdolf, Köhn, Knost, Pukrop y Klosterkötter, 2005).
- c) A personas de alto riesgo con el objetivo de prevenir la aparición de un primer episodio psicótico (McGorry, Yung, Phillips, Yuen, Francey, Cosgrave y cols., 2002; Morrison, Bentall, French, Walford, Kilcommons, Knight, y cols., 2002).

En líneas generales, los resultados apuntan a la bondad terapéutica de esta intervención (Rector y Beck, 2001; Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes, Orbach, y Morgan, 2002; Gaudiano, 2005). No obstante, la investigación en esta área todavía se encuentra en sus fases iniciales, y son necesarias más investigaciones para determinar cuáles son los factores de eficacia específicos de la TCC y cuáles son los inespecíficos.

La TCC de los síntomas psicóticos, utiliza las mismas técnicas administradas en la terapia de otros trastornos como la ansiedad o la depresión. La diferencia estriba en adaptarlas a las características y limitaciones de los pacientes, personas que sufren síntomas de carácter severo, presentan deficiencias en el

funcionamiento cognitivo, y en los que es frecuente una hipersensibilidad a la activación emocional. Además, es de suma importancia respetar la percepción que tienen del mundo y de sus experiencias, en caso contrario se producirán dificultades en el mantenimiento de la relación terapéutica (Fowler, 1996).

La complejidad de las psicosis se comprende mejor desde un punto de vista multidimensional (biológico, psicológico y social) y multifactorial. Según el modelo de vulnerabilidad y estrés (Zubin y Spring, 1977) se acepta que en la población general 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 socioambientales, harían probable la aparición de un episodio psicótico en una persona determinada (Garety y Hemsley, 1994; Fowler y cols., 1995). La práctica de la TCC dentro del marco teórico de vulnerabilidad y estrés, implica pues, tener en cuenta los 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 y las creencias negativas hacia el mundo y los demás. Factores todos ellos que no solamente provocan sufrimiento pues, además de sufrimiento, se mantiene la hipótesis de que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los propios síntomas psicóticos (Chadwick y Birchwood, 1994; Close y Garety, 1998; Morrison, 2001; Freeman, Garety, Kuipers,

Fowler y Bebbington, 2002; Birchwood y cols., 2005). 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; Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2002; Birchwood, Gilbert, Gilbert, Trower, Meaden, Hay, Murray y Miles, 2004).

Asimismo, situar el tratamiento de los trastornos psicóticos en el contexto de los modelos de vulnerabilidad y estrés, implica que hay que administrar conjuntamente, diferentes modalidades de intervención. Así, la TCC es una posibilidad terapéutica, dentro de un conjunto de métodos de tratamiento y de apoyo potencialmente beneficiosos. Métodos que incluyen tratamientos biológicos, como por ejemplo la medicación antipsicótica, y diversas intervenciones psicosociales entre las que cabe destacar la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades, manejo del estrés, rehabilitación cognitiva, terapia ocupacional y las intervenciones familiares; todas estas intervenciones constituyen el núcleo del trabajo en rehabilitación psicosocial y su integración es necesaria para la consecución de unos cuidados óptimos (Fenton y McGlashan, 1997). Cada una de estas intervenciones tiene unos objetivos propios. Así, mientras los entrenamientos en habilidades se dirigen al desarrollo de la competencia personal (por ejemplo, Liberman, DeRisi y Mueser, 1989), o la rehabilitación cognitiva busca mejorar el funcionamiento 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?

Objetivos de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos resistentes a la medicación

Fundamentalmente la TCC trata de resolver la perturbación emocional de los pacientes, aliviar su sufrimiento, bien a través de la reducción de la severidad de los delirios y de las alucinaciones en algunos de sus parámetros cuantitativos, bien incrementando la tolerancia a la presencia de las experiencias psicóticas de manera que la persona se distancie de ellas y pueda dirigir su atención a la mejora de su calidad de vida. Además, persigue reducir la ansiedad y depresión que pueden derivar del significado que el paciente otorga al hecho de padecer una enfermedad mental, del conjunto de creencias centrales desarrolladas durante la historia de aprendizaje personal y, de las dificultades inherentes a la vida. Por último, la TCC trata de hacer participe al paciente en la prevención del riesgo de recaídas y de incapacitación social (Fowler y cols. 1995). Puede decirse que se trata de una aproximación que se interesa por entender y dar sentido a las experiencias psicóticas, 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 las creencias y delirios.

En el proceso de intervención con los delirios y alucinaciones podemos distinguir el *establecimiento de la relación terapéutica, la evaluación, las estrategias para el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos, y el desarrollo de una nueva comprensión de la experiencia psicótica*. A continuación desarrollamos cada uno de esos elementos.

El establecimiento de la relación terapéutica

El desarrollo de la TCC se fundamenta en la existencia de una relación de carácter colaborador entre terapeuta y paciente. Por tanto, en la psicoterapia de pacientes psicóticos en el ámbito ambulatorio, recomendamos dedicar un periodo de tiempo indefinido a establecer una relación de confianza, de manera que incluso antes de iniciar evaluaciones sistemáticas, suele resultar fructífero llevar a cabo entrevistas en las que conversemos sobre temas emocionalmente neutros y en las que el paciente se pueda sentir escuchado respecto a aquellos aspectos y vivencias que considere importantes. De esta manera y de modo progresivo, accederemos a sus necesidades y problemas concretos que ulteriormente serán objeto de la terapia. Con el propósito de facilitar que la persona sienta que se encuentra en un contexto de aceptación conviene que el terapeuta tenga en cuenta algunas cuestiones:

Por ejemplo, los pacientes pueden presentar una actitud reticente hacia la terapia debido a experiencias previas, negativas, con los servicios de salud mental. También hay pacientes suspicaces, o pacientes que se sienten con poca disposición a comunicar sus experiencias por la falta de comprensión que han percibido en los demás cuando se han manifestado sobre su *peculiar* manera de ver el mundo; o en otras ocasiones, pueden desestimar la relevancia de la terapia para sus problemas. Es importante pues, que el paciente se sienta comprendido para lo cual el terapeuta ha de aceptar, aunque no compartir, sus emociones y creencias, y evitar el desafío directo o la descalificación de las interpretaciones dadas a sus experiencias psicóticas, pues únicamente van a *contribuir* a que el paciente se sienta cuestionado y en conse-

cuencia resultará perjudicada la confianza necesaria en la terapia. Consideramos que dado que son los pacientes quienes experimentan los fenómenos psicóticos, también son quienes más *saben* sobre esas vivencias, por ello es importante escucharles, conocer su versión personal sobre sus experiencias, sin que ésta resulte limitada o censurada desde el marco teórico de referencia en que se sitúa el terapeuta. De cara a entablar una buena relación, el objetivo no consiste tanto en dilucidar si los informes del paciente son *verdaderos o falsos*, si no mostrar disposición a aceptar sus percepciones. Por otra parte, es frecuente que las personas que escuchan voces no tengan costumbre de hablar de ellas, y que tengan dificultades para expresarse verbalmente y nosotros para comprenderles; en este sentido conviene tener paciencia y no presionar al paciente pues ello podría resultar estresante. Si no se tienen en cuenta estos aspectos, es fácil que ocurran abandonos tempranos.

Por otra parte, cuando el paciente se muestra predispuesto a trabajar sus problemas es más fácil que establezca la relación terapéutica. Esto ocurre cuando es el propio paciente quien solicita ayuda con relación al sufrimiento que le provocan los síntomas psicóticos. Aunque de cara a la implicación en la terapia es deseable un cierto nivel de *insight*, no significa que no podamos trabajar de modo eficaz con quienes están plenamente convencidos de sus delirios, o carecen de conciencia de enfermedad. Los pacientes suelen pedir ayuda con relación a los miedos, angustias y limitaciones en el funcionamiento social que les provocan sus experiencias, aunque no sean conscientes de que éstas son consecuencia de un deterioro en su capacidad de juicio sobre la realidad; otras veces, es el propio terapeuta quien sugiere al paciente la posibilidad de aliviar las perturbaciones

emocionales que sufre, sin que sea preciso llegar a cuestionar la verdad o falsedad de sus creencias.

La evaluación

A medida que se establece la relación terapéutica, de manera progresiva se desarrollará la fase de valoración, introduciéndose entrevistas de carácter más estructurado y orientadas hacia seis aspectos, complementarios, que culminan en la denominada formulación del caso: *desarrollo histórico de los síntomas psicóticos, análisis funcional, valoración dimensional, relación establecida con los síntomas, reacción de los allegados hacia las experiencias psicóticas, administración de instrumentos, y formulación del caso.*

Desarrollo histórico de los delirios y/o alucinaciones

Con frecuencia los síntomas psicóticos comienzan en el contexto de situaciones traumáticas o muy estresantes (pérdida de empleo, ser víctima de un atraco, perder la custodia de un hijo, relaciones sociales difíciles, etcétera), por ello es importante conocer cuándo aparecieron, junto a las circunstancias, los sucesos y las experiencias personales presentes al inicio del trastorno. Asimismo, es importante llevar a cabo un recorrido biográfico que permita, bien identificar experiencias pasadas que puedan explicar la existencia de creencias centrales sobre uno mismo, el mundo o los demás, creencias que suelen encontrarse en la base de muchos delirios; bien experiencias traumáticas ocurridas en edades tempranas, por ejemplo, existe una relación entre haber sufrido abusos físicos y sexuales en la infancia y escuchar voces en la vida adulta (Honig, Romme, Ensink, Escher y cols., 1998; Kilcommons y Morrison, 2005).

La infancia es el primer escenario en el que una persona puede iniciar la construcción de una buena imagen sobre sí misma y sobre el mundo; pero si se es objeto, de manera continuada, de críticas, desvalorizaciones o culpabilización, crecerá con sentimientos de inseguridad y de incompetencia, pudiendo desarrollar una actitud de desconfianza y temor hacia los demás; este tipo de actitudes, deficitarias para una satisfactoria interacción con el mundo, podría estar presente en el tipo de relación que la persona establece con sus voces y los agentes implícitos en sus creencias delirantes.

Realización del análisis topográfico y funcional de los síntomas psicóticos

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). De manera específica consiste, previa definición operativa del síntoma en términos de parámetros cuantitativos, en identificar las relaciones funcionales que establecen con otros síntomas y estados emocionales (síntomas psicóticos positivos y negativos, ansiedad, depresión), estados fisiológicos (insomnio, consumo de drogas), con el sistema de creencias del propio paciente y de su grupo de referencia, y con estímulos situacionales o sociales que actúan como desencadenantes o como reforzadores.

Valoración dimensional de los síntomas

Desde posiciones conductuales, los delirios se consideran fenómenos psicológicos, de carácter continuo y multidimensional. Así,

al estudiar las creencias delirantes se pueden considerar diversos aspectos:

- *La convicción* o certeza que se tiene respecto a la creencia.
- *La preocupación* o tiempo dedicado a darle vueltas a la creencia.
- *La perturbación emocional asociada*.
- *La interferencia* en el funcionamiento diario.

Las cuatro dimensiones pueden valorarse mediante escalas de valoración subjetiva porcentuales u ordinales, y en el transcurso del tiempo cada una de ellas puede presentar fluctuaciones de manera independiente.

Relación establecida con los síntomas

Consiste en definir cuál es la posición percibida por la persona con relación a las voces y/o los agentes incluidos en las creencias delirantes. Cuando las voces son recibidas como benévolas pueden suponer una ayuda, guía o acompañamiento. Pero con frecuencia el contenido de los delirios y alucinaciones contienen evaluaciones negativas hacia el paciente. En este sentido se considera que los síntomas positivos pueden ser un reflejo de los temores y preocupaciones que la persona experimenta ante sus relaciones sociales en general, sobre todo ante aquellas en las que se percibe al otro como social o jerárquicamente dominante (por ejemplo, Birchwood y cols., 2004); en estas circunstancias de relación desigual es cuando pueden surgir los problemas. Así, el paciente puede aceptar como verdad irrefutable lo que le dice la voz o lo que cree que otras personas piensan sobre él; o puede sentir que ellos tienen todo el control y que no puede hacer nada por modificar su situación de indefensión; o que debe someterse a la voluntad de estos agentes.

Son cuestiones importantes que pueden establecerse de manera estrecha con las posibles estrategias naturales de afrontamiento de la persona.

Reacción de los allegados hacia las experiencias psicóticas del paciente

Exploraremos si el entorno cercano del paciente muestra, o no, aceptación hacia las extrañas experiencias del paciente ¿Hay personas con las que pueda hablar sobre sus creencias, temores y voces? El posible rechazo que, con frecuencia, suele provocar en familiares y amigos las experiencias alucinatorias, puede ser uno de los elementos que faciliten que el paciente tienda hacia el aislamiento social.

Administración de instrumentos

Además, la evaluación incluirá la administración de aquellas escalas y cuestionarios que se estimen oportunos:

1. *Escalas de valoración de la severidad de los síntomas psicóticos*, 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).
2. *Escalas para la valoración del funcionamiento social*, por ejemplo, la *Quality of Life Scale, QLS*, (Heinrichs, Hanlon y Carpenter; 1984).
3. Y otras escalas de carácter más específico como el *Beck Depression Inventory, DBI*, (Beck y cols., 1979), el *Beck Anxiety Inventory, BAI*, (Beck, Brown, Epstein,

y Steer; 1988), la *Escala de Habilidades Sociales, EHS* (Gismero, 2000), o escalas para valorar la posible presencia de un trastorno disociativo que puede sugerir la existencia de traumas importantes durante las edades tempranas y que con frecuencia se asocian a la experimentación de alucinaciones auditivas verbales, como por ejemplo la *Dissociative Experience Scale, DES* (Bernstein y Putnam, 1986 y 1993).

Formulación del caso

La fase previa al tratamiento culmina con la formulación del caso, una hipótesis explicativa que permite comprender la situación actual del paciente y que facilita la definición de una serie de objetivos específicos de intervención. La formulación integra a todos los síntomas y problemas actuales, y a las variables presentes e históricas relacionadas con su origen y con su mantenimiento; así mismo puede incluir a los diferentes modelos psicológicos que explican los delirios y alucinaciones (por ejemplo, Maher, 1988; Frith, 1992; Bentall, 1996; Morrison, 2001; Freeman y cols., 2002). Ello ayuda en la identificación de las *variables clave* sobre las que ejercerá su influencia la intervención, de manera que se alcancen los objetivos previstos (mejora del funcionamiento y aliviar del sufrimiento). Los objetivos han de ser útiles para el paciente y compatibles con unas expectativas razonables de éxito (por ejemplo: *coger el autobús sin miedos, sentirme más seguro en la calle, mantener mi empleo, que las voces no me asusten tanto, saber mantener una conversación*). Consideramos que la formulación permite restablecer una continuidad en la historia personal del paciente, continuidad que pudo haberse visto interrumpida por la aparición de los síntomas psicóticos, por ello

es recomendable compartir esta información, presentándola de manera clara y sencilla.

La selección de las estrategias de intervención, así como la determinación de los objetivos y metas de la terapia vendrán determinados por el análisis funcional y la formulación del caso realizados durante la evaluación y, por las necesidades percibidas por el paciente (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1995; Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2002). Veamos a continuación las diferentes estrategias de intervención.

Estrategias para el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos

Entre la variedad de intervenciones psicológicas que actualmente existen para el tratamiento de las experiencias psicóticas, vamos a destacar a aquellas que a la par que contienen elementos específicos, comparten una serie de elementos comunes: visión bio-psico-social del trastorno, importancia de la relación terapéutica, comprensión y significado de la experiencia psicótica, tratamiento de los delirios y alucinaciones, atención a la perturbación emocional, prevención de recaídas y del deterioro social (Garety, Fowler y Kuipers, 2000). Nos referimos a la *potenciación de estrategias de afrontamiento* (TARRIER, 1995; YUSUPOFF y TARRIER, 1996; TARRIER, YUSUPOFF, KINNEY, MCCARTHY, GLEDHILL, HADDOCK, y MORRIS y cols., 1998; TARRIER, WITTKOWSKI, KINNEY, MCCARTHY, MORRIS, y HUMPHREYS 1999; TARRIER, KINNEY, MCCARTHY, MORRIS, HUMPHREYS y WITTKOWSKI, 2000), la *estrategia de focalización en las voces* (Slade, y Bentall, 1988; Bentall, Haddock y Slade, 1994; Haddock, Bentall y Slade, 1996; Haddock, Slade, Bentall, Reid y Faragher, 1998); y la *modificación de creencias para los delirios, voces y la paranoia* (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996; Morrison, 2001;

Birchwood y cols., 2004; Birchwood y cols., 2005). Para una detallada exposición de estas estrategias remitimos al lector a la exhaustiva guía clínica para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia de Perona-Garcelán, Cuevas-Yust, Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez (2003). En general, todas ellas buscan modificar la relación de la persona con sus delirios y alucinaciones.

Potenciación de estrategias de afrontamiento (PEA)

Durante los años noventa se desarrolló una de las principales estrategias psicológicas para tratar los síntomas psicóticos: la potenciación de estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales. Su objetivo es que los pacientes cuenten con más recursos personales para hacer frente de una manera satisfactoria a los delirios y alucinaciones, y también a los síntomas depresivos y la ansiedad, de manera que se pueda mejorar la situación clínica y reducir la interferencia funcional. Desde el modelo de vulnerabilidad y estrés, constituyen recursos positivos cuya potenciación podría disminuir la probabilidad de recaídas. Mientras entre las técnicas más simples para el desarrollo de estrategias de afrontamiento se encuentra la psicoeducación, en el polo más sofisticado se sitúa el análisis funcional del síntoma (Wykes, 2004), a este último nos vamos a referir en adelante.

La PEA se basa en la definición operativa del síntoma a afrontar, establecer sus posibles relaciones funcionales con los antecedentes y consecuentes situacionales, y conocer qué es lo que la persona hace, cómo reacciona y siente, antes y después de oír las voces, y cuáles son las repercusiones a largo plazo. Así mismo, se busca dotar al paciente de estrategias de afrontamiento útiles para redu-

cir la frecuencia o la intensidad del síntoma psicótico y para amortiguar la perturbación emocional secundaria al mismo. Estrategias de afrontamiento que pueden estar presentes en el repertorio conductual de la persona pero que no aplica de una manera sistemática, o bien otras estrategias nuevas que se le pueden enseñar. Por tanto se trata de la metodología de evaluación (análisis topográfico y funcional) e intervención conductual aplicada a diseños de caso único. A continuación describimos los pasos a seguir:

1. El primer paso en la PEA cognitivo conductual consiste en seleccionar conjuntamente con el paciente uno de los síntomas identificados durante la fase de evaluación. El síntoma 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. Hay que seleccionar síntomas técnicamente abordables; en este sentido la realización de su análisis funcional ayudará a 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 propios delirios y alucinaciones.
2. En un segundo momento, se determina la estrategia que empleará el paciente, basándonos bien en las que ha utilizado de

una manera espontánea en su historia de relación y que hayan mostrado ser útiles, 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 como forma de reducir estrés; o escuchar música a través de auriculares); bien enseñándole otras estrategias nuevas que consideremos conveniente que aprenda, nos referimos a cualquier procedimiento derivado de la terapia de conducta que haya mostrado su eficacia:

- a) *Conductuales*: como el desarrollo de actividades programadas, la realización de pruebas de comprobación de la realidad, las habilidades sociales, o las técnicas de exposición.
- b) *Cognitivas*: las auto-verbalizaciones para guiar el comportamiento, la distracción, o la parada de pensamiento; la evitación de las respuestas de neutralización.
- c) *Fisiológicas*: la relajación, o la desensibilización sistemática.

En todo caso se le presentará al paciente la elaboración de un modelo cognitivo conductual personalizado que aporte aspectos psicoeducativos, así como los referentes al mantenimiento de sus experiencias psicóticas.

3. Entrenamiento en el uso de la estrategia seleccionada, generalmente mediante su práctica sistemática en consulta, en imaginación, o en vivo (por ejemplo, mediante la audición de frases grabadas que simulan ser voces). 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. En esta fase de entrenamiento está indicado programar tareas para casa, de manera que se incremente la práctica de la habilidad.

4. Con el fin de aumentar las alternativas de afrontamiento durante la vida diaria, siempre que sea posible para cada síntoma se desarrollará más de una estrategia.

Con la PEA puede controlarse la severidad de los síntomas psicóticos positivos resistentes a la medicación, especialmente en el caso de los delirios. No obstante, se recomienda la administración de tratamientos a largo plazo o realizar sesiones de refuerzo que ayuden a mantener los beneficios alcanzados durante la terapia.

La estrategia de focalización en las voces

Se trata de una técnica, desarrollada en los años 90, que pretende corregir un déficit existente en la capacidad para distinguir cuándo un hecho es real y cuando es imaginario, hipótesis propuesta por Slade y Bentall (1988) para explicar el fenómeno alucinatorio, de manera que el paciente realice una nueva atribución de las voces, entendiéndolas como fenómenos auto-generados y no procedentes de fuentes externas. De esta manera se pretende reducir la frecuencia y angustia asociada a las voces persistentes. La técnica consta de cuatro etapas cuya duración depende de cada persona y en las que la atención se centra, de manera voluntaria, en las características físicas y en los contenidos de las voces, así como en los pensamientos con ellas relacionados, y el significado atribuido:

1. *En la etapa de concentración en las características físicas de las alucinaciones auditivas*, el paciente se centra en la/s voz/voces y va comentando si son de hom-

bre o de mujer, si pertenecen a personas conocidas o son desconocidas, su volumen y procedencia, el tono en que hablan. Se recomienda la realización de ejercicios de focalización a modo de tareas para casa, concretando los momentos de su realización y anotando en un registro los cambios fenomenológicos que puedan tener lugar. Una vez ha disminuido la ansiedad asociada a la realización de estos ejercicios, se pasa a la etapa siguiente.

2. *Durante la segunda etapa la atención se dirige a lo que dicen las voces.* Los contenidos se registran de manera literal y se comentan durante la terapia; con frecuencia se observa una relación entre lo que dicen las voces y problemas de la vida personal –actual o pasada-, circunstancia que se utiliza con fines terapéuticos. De cara a aliviar la ansiedad que producen, el paciente puede grabar, con su propia voz, las frases que escucha y realizar sesiones sistemáticas de exposición; además durante las sesiones de terapia se le puede invitar a que observe las diferencias entre las voces reales y las frases grabadas. Otra alternativa terapéutica posterior que persigue el mismo fin consiste en que el paciente se exponga a las situaciones en las que es más probable la aparición de las voces, no obstante esta modalidad no siempre es posible por diversas razones, por ejemplo cuando no es posible identificar antecedentes situacionales concretos, o cuando las situaciones que facilitan la aparición o intensificación de las voces son estresantes *per se* (por ejemplo, discusiones familiares).
3. *En esta etapa se identifican y analizan los pensamientos que surgen antes y después de que se produzca el fenómeno alucinatorio, y se analizan los sentimientos que los acompañan, de manera que en las sesiones*

se le puede instruir en la generación de pensamientos alternativos que resulten funcionales y no se asocien a emociones negativas intensas.

4. *La última etapa aborda la atribución de significado a la experiencia alucinatoria, por lo que es necesario conocer cuáles son las creencias que la persona tiene con relación a las voces que escucha, intentándose la modificación de las que resulten disfuncionales.*

Los pocos datos existentes sobre la efectividad de esta terapia, proceden de los estudios de Haddock, Bentall y Slade (1996) quienes concluyen que esta forma de intervención puede disminuir la frecuencia de las alucinaciones auditivas verbales, aunque no más que las técnicas basadas en la distracción, como puede ser la lectura o escuchar la radio. No obstante, solo los pacientes que utilizaron la estrategia de focalización mostraron mejoras significativas en su autoestima.

En cualquier caso, se trata de una intervención que si bien busca la mejoría clínica a través de un cambio conceptual, la reinterpretación de las voces como un fenómeno auto-generado por el propio paciente, lo hace contando con diferentes modalidades de intervención cognitivo conductual cada una de las cuáles cuenta con sus propios presupuestos teóricos, por ejemplo, la técnica de exposición para la reducción de la ansiedad de las características físicas y de contenido de las voces, y la terapia cognitiva para abordar el significado dado a las voces, así como los pensamientos previos y posteriores a ellas.

La modificación de creencias para los delirios y voces

De manera habitual describimos, interpretamos y hacemos valoraciones sobre los

sucesos y circunstancias que tienen lugar en nuestras vidas, lo que nos lleva al desarrollo de creencias y de actitudes. Cuando surge algún hecho novedoso o extraño inmediatamente se pone en marcha la *búsqueda de una explicación* (Maher, 1988). La explicación, que puede ser acertada o errónea, tiene la función de dar sentido a las experiencias. Desde la terapia cognitiva, los delirios se consideran inferencias 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. La decisión de intervenir sobre un delirio no es en función de que se trate de una creencia verdadera o falsa, sino del grado de sufrimiento y de interferencia que ocasiona en el funcionamiento personal.

El objetivo de la modificación de creencias delirantes es su eliminación o la disminución de su severidad (convicción, preocupación, perturbación emocional, o limitación funcional). En el encuadre de esta estrategia cabe incluir los siguientes elementos psicoterapéuticos:

1. Trabajar con el paciente la idea de que su creencia, delirio, es una hipótesis sobre la realidad, no la propia realidad; una forma de explicar y dar sentido a las experiencias.
2. Facilitar que contemple la existencia de otras explicaciones alternativas para comprender la realidad.
3. Abordar las creencias evaluativas (sobre uno mismo, el mundo y los demás) asociadas a las creencias delirantes, así como la relación entre éstas, las dificultades de adaptación a la vida cotidiana y el coste emocional que conllevan.

En cuanto al procedimiento se emplean técnicas derivadas de los trabajos de Beck

(Beck y cols., 1979) y de Ellis (por ejemplo, Lega, Caballo y Ellis, 1997). Estas intervenciones se vienen desarrollando desde los años 80, con autores como Fowler y cols. (1995) y Chadwick y cols. (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:

1. Al paciente se le explica el modelo cognitivo del *ABC*, pero más que presentarle como problemas a modificar las *A* (por ejemplo voces, gente que le tose al pasar), o las *B* (creencias delirantes y evaluativas), se subrayan las dificultades emocionales y comportamentales que presenta en *C*. La información se adapta a la capacidad cognitiva del paciente. Los componentes fundamentales para tratar las creencias delirantes y asociadas a las voces son el debate o desafío verbal y la comprobación empírica o pruebas de realidad.
2. Se recogen las evidencias, actuales y pasadas, a favor y en contra, de la idea delirante objeto de modificación, así como las valoraciones que realiza sobre el contenido de tales evidencias. Esto es importante porque ante una situación una persona puede hacer una descripción de la misma (*Paco está serio*), una interpretación -acertada o no- (*debe estar enfadado conmigo*), y una evaluación negativa o neutra (*esto es muy desagradable*) que es la que funcionalmente se relaciona con la perturbación.
3. Se debaten las evidencias a través de cuestionamientos de tipo lógico, empírico y funcional. Para ello se recomienda el método socrático que consiste en la continua formulación de preguntas encaminadas a que el paciente tome conciencia

de la inconsistencia lógica, la pobreza de fundamentos y la carencia de utilidad de sus creencias. El terapeuta se abstendrá de realizar confrontaciones directas con el delirio, iniciará el debate con alguna evidencia que no revista especial importancia, y poco a poco se irá aproximando al núcleo del delirio. Además, el proceso de debate debe complementarse con la presentación de un nuevo modelo explicativo alternativo al delirio que cumpla la función de dar sentido a las experiencias. El mismo trabajo terapéutico se lleva a cabo no ya con las evidencias que fundamentan las creencias delirantes y asociadas a las voces, sino sobre las consecuencias que el paciente teme y cree que le van a infringir a él o a su familia (daños físicos o psicológicos) sus perseguidores o los agentes sobrenaturales que le envían las voces.

4. Las técnicas del debate se complementan con la realización de experimentos conductuales destinados a favorecer el cuestionamiento de las creencias disfuncionales. Para ello hay que establecer una predicción basada en dicha creencia diana, determinando qué hechos han de ocurrir para que la creencia se valide, y definiendo qué significado se otorgará en caso de que la predicción no se cumpla. A partir de ahí, se lleva a cabo el experimento. Los resultados y conclusiones se analizan en la siguiente sesión. Estas pruebas siempre han de realizarse en el contexto de la reestructuración cognitiva, para minimizar la influencia del sesgo confirmatorio en función del cual se tiende a asimilar cualquier nueva información dentro de la lógica del delirio.

Con relación a las voces el tratamiento se centra en la modificación de las creencias

que el paciente ha desarrollado para intentar comprenderlas (Chadwick y cols. 1996), y que tienen que ver con el agente transmisor (*las voces son de un espíritu malvado*), con sus intenciones (*me quiere volver loco*), con su poder (*no puedo controlar las voces*) y la sensación de sometimiento para evitar daños personales o a la familia (*si no hago lo que me dice dañará a mi padre*). La terapia intenta reducir la fuerza de estas creencias y modificar las evaluaciones personales negativas asociadas (*soy muy débil, no valgo como persona, por eso me mandan voces que me insultan*), porque se entiende que la angustia no es una consecuencia directa de las voces sino de las creencias en torno a ellas. Chadwick y cols. (1996) sugieren comenzar a tratar las creencias relativas al poder de las voces porque suele producir menos ansiedad que las relacionadas con la identidad del emisor y con sus intenciones, y porque pueden realizarse con cierta facilidad experimentos conductuales que las pongan a prueba. Por ejemplo, a un paciente al que las voces le prohíben leer la prensa con la amenaza de que si lo hace será castigado perdiendo el control en forma de gritos y tirándose al suelo, se le preguntó que si leyese algo cuánto tiempo tendría que pasar hasta que le ocurriese el castigo. Contestó que sería casi inmediato, por lo que se acordó que si tras diez minutos de realizada la prueba de lectura, no había pasado lo que temía, se podría cuestionar si el poder del emisor era tan importante como había considerado. El paciente adoptó como forma de afrontamiento hacer lo contrario de lo que las voces le ordenaban.

La técnica de exposición en imágenes y la terapia cognitiva

Existe una asociación directa entre las experiencias emocionales y el contenido de

las creencias delirantes. El contenido cognitivo de las emociones se expresa en los delirios y, a su vez, el contenido delirante contribuye al mantenimiento y exacerbación de la emoción. Por otra parte, las creencias negativas sobre uno mismo, los demás y el mundo se asocian a sufrimiento emocional, e influyen y se reflejan en el contenido de los delirios (Freeman y cols., 2002; Morrison, 2001).

Esto es importante, pues ante las creencias de amenaza el miedo puede ser de tal intensidad que dificulte un deseable desarrollo de las técnicas de reestructuración cognitiva. Una alternativa interesante es la administración de la técnica de exposición masiva, en imágenes, a los contenidos temidos que se expresan en los delirios (*me están observando a través de alguna cámara oculta*) y en las voces (*te vamos a matar*), a fin de reducir la intensidad de la perturbación emocional de manera que el paciente se pueda centrar en el trabajo cognitivo (debate y pruebas de realidad).

La técnica de exposición también se puede aplicar a las escenas temidas por los pacientes y a las que se puede acceder a través de la técnica de encadenamiento de inferencias. La técnica del encadenamiento (por ejemplo, Lega, Caballo y Ellis, 1997) es útil para identificar y abordar el significado psicológico subyacente a la creencia delirante. Se trabaja desde la hipótesis de que las creencias del paciente son verdaderas. A partir de ello, el terapeuta ayuda a descubrir las inferencias subsiguientes a dichas creencias. Para ello se le pregunta *qué pasaría, en qué se traduciría, que supondría, o qué significaría* si la realidad coincidiera con sus creencias e interpretaciones. Las respuestas dadas son de nuevo cuestionadas con el mismo tipo de preguntas que acabamos de describir, de modo que se van encadenando inferencias. De esta manera se continúa hasta que, progresivamente, se

accede a algún temor básico o a alguna creencia central sobre uno mismo, el mundo o los demás, creencias que han estado asociadas a elevados niveles de ansiedad durante muchos años, anteriores a la aparición del primer episodio psicótico, y estrechamente relacionadas tanto con experiencias vitales propias, como con el contenido de los síntomas psicóticos positivos (si bien en estos se expresan de forma más intensa y distorsionada). Así, una persona que haya sido maltratada desde la infancia puede haber desarrollado un autoconcepto de debilidad junto a la idea de que la gente es peligrosa y le puede dañar; estas creencias se pueden expresar en forma de ideas delirantes de manera que otras personas más poderosas y peligrosas le persiguen y quieren matar o anular socialmente. Pues bien, estas ideas centrales y previas a la psicosis han de ser objeto de terapia cognitivo conductual reglada con el fin de mejorar la autoestima y recursos personales precisos para desenvolverse en la vida social.

Además, en consonancia con la observación de que una de las *evidencias* que con más frecuencia presentan los pacientes a favor de las creencias delirantes son las propias emociones, en muchas ocasiones la exposición masiva a los contenidos temidos a la par que reduce la angustia, reduce también el grado de convicción delirante. Con relación al empleo de la terapia cognitiva y de la terapia de exposición, nuestra experiencia nos ha permitido distinguir tres posibilidades:

1. La modificación de creencias es efectiva y consigue reducciones significativas en el grado de convencimiento que se tiene en las creencias delirantes (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1997; Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002).
2. La técnica de exposición en imaginación permite aliviar el sufrimiento y el pacien-

te puede implicarse de manera activa en la terapia cognitiva, puede razonar y a partir de ahí cuestionar y reducir el grado de convicción delirante (Cuevas-Yust, Martínez-López y Perona-Garcelán, 2004).

3. La reestructuración cognitiva no revierte la convicción delirante, pero la aplicación de la exposición reduce la severidad de la perturbación emocional y facilita la integración social (Cuevas-Yust, Perona-Garcelán y Martínez-López, 2003).

Desarrollo de una nueva comprensión para la experiencia psicótica

Como se ha señalado, la terapia para la modificación de creencias exige el desarrollo de explicaciones alternativas. Tratar con el paciente sobre el significado personal de sus experiencias psicóticas y relacionarlas con los sucesos acontecidos a lo largo de su vida, puede facilitar el desarrollo de un nuevo modelo personalizado que les permita reevaluar sus creencias y comprender sus síntomas. Este trabajo se puede complementar con la presentación de distintos modelos sobre las vivencias psicóticas (por ejemplo, Zubin y Spring, 1977; Maher, 1988; Frith, 1995; Morrison, 2001; Freeman y cols., 2002), y el concepto de normalización de la experiencia psicótica en la población general (Kingdon y Turkington, 1994; 1996). El desarrollo de una nueva forma de concebir la experiencia psicótica puede ayudar a reducir posibles sentimientos de culpa y actitudes de negación ante la enfermedad, al tiempo que facilita que el paciente se involucre en el desarrollo de estrategias útiles para manejar la enfermedad, reducir el riesgo de recaídas y mejorar el funcionamiento general.

En cuanto a qué modelo nuevo adoptará el paciente, influirá la visión que se ha ido

formando a partir de su sufrimiento y de sus limitaciones personales. Así, la posibilidad de que considere que sufre esquizofrenia puede facilitar que asimile en su propia experiencia a alguno de los modelos explicativos sobre la misma. Pero en otras ocasiones, en pacientes que mantienen inalterable su convicción delirante, habrá que partir no de posiciones teóricas *oficiales* procedentes del sistema de salud sino de la reformulación, que fruto de las estrategias de intervención que hayamos llevado a cabo, el paciente puede hacer sobre su propia teoría sobre la vida, la religión y su herencia cultural (por ejemplo, creencias sobre telepatía, clarividencia, desarrollo espiritual, reencarnación, existencia de extraterrestres o de espíritus en otra dimensión). En este sentido, el objetivo más que *educar* sobre la esquizofrenia *per se*, es potenciar una nueva forma de interacción con la psicosis, que además de dar sentido a las experiencias facilite la integración en una vida más normalizada.

La investigación y la terapia cognitivo conductual

Existen datos empíricos que sugieren la bondad de la TCC en el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos, si bien el beneficio resulta superior en el caso de los delirios que en las alucinaciones. No obstante, el conocimiento en esta área todavía se encuentra en fases tempranas, haciéndose preciso un mayor desarrollo de la investigación que permita establecer los efectos de esta intervención psicológica (Jones, Cormac, Silveira da Mota Neto y Campbell, 2005). De hecho, siguiendo los criterios para la validación empírica de terapias de Chambless, Baker y Baucom y cols. (1998), la TCC de los síntomas psicóticos no es un tratamiento bien establecido (Perona-Garcelán, Cuevas-

Yust y Martínez-López, 2003), si bien está en vías de ello. A continuación haremos algunas reflexiones al respecto:

1. La principal conclusión, al comparar a grupos de pacientes que recibieron TCC añadida a la medicación frente a otros que se encontraban en lista de espera o que recibían cuidados rutinarios, es que la TCC resulta eficaz para reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada; no obstante este hallazgo no es sorprendente, pues es de esperar que la aplicación de cualquier intervención de tipo psicológico, posiblemente debido a los elementos terapéuticos inespecíficos que contienen todas las intervenciones de apoyo o consejo psicológico, sea siempre mejor que no administrar ninguna. En cambio, cuando la comparación se hace con otras intervenciones psicosociales, no queda establecida de manera definitiva la superioridad de la TCC (Gaudiano, 2005). Por eso, es necesario profundizar en el conocimiento de los efectos específicos que producen distintas intervenciones, diseñando estudios que comparen a la TCC con las intervenciones psicosociales que cuentan con diferentes grados de apoyo empírico y han mostrado ser eficaces en el tratamiento de la psicosis, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades sociales, el auto-manejo de la enfermedad, las intervenciones familiares, la rehabilitación cognitiva, o la rehabilitación ocupacional (por ejemplo, Mueser y Bond, 2000; Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2003). De esta manera, los resultados nos permitirían determinar si estas intervenciones son eficaces al reunir unos mismos factores inespecíficos; o por el contrario, orientarnos sobre qué componentes específicos de cada intervención se pueden emplear para administrar tratamientos sinérgicos.

2. Otra cuestión importante es que no se han establecido cuáles son los componentes de

la TCC responsables de los efectos clínicos. De hecho la terapia cognitivo conductual se administra a modo de *paquetes* que incluyen múltiples estrategias, cognitivas y conductuales. De modo que estaría indicado el diseño de estudios que descompusieran los tratamientos en sus elementos o componentes básicos, y se aplicaran a los sujetos a través de diferentes condiciones experimentales: las estrategias conductuales de afrontamiento o entrenamiento en habilidades, las expectativas de mejoría, la frecuencia y duración del contacto terapéutico, la implicación del terapeuta, y por otra parte los elementos de la intervención cognitiva. Así, se intentaría identificar cuáles son los elementos activos de la TCC; por ejemplo, desde el punto de vista de la intervención cognitiva en la psicosis se podría dilucidar si la efectividad del tratamiento está mediada por cambios en el contenido de los pensamientos, o si se deben atribuir más bien a cambios en esquemas y creencias meta-cognitivas de tipo disfuncional (por ejemplo, Morrison y cols., 2002).

3. Otro aspecto que habría que estudiar en el contexto de diseños de investigación único, son los posibles efectos diferenciales de ofrecer TCC en formato grupal *versus* individual. El formato grupal presenta ventajas en términos de coste, eficiencia y de apoyo social entre pacientes que comparten problemas similares. Pero caben algunas preguntas, por ejemplo, ¿se disminuye, al trabajar en formato grupal, la relevancia otorgada a la formulación individual del caso que se observa en los diseños con un sujeto? ¿De cara a que el paciente participe de manera activa en el grupo, es preciso que posea un buen nivel de competencia social, o que no sufra problemas de ansiedad social? Como terapeutas debemos de preocuparnos por ofrecer el formato de tratamiento más efectivo a cada paciente concreto con sus problemas y circunstancias específicas.

4. Los datos existentes sugieren la utilidad de la TCC en el tratamiento de la sintomatología psicótica resistente a la medicación, pero no todos los pacientes se benefician de esta intervención psicológica. Entre un 40% y 50% de los pacientes muestran poca o ninguna mejoría. Sin ser definitivas, algunas variables –flexibilidad cognitiva para considerar otras alternativas, la prueba de acomodación a la contradicción hipotética en el caso de los delirios, el *insight* o conciencia de enfermedad, o un elevado número de hospitalizaciones en los últimos cinco años– se han referido como indicadores de una posible mejor respuesta al tratamiento (por ejemplo, Chadwick y Lowe, 1990; Sharp, Fear, William, Healy, Lowe, Yeadon, y Holden 1996; Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington, Freeman y Hadley, 1997). Conocer qué pacientes van a responder a la TCC es una pregunta clínica de relevancia teórica ya que la identificación de variables predictoras de buena respuesta a la terapia ayudaría a comprender cómo funciona la TCC (Garety y cols., 2000).

5. En el tratamiento de delirios y alucinaciones no solo es importante determinar si las intervenciones son efectivas, sino también la estabilidad temporal de los logros. Los pacientes psicóticos son muy vulnerables al estrés y dificultades de la vida y en muchos casos el apoyo psicológico que precisan es indefinido. De manera similar al tratamiento neuroléptico, que no se plantea como una intervención limitada en el tiempo, en los protocolos de tratamiento de las psicosis debería contemplarse que la TCC reglada fuese un componente esencial. De manera complementaria, se deberían mantener sesiones de seguimiento y apoyo psicológico, junto a las llamadas *sesiones de recuerdo* (de lo aprendido durante la terapia) que podrían intensificarse en los momentos de incremento del estrés o ante la aparición de francas re-

caídas psicopatológicas (Cuevas-Yust, Martínez-López y Perona-Garcelán, 2004).

Conclusiones

Desde un punto de vista histórico, la psiquiatría se ocupó del tratamiento de los síntomas psicóticos positivos, pero en las últimas décadas se han desarrollado intervenciones psicológicas, de carácter cognitivo conductual, que constituyen un prometedor complemento para el tratamiento de la psicosis, en sus fases crónica, aguda e incluso en la atención a sujetos con alto riesgo de sufrir este tipo de trastorno. No obstante, en el momento actual continúa siendo preciso el desarrollo de nuevas investigaciones que profundicen en el conocimiento de las variables que operan en la influencia de esta terapia psicológica sobre los síntomas psicóticos.

La TCC en la psicosis se enmarca en los modelos de vulnerabilidad y estrés, y aplica las mismas técnicas (terapia cognitiva, exposición, etcétera) empleadas en la ansiedad y 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 y en la exposición a los síntomas psicóticos. No obstante, la complejidad 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 es un componente dentro de un plan de tratamiento integral.

Si bien reduce la intensidad de los síntomas positivos, una aportación fundamental de la TCC en la psicosis es que facilita una nueva forma de relación con los síntomas, de manera que aún persistiendo éstos, no

supongan una barrera para acceder a una mejor calidad de vida.

En la TCC de los delirios y voces es importante conocer cuál es el sistema de creencias del paciente y de su entorno sobre la existencia, la religión, la vida espiritual, etcétera. Ello puede ayudarnos a comprender los contenidos de los síntomas psicóticos y a diseñar las intervenciones de reestructuración cognitiva y las dirigidas al aprendizaje de convivir con los síntomas cuando son permanentes.

Los pacientes psicóticos son muy sensibles al estrés y dificultades de la vida, y en muchos casos van a precisar de un apoyo psicológico indefinido, por lo que en el procedimiento de la TCC deberían incluirse sesiones de seguimiento y sesiones de recuerdo (de lo aprendido durante la terapia) que podrían intensificarse en los momentos de incremento del estrés o ante la aparición de francas recaídas psicopatológicas. De manera similar al tratamiento neuroléptico, que no se plantea como una intervención limitada en el tiempo, en los protocolos de tratamiento de las psicosis debería contemplarse que la TCC reglada fuese un componente esencial.

Modificar el grado de convicción delirante puede aliviar el sufrimiento, pero la TCC ha de dirigirse a la resolución de los problemas emocionales de base que están relacionados con las creencias centrales que la persona ha ido desarrollando durante su vida, en periodos anteriores a la *aparición* de la psicosis.

La técnica de exposición en imágenes a los contenidos de los síntomas positivos puede ser una opción interesante que al reducir la intensidad del sufrimiento emocional, facilite la reestructuración cognitiva espontánea o en el contexto de la terapia cognitiva en la psicosis. Creemos importante desarrollar

investigaciones que con rigor experimental permitan validar la eficacia y características de aplicación de esta técnica a contenidos delirantes y alucinatorios.

Referencias

- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia (2nd Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Bechdolf, A., Köhn, D., Knost, B., Pukrop, R. y Klosterkötter, J. (2005). A randomized comparison of cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 173-179.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- 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* (Cap. 4, págs. 89-108). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Bentall, R.P., Haddock, G. y Slade, P.D. (1994). *Cognitive behavior therapy for persistent*

- auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Bentall, R.P., Jackson, H.F. y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of schizophrenia: some implications of validity arguments of psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-314.
- Bernstein, E.M. y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (12), 727-735.
- Bernstein, E.M. y Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 1, 16-27.
- Birchwood, M. y 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*. Chichester: John Wiley.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E. y Miles, J. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: an comparison of three models. *Psychological Medicine*, 24, 1571-1580.
- Birchwood, M., Iqbal, Z. y Upthegrove, R. (2005). Psychological pathways to depression in schizophrenia: studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 255, 202-212.
- 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.
- Cuevas-Yust, C. (2003). *Esquizofrenia, habilidades sociales y funcionamiento social*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. Documento no publicado.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (3), 275-291.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*, 13 (3), 307-342.
- Cuevas-Yust, C., Martínez-López, M.J. y Perona-Garcelán, S. (2004). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno delirante dismorfofóbico. *Apuntes de Psicología*, 22 (19), 99-110.
- Cuevas-Yust, C., Perona-Garcelán, S. y Martínez-López, M.J. (2003). Tratamiento cognitivo conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 15 (1), 120-126.
- Cuevas-Yust, C., Rivas-Hidalgo, C. y Perona-Garcelán, S. (1996). El modelo psicoeducativo en la rehabilitación psicosocial de pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud*, 7 (1), 7-17.
- 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 Lowe, C.P. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (2), 225-232.
- Chadwick, P.D., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: John Wiley.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., y cols. (1998). Update on empirically

- validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3-16.
- 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.
- 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.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Fenton, W. y McGlashan, T.H. (1997). We can talk: Individual psychotherapy for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1493-1495.
- Fowler, D. (1996). Terapia cognitivo-conductual: un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. (1996). En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, (págs. 187-204). Madrid: Siglo XXI.
- Fowler, D.; Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
- 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. 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., Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D. y Bebbington, P.E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347.
- Frith, C.D. (1995). *La esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel Psicología (original de 1992).
- Garety, P.A. y Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations Into the Psychology of Delusional Reasoning, Maudsley Monograph*. Oxford: University Press.
- Garety, P.A., Fowler, D. y Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 73-86.
- Gaudiano, B.A. (2005). Cognitive behavior therapies for psychotic disorders: current empirical status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (1), 33-50.
- Gismero, E. (2000). *EHS Escala de Habilidades Sociales*. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- 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 whit Psychotic Disorders*. Londres: Routledge.
- Haddock, G., Slade, P.D., Bentall, R.P., Reid, D. y Faragher, E.B. (1998). A comparison of 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.P., 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*, 34, 254-258.

- Hall, P.L. y Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317-332.
- Hall, P.L. y Tarrier, N. (2004). Short term durability of a cognitive behavioural intervention in psychosis: Effects from a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 117-121.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., Escher, S., Pennings, M. y Devries, M. (1998). Hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (10), 646-651.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Chicago: University of Chicago.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J.I., Campbell, C. (2005). Terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 No. 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>*. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd.).
- Kay, S.R., Opler, R.A. y Fiszbein, A. (1986). Positive and negative syndrome scale, PANSS. *Rating Manual*.
- Kilcommons, A.M. y Morrison, A.P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 351-359.
- Kingdon, D.G. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Hove: Erlbaum.
- Kingdon, D.G. y Turkington, D. (1996). Using a normalising rationale. En G. Haddock, y P. Slade (Eds.), *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Nueva York: Routledge.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. y Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. I: Effects of treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Lieberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca (original de 1988).
- Lieberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.M. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Nueva York: Pergamon Press.
- Lindsley, O.R. (1959). Reduction in rate of vocal psychotic symptoms by differential positive reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 2, 269.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. En T.F. Oltmanns y B.A. Maher (Eds.), *Delusional Beliefs*. Nueva York: Wiley.
- McGlashan, T. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 147-152.
- McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, K.P., Francey, S., Cosgrave, E.M., (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928.
- Morrison, A. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative

- cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A. (2003). *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Morrison, A., Bentall, R.P., French, P., Waldorf, L., Kilcommons, A., Knight, A., y cols. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals: Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 181 (43), 73-84.
- 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.
- National Institute for Clinical Excellence –NICE- (2002). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (Clinical guideline 1)*. Londres: NICE.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). Terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con esquizofrenia. *Psicothema*, 14 (1), 26-33.
- Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C. y Martínez-López, M. J. (2003). Guía de tratamientos eficaces en delirios y alucinaciones. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Comps.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. I, Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C., Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva.
- Persons, J. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Rector, N.A. y Beck, A.T. (2001). Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (5), 278-287.
- Robinson, D., Woerner, M., Alvir, J., Ma, J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D. y Lieberman, J.A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 241-247.
- Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel Psiquiatría (original de 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*. Nueva York: Guilford Press.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005). Clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (1-2), 1-30.

- 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.
- Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I., y Nigel, S. (1989). The natural history of schizophrenia: A five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine, Suplemento*, 15, 46.
- Slade, P.D. y Bentall, R.P. (1988). *Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination*. Londres: Croom Helm.
- Tarrier, N. (1995). Tratamiento y modificación de los síntomas psicóticos positivos residuales. En M. Birchwood y N. Tarrier (Eds.), *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 counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 917-922.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S. y Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A. y Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.
- Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, e Isaac Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol I, Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Valmaggia, L. R., Van Der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M. y Slooff, C. J. (2005). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 186, 324-330.
- Wykes, T. (2004). Psychological treatment for voices in psychosis. En S.A. Spence and A.S. David (Eds.), *Voices in the brain: the cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations*. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9 (1-2), 25-41.

Yusupoff, L. y Tarrier, T. (1996). Coping Strategy Enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock y P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioural Interventions with Psy-*

chotic Disorders. Londres: Routledge.
Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.