

***Efectividad de la terapia
cognitivo-conductual individual
aplicada a los síntomas psicóticos.
1. Revisión de los diseños experimentales de
caso único aplicados al tratamiento de
las ideas delirantes***

***Salvador PERONA GARCELÁN
Carlos CUEVAS YUST
Servicio Andaluz de Salud***

Resumen

Se presenta una revisión de los tratamientos cognitivos-conductuales aplicados para la reducción o eliminación de las ideas delirantes en sujetos psicóticos. Se analiza la eficacia de estas intervenciones en aquellos casos en los que se han utilizado diseños experimentales de caso único, los posibles predictores de eficacia de dichos tratamientos y los problemas metodológicos encontrados.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, ideas delirantes, psicosis, diseños experimentales de caso único, eficacia de los tratamientos.

Abstract

A revision of the cognitive-behaviour treatments applied to the reduction or removal of delusions in psychotic subjects is presented. The efficacy of these operations in the cases in which single case experimental designs have been used, the possible efficacy predictors of these treatments and the methodological problems found are also presented.

Key words: cognitive-behaviour therapy, delusions, psychosis, single case experimental designs, treatment efficacy.

La aplicación de la terapia cognitivo-conductual a las ideas delirantes de pacientes psicóticos está aún en sus inicios. A pesar de que la primera descripción del uso de este tipo de técnicas la hiciera Beck (1952), no ha sido hasta la década actual cuando se ha observado un incremento del número de publicaciones y del interés por este tema por parte de psicólogos clínicos y psiquiatras, principalmente británicos. Tal vez este tardío desarrollo tenga que ver con varios factores:

1. El concepto mismo de *idea delirante* propuesto por Jaspers (1963), y, las actuales clasificaciones psiquiátricas, ha frenado el desarrollo de intervenciones psicológicas aplicadas a este tipo de problemas. Jaspers definió el delirio como juicios falsos que eran mantenidos con extraordinaria convicción, que eran impermeables a la experiencia y a los contrargumentos y su contenido era imposible (Jaspers, 1963). Por tanto, por definición, desde esta perspectiva el tratamiento psicológico de las ideas delirantes no tenía ningún sentido. Por ello, durante casi todo este siglo se ha considerado a los delirios como un epifenómeno, algo secundario a un trastorno más profundo.
2. El fracaso de las terapias tradicionales en el tratamiento de la esquizofrenia. Mueser y Berenbaum (1990), después de hacer una amplia revisión de los estudios realizados sobre la efectividad de las terapias psicodinámicas concluyeron que dichas intervenciones no habían demostrado ser efectivas en el tratamiento de la esquizofrenia,

y las compararon con el tratamiento farmacológico, alegando que si se encontrase en el mercado un psicofármaco con el perfil de eficacia de la terapia psicodinámica sería inmediatamente retirado. Esto ha creado desde hace muchos años una cultura entre los psicólogos clínicos de no intervenir sobre los delirios y los síntomas psicóticos en general, relegando sus actuaciones hacia otros tipos de patologías más ligeras, como por ejemplo los trastornos de tipo neurótico y afectivos.

3. La disminución del número de intervenciones de tipo conductual sobre los trastornos psicóticos durante la década de los años ochenta. Bellack (1986) describió esta disminución motivada por las siguientes creencias de los psicólogos conductuales: a) la esquizofrenia no existe como trastorno conductual, b) la esquizofrenia es un trastorno biológico, c) su tratamiento es el farmacológico, y d) es demasiado grave como para ser tratada con terapia de conducta.

Sin embargo, y a pesar de todo lo anteriormente comentado, a lo largo de los últimos 25 años, han ido apareciendo muy tímidamente estudios que informan de la eficacia de estas intervenciones sobre las ideas delirantes en casos aislados y serie de casos. Estos trabajos se han caracterizado por una metodología de tipo pre-experimental, la cual no permite llegar a conclusiones fiables sobre la eficacia de dichas técnicas (Watt, Powell y Austin, 1973; Johnson, Ross y Mastria, 1977; Milton, Patwa y Hafner, 1978; Hole, Rush y Beck, 1979; Hartman y Cashman, 1983; Kingdon

y Turkington, 1991; Cuevas y Perona, 1997). Chadwick y Lowe (1990) hicieron una crítica a los estudios de caso único descritos en la literatura, en los que detectaron los siguientes problemas:

1. La mayoría de los trabajos carecen de observaciones de línea base. Aunque tengamos constancia de que las creencias delirantes han estado presentes en los sujetos en cuestión desde hace muchos años, los datos de línea base son necesarios, porque antes de cualquier intervención, es muy importante establecer cómo la creencia delirante y otras conductas de interés varían en el tiempo. Sólo entonces los cambios subsiguientes a la intervención pueden ser contrastados con la variabilidad o estabilidad de los datos obtenidos en línea base y llegar a conclusiones fundadas sobre la eficacia del tratamiento.
2. Las intervenciones no siempre han sido evaluadas sistemáticamente, de forma que se puedan contrastar los efectos de las distintas manipulaciones del tratamiento en distintas fases de la intervención, en distintos sujetos, conductas, entornos, etc.
3. Por lo general se han utilizado en un mismo programa de intervención técnicas diversas e indiferenciadas, por lo que no ha sido posible un análisis de la efectividad del tratamiento en función de sus componentes.
4. Por último, estos autores destacan la carencia de la realización de estudios de seguimiento, es decir, de evaluación de la permanencia de los efectos una vez finalizado el tratamiento.

No obstante, también hay descritas en la literatura, investigaciones en las que sí se ha utilizado una metodología de tipo experimental como son los diseños experimentales de caso único (Barlow y Hersen, 1988), los cuales cumplen rigurosamente algunas o todas estas características (Alford, 1986; Chadwick y Lowe, 1990; Lowe y Chadwick, 1990; Himadi y Kaiser, 1992; Chadwick, Lowe, Horne y Higson, 1994; Chadwick y Trower, 1996; Sharp, Fear, Williams, Healy, Lowe, Yeadon y Holden, 1996). Consideramos crucial la introducción de este tipo de metodología frente a los tradicionales diseños de comparación de grupos para el estudio de la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos, debido a los problemas conceptuales y metodológicos que estos últimos conllevan (Arias Holgado, Fernández Serra y Perona Garcelán, en prensa).

En el presente trabajo vamos a revisar detenidamente estos estudios. Para ello los hemos clasificado en dos grupos: por un lado, una experiencia en la que se ha aplicado un diseño de reversión y por otro, los estudios en los que se ha aplicado un diseño de línea base múltiple.

Terapia cognitivo-conductual individual en un diseño de reversión aplicado a un caso único

Desde el punto de vista cronológico tenemos en primer lugar un trabajo ya clásico realizado por Alford (1986). Este autor aplicó un tratamiento cognitivo-conductual a un paciente esquizofrénico de 22 años de edad que padecía el trastorno desde hacía más de tres años, presentando un cuadro delirante y alucinatorio que no remitía con el tratamiento farmacológico. Desde hacía dos años estaba ingresado en un hospital

psiquiátrico donde recibió el tratamiento que a continuación describimos.

La intervención se planteó según un diseño experimental reversible del tipo ABAB (Barlow y Hersen, 1988), en el que se tomaron como medidas de resultado o variables dependientes, la frecuencia diaria de aparición de las creencias delirantes y de las voces, y el grado de convicción del paciente en dichas creencias, valorándolas en una escala de 0 a 100, en la que el valor 100 significaba que el paciente las consideraba como absolutamente reales (Hole, Rush, y Beck, 1979).

El tratamiento consistió, por un lado, en enseñar al paciente a usar un autorregistro para evaluar diariamente las dos variables dependientes antes citadas, y a escribir una interpretación alternativa que no fuera delirante, siendo reforzado socialmente por la realización de dichos autorregistros; y por otro, dos o tres sesiones semanales con el terapeuta en las que se trabajaba sobre esos autorregistros y, en colaboración con el paciente, se cuestionaba la evidencia en la que se basaba cada una de las creencias.

El paciente mostró una buena adherencia a los autorregistros con un cumplimiento del 100% de la tarea de escribir interpretaciones alternativas a sus creencias delirantes. A lo largo del tratamiento se observó una disminución significativa tanto de la frecuencia como del grado de convicción de sus creencias delirantes y voces. Aunque Alford no aportó datos cuantitativos en el seguimiento, informó que a los 3 meses de finalizada la intervención, se mantenía una mejora parcial de los resultados. Más concretamente, el paciente seguía quejándose ocasionalmente de las voces, pero con dudas respecto al origen de las mismas, dándole más peso a la hipótesis de

que todo fuera producto de su imaginación. Respecto al pensamiento delirante, aunque también persistía de forma parcial, se apreciaba un incremento en la habilidad del sujeto en monitorizar y evaluar críticamente sus propios pensamientos.

Aunque este trabajo aporta datos interesantes respecto a la eficacia de la intervención realizada, consideramos que el tipo de diseño utilizado no es el más adecuado, pues puede arrojar dudas respecto a la validez interna del mismo. Es probable que las características de las variables dependientes utilizadas pueden ser no reversibles, es decir, con la retirada del tratamiento no necesariamente tiene que ocurrir una reversión o regreso a los valores de línea base. De hecho, analizando visualmente las gráficas se aprecia cómo en la segunda fase de línea base, con la retirada del tratamiento, en contra de lo esperado según la lógica de estos diseños, no se incrementa el grado de convicción del sujeto sobre el pensamiento delirante. El mismo autor intenta explicar este dato afirmando que tal vez el sujeto siguiese durante ese período de línea base utilizando las estrategias aprendidas con el terapeuta y por tanto la intervención tuviese un efecto acumulativo que impidiese la reversión. Por otro lado, el grado de convicción del sujeto durante el primer período de línea base, presentaba una variación entre 40 y 80 por ciento, lo que muestra que previamente al tratamiento la convicción no era muy estable, cuestionando desde nuestro punto de vista, que la variable independiente en cuestión, fuera el factor principal de cambio. Además, y en relación con esto último, hay que añadir que el autor no controló las cantidades de neurolépticos que recibió el sujeto durante el tratamiento, variándose las dosis en

cada una de las fases en función del estado del paciente.

Diseños experimentales de línea base múltiple

Chadwick y Lowe (1990, Lowe y Chadwick, 1990), Chadwick, Lowe, Horne y Higson (1994), Himadi y Kaiser (1992), Chadwick y Trower (1996) y Sharp y cols. (1996) presentaron una serie de trabajos en los que intentaron emplear diseños experimentales que permitiesen extraer conclusiones más fiables respecto a los tratamientos a estudiar. Frente al diseño experimental de reversión ABAB aplicado por Alford y las dudas que en este contexto produce, propusieron la aplicación de los diseños de línea base múltiple en sus distintas variaciones (Barlow y Hersen, 1988). La lógica de este tipo de diseño no necesita acudir a la reversión de los valores de la variable dependiente para extraer conclusiones respecto a la influencia del tratamiento, sino que se basa en la comparación de los datos entre dos o más individuos, conductas o situaciones, de forma que el tratamiento se va introduciendo progresivamente en distintos periodos y se va comprobando si en función de las distintas manipulaciones de dicha variable independiente, se producen cambios en la variable dependiente. De esta forma, se puede evitar el problema de la supuesta irreversibilidad de los tratamientos. Antes de analizar los resultados obtenidos, vamos a describir brevemente la metodología empleada en estos trabajos.

Como comentábamos anteriormente, los diseños utilizados en dichos trabajos son los de línea base múltiple entre sujetos (Chadwick y Lowe 1990 y Chadwick, Lowe, Horne y Higson, 1994; Sharp y cols., 1996) y entre conductas (Lowe y Chadwick,

1990; Himadi y Kaiser, 1992; Chadwick y Trower, 1996), en donde se hace por primera vez en la literatura sobre este tema, una mejor descripción y operativización de las distintas fases y componentes del mismo. De forma resumida, el procedimiento de intervención cognitivo-conductual está formado por las siguientes fases:

Fase 1: Entrevista preliminar. Consiste en una o dos entrevistas llevadas a cabo con cada sujeto, cuyo objetivo era definir las creencias diana a modificar y establecer un buen *rappont* entre terapeuta y paciente.

Fase 2: Línea Base. En esta fase se recogen todos los datos relevantes sobre las creencias delirantes y las evidencias que las apoyan. Además se administran los registros y escalas necesarios para medir cuantitativamente dichas creencias diana.

Fase 3: Disputa verbal. Este es el primer componente de la intervención. Consiste en animar al cliente a considerar la creencia delirante como una posible interpretación de los eventos que las activan. En ningún momento se le dice al paciente que su interpretación es errónea, sino simplemente que es una alternativa entre otras, y se le estimula a que ofrezca otras alternativas y las valore críticamente todas ellas. Resumidamente, la estrategia es discutir primero las evidencias que el sujeto aporta para demostrar la veracidad de cada una de las creencias delirantes, antes que el delirio en sí mismo, pero siempre desde un punto de vista basado en la colaboración y no en la confrontación; en segundo lugar, se cuestiona la coherencia y plausibilidad interna del sistema de creencias del pa-

ciente; en tercer lugar, se redefine el delirio como una forma comprensible de dar sentido a las experiencias anómalas del paciente; y en último lugar, se formulan interpretaciones alternativas de esos eventos y se analiza cada una de esas alternativas en función de la información y evidencias disponibles. *Fase 4: Prueba de realidad.* Cuando en la fase anterior no se consigue modificar las creencias delirantes, el mismo paciente junto con el terapeuta planean conjuntamente una serie de acciones y actividades para comprobar empíricamente la veracidad o no, de dichas creencias delirantes.

Basándose en un trabajo previo de Brett-Jones, Garety y Hemsley (1987), en la que conceptúan los delirios como una variable dependiente continua y multidimensional, midieron el grado de convicción, preocupación y ansiedad respecto a las creencias delirantes, usando una versión modificada por Phillips (1977) del *Personal Questionnaire* (PQ) de Shapiro (1961). La convicción se refiere al grado en el cual el sujeto considera que su creencia es verdadera en el momento de ser valorado; la preocupación se refiere a la frecuencia con que el sujeto piensa en dichas creencias a lo largo de la última semana; y la medida de ansiedad valora el grado de ansiedad que el sujeto ha sentido cuando piensa en sus creencias delirantes, también durante la última semana. Cada una de estas variables es valorada en una escala ordinal de 6 puntos (para más información véase Brett-Jones *et al.*, 1987 y Drury, 1995).

También se empleó otra medida del grado de convicción basándose en el trabajo de Hole, Rush y Beck (1973). Esta consiste en preguntar al paciente el porcentaje de convicción que tiene de cada una de

sus creencias delirantes, en el que el valor cero se refiere al valor mínimo de convicción y el valor 100 indica la máxima convicción del sujeto.

Basándose también en el trabajo de Brett-Jones *et al.* (1987), midieron dos constructos que estos autores denominaron como “acomodación” y “reacción a la contradicción hipotética”. La medida de *acomodación* tiene que ver con la conciencia demostrada por el sujeto ante los acontecimientos recientes que contradicen la veracidad de sus creencias. Al comienzo de cada sesión se le pregunta al paciente si en la última semana le ha ocurrido algo que cuestione en alguna medida su creencia. La *reacción a la contradicción hipotética* se valora solamente a las dos y cuatro semanas de línea base. Esta medida se utiliza para valorar el potencial individual de adaptación de pruebas incompatibles con su creencia. Para ello, se le ofrece al paciente una prueba hipotética, pero plausible y concreta, que contradiga su creencia, y se le pregunta cómo le afecta. Para Brett-Jones *et al.* (1987), esta medida es de mucho interés pues puede tener cierto valor de predicción para identificar aquellos sujetos que tienen una mayor probabilidad de recuperación.

Por último, en algunos trabajos se ha aplicado el Inventario de depresión de Beck (BDI) para medir el estado de ánimo de cada paciente, antes, durante y en cada uno de los seguimientos una vez finalizado el tratamiento. La cantidad de medicación se mantuvo constante durante todos estos experimentos de caso único.

Diseños de línea base múltiple entre sujetos

En un primer trabajo, Chadwick y Lowe (1990) aplicaron un diseño de línea

base múltiple entre sujetos para valorar la efectividad global de este tipo de intervenciones (es decir, sin analizar la efectividad del componente de disputa verbal frente al componente de prueba de realidad) sobre las creencias delirantes de seis sujetos esquizofrénicos.

Con objeto de simplificar la exposición de los resultados obtenidos en la variable dependiente *convicción*, vamos a exponer solamente la valoración de los porcentajes de convicción, pues ésta presentaba una alta correlación con la misma medida obtenida en el PQ.

A diferencia del trabajo de Alford (1986) comentado anteriormente, el porcentaje de convicción durante los periodos de línea base fue muy estable en los seis sujetos, estando en todos ellos alrededor del 100%. En la fase de tratamiento, en dos sujetos el grado de convicción cayó por debajo del 50%, necesitando uno de ellos la realización de una prueba de realidad para descender su convicción. En la fase de seguimiento se mantuvieron estos resultados al mes, los tres meses y a los seis meses de finalizado el tratamiento. En otros dos sujetos, el grado de convicción descendió hasta cero, necesitando también uno de ellos la realización de pruebas de realidad. En el período de seguimiento mantenían los resultados alcanzados en el tratamiento. En otro sujeto, durante el tratamiento, también se produjo una disminución del grado de convicción pero éste fue muy inestable, de forma que osciló entre valores de 30 y 80 por ciento de convicción, disminuyendo levemente durante el seguimiento. Y por último, en el sujeto restante no se modificó su grado de convicción ni durante el tratamiento ni durante el período de seguimiento.

En este trabajo se puede apreciar que en la fase de intervención, el componente

de disputa verbal produjo una fuerte reducción en la convicción de las creencias delirantes en cuatro de los seis sujetos, y el componente de prueba de realidad redujo el grado de convicción en dos sujetos de los tres sujetos a los que se aplicó. Con estos resultados sólo podemos afirmar que este tipo de tratamiento, en las condiciones en las que se aplicó, parece ofrecer resultados positivos y esperanzadores en el tratamiento de los sujetos esquizofrénicos. No obstante, no podemos llegar a hacer un análisis de la efectividad de los dos componentes del tratamiento. Concretamente, no podemos afirmar que la prueba de realidad por sí misma sea suficiente para conseguir resultados positivos, pues no hizo falta aplicarla a todos los sujetos y cuando sí se aplicó, siempre era después del componente de disputa verbal.

En este sentido, estos autores (Chadwick, Lowe, Horne y Higson, 1994), llevaron a cabo una replicación parcial del trabajo anterior, cuyo objetivo era estudiar la efectividad de la fase de prueba de realidad por sí misma frente a la de disputa verbal. Se aplicó también un diseño de línea base múltiple entre sujetos en el que en la fase de tratamiento invirtieron el orden de sus componentes. Esto es, se aplicó en primer lugar la prueba de realidad y a continuación se aplicó el componente de disputa verbal.

En este estudio participaron 4 sujetos, de los cuales tres padecían un trastorno esquizofrénico y uno padecía un trastorno esquizoafectivo. Durante la fase de línea base tres de ellos mantuvieron un porcentaje de convicción del 100% de sus creencias delirantes, y en un cuarto sujeto, dicho porcentaje se mantuvo en valores que oscilaban entre el 80% y el 100%.

Con respecto a la efectividad mostrada por el componente de prueba de realidad,

se observó que en tres de los cuatro sujetos, no se produjo ninguna modificación en el porcentaje de convicción, manteniéndose prácticamente en el 100%. En el sujeto restante, en la primera sesión de prueba de realidad se produjo una fuerte caída de la convicción hasta un porcentaje del 0%, sin embargo, en las siguientes sesiones volvió a los valores iniciales de línea base. No obstante, desde el momento que se aplicó el componente de disputa verbal, el porcentaje de convicción cayó hasta niveles del 0% en tres de los cuatro sujetos. Durante el seguimiento al mes, a los tres meses y a los seis meses, se observó que en los sujetos en los que la creencia delirante había descendido prácticamente a 0% en el grado de convicción, se produjo un ligero incremento de ésta, aunque no superando en ninguno de ellos el 50% de convicción.

Chadwick y colaboradores concluyeron que la prueba de realidad por sí misma es un tipo de intervención débil a la hora de modificar los delirios de un paciente esquizofrénico, quizás porque las creencias mantenidas fuertemente están inmunizadas contra las pruebas empíricas que intenten refutarlas. Sin embargo, en el primer estudio citado (Chadwick y Lowe, 1990), se observó que cuando iba a continuación del componente de disputa verbal, la prueba de realidad era un componente eficaz, incluso cuando la intervención de tipo verbal tenía poco o ningún impacto sobre la convicción. Por tanto, estos dos estudios tomados conjuntamente, aportan datos, que apoyan la hipótesis de que la prueba de realidad es más efectiva cuando es aplicada después de la confrontación verbal (Trower, Casey, Dryden, 1988). De todas formas, es necesario realizar nuevas investigaciones para confirmar definitivamente esta hipótesis.

Sharp y colaboradores (1996) replicaron el procedimiento de confrontación de los delirios de Chadwick y Lowe, pero a diferencia del trabajo de estos últimos, en los que sus pacientes reunían los criterios para ser diagnosticados de trastorno esquizofrénico, los pacientes que participaron en el estudio de Sharp cumplían los criterios del trastorno delirante según la DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

Los resultados mostraron una modesta reducción del porcentaje de convicción de las creencias delirantes en tres de los seis sujetos que participaron en este estudio, sin llegar en ninguno de ellos al cero por ciento: en el sujeto número 1 los valores de convicción oscilaron entre el 25% y 75%, en el número 2 oscilaron entre el 20% y el 70% y en el sujeto número 5 oscilaron entre el 30% y el 90% a lo largo de toda la fase de tratamiento. Lamentablemente Sharp y colaboradores no realizaron ningún tipo de seguimiento.

Una observación interesante que se puede hacer de los resultados de este estudio es que mientras los valores de las líneas base de los pacientes en los que no se produjo ninguna modificación en la convicción de sus creencias eran estables y del 100% de convicción, en los sujetos en los que sí se produjeron cambios, se observó que los valores de sus líneas bases eran inestables y presentaban pequeñas oscilaciones a lo largo de este período. Podría ser de interés en futuros estudios investigar la relación entre la estabilidad de la convicción de las creencias delirantes antes de la intervención y los resultados de la intervención, pues si lo anteriormente comentado fuera replicado en otros trabajos, podría pensarse que la estabilidad de la creencia antes del tratamiento fuera un predictor válido de los resultados.

Diseños de línea base múltiple entre conductas

También se han llevado a cabo intervenciones cognitivo-conductuales utilizando un diseño experimental de línea base múltiple entre conductas (Lowe y Chadwick, 1990; Himadi y Kaiser, 1992 y Chadwick y Trower, 1996). Este tipo de diseños se ha utilizado para comprobar la efectividad de la intervención cuando el sujeto presentaba más de una creencia delirante y se pretendía estudiar el efecto diferencial de este tipo de intervenciones a medida que se iba aplicando progresivamente a cada una de las creencias diana.

En el primero de ellos (Lowe y Chadwick, 1990), se utilizó en dos sujetos esquizofrénicos la misma metodología y procedimientos descritos anteriormente. En ambos sujetos, los delirios fueron confrontados sucesivamente en intervalos de cuatro o más semanas. Cada uno de ellos presentaba tres creencias delirantes, en uno de los sujetos, la primera creencia diana era que una mujer llamada Amanda le podía leer el pensamiento y controlar su vida, la segunda creencia diana era que en una vida pasada había sido Leonardo da Vinci y la última creencia era también que en otra vida había sido Jesucristo. Las creencias del segundo sujeto (una mujer de 51 años de edad) eran en primer lugar que tenía quince años, en segundo lugar que era hija de la princesa Ana de Inglaterra, y la tercera creencia era que el gobierno británico controlaba sus pensamientos y acciones.

En ambos pacientes, la intervención fue muy eficaz, consiguiéndose un grado de convicción del 0% durante el tratamiento, manteniéndose estos resultados en el seguimiento al mes, a los tres meses y a los seis meses.

Desde nuestro punto de vista, lo más interesante de este trabajo es observar como en el segundo sujeto a medida que se iba progresivamente abordando cada uno de las creencias, la convicción del sujeto iba disminuyendo drásticamente, siendo prueba de la efectividad de la variable independiente utilizada. Sin embargo, en el primero, se observó una cierta generalización del tratamiento entre la segunda y tercera creencia delirante. Como se recordará, estas dos creencias tenían que ver con que el sujeto pensaba que en otras vidas había sido Jesucristo y Leonardo da Vinci, lo que nos permite especular que estaban muy relacionadas en cuanto a los argumentos y evidencias que el sujeto empleaba para mantenerlas. Ello nos hace pensar que el cuestionamiento y alternativas planteadas por el terapeuta a una de ellas, probablemente también sirviesen para socavar el grado de convicción en la otra. Por lo que, aunque topográficamente fueran creencias diferentes, funcionalmente tal vez fueran similares.

Himadi y Kaiser (1992), aplicaron también el mismo tipo de diseño a un paciente con un diagnóstico de trastorno esquizofrénico tipo indiferenciado, que llevaba ingresado 18 años en un hospital psiquiátrico. Este paciente presentaba diez delirios diferentes, todos ellos con una temática de grandeza: pensaba que controlaba todas las actividades de gobierno norteamericano y que era el propietario de una mina de oro y de la casa de la moneda de este país; el paciente afirmaba tener muchos conocimientos derivados de muchos años de estudios (solo tenía dos años de escolarización); podía destruir el mundo si lo deseaba; era el hijo olvidado de Jesús y María; que su cerebro había sido extirpado quirúrgicamente; pensaba que sus familia-

res eran impostores y que uno de sus hermanos era "Ironman" y que tenía poderes similares a los suyos.

La variable dependiente principal fue el grado de convicción en las creencias delirantes medido a través de la estrategia de porcentajes y además, se utilizaron dos medidas para valorar el grado de generalización del tratamiento: una entrevista realizada por un evaluador independiente al estudio y la aplicación por otro evaluador de la escala SAPS de Andreasen (1984). Todas estas medidas se aplicaron antes y después del tratamiento y en el seguimiento al mes, a los dos meses y a los cuatro y seis meses de finalizado el tratamiento.

Se seleccionaron solamente tres de las creencias delirantes como objetivo de la intervención en función del grado de convicción durante el período de línea base. Las tres creencias fueron: "Tengo un hermano llamado Ironman", "Jesús controla mi conducta", "Tengo 30 años de estudios de derecho con el grado de master".

Los resultados mostraron una rápida disminución del grado de convicción hasta un valor de cero en las tres creencias a medida que se iba introduciendo el tratamiento. Esos mismos niveles de convicción se mantuvieron durante todo el período de seguimiento.

Un dato interesante y que coincide con el trabajo de Lowe y Chadwick (1990), es que se observó una generalización del tratamiento a tres de las creencias delirantes que no fueron objeto de intervención, apreciándose una reducción significativa del grado de convicción, especialmente en aquellas que tenían alguna conexión en los contenidos.

Las medidas realizadas por evaluadores independientes confirmaron el decremento de la convicción de las creencias

delirantes y la puntuación obtenida en el SAPS pasó desde una intensidad severa de las creencias delirantes en el período de línea base a una intensidad moderada después del tratamiento y en el seguimiento.

El tercer trabajo en el que se aplica un diseño de línea base entre conductas fue realizado por Chadwick y Trower (1996). En él se describe una adaptación de estas técnicas para la modificación, en un paciente con un trastorno esquizoafectivo, de un tipo de delirio paranoide que ellos denominan de castigo (Trower y Chadwick, 1995; Chadwick y Trower, 1997). A diferencia de los trabajos anteriores, solo utilizaron como medida de la variable dependiente el porcentaje de convicción de las creencias delirantes y el BDI.

Estos autores a través de sus trabajos empíricos han encontrado que todas las creencias delirantes de tipo paranoide no son iguales y que pueden diferenciarse en dos grandes grupos: una, que ellos denominan "paranoia de persecución", en la que los sujetos creen que otras personas quieren hacerles daño o perseguirles de forma injusta e inmerecida; y la otra, que denominan "paranoia de castigo", en la que los sujetos que la padecen también creen que la gente les persigue y quieren hacerles daño, pero a diferencia del otro tipo de paranoia, los individuos creen que el maltrato que reciben es merecido por ser intrínsecamente malvados. (Trower y Chadwick, 1995; Chadwick y Trower, 1997). Estos autores consideran crucial esta diferenciación pues tiene implicaciones prácticas muy importante en el planteamiento de la estrategia terapéutica (para mayor información véase Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Según la estrategia terapéutica planteada, los autores dirigieron su interven-

ción hacia la modificación de las dos ideas delirantes que presentaba este paciente y también hacia la valoración negativa que hacía de sí mismo como intrínsecamente malvado y merecedor de castigo. Por tanto, la intervención se organizó según un diseño de línea base múltiple dirigido a la eliminación de tres creencias: la primera era la valoración personal de que era una persona malvada, la segunda era la idea delirante de que la gente le leía la mente y que estaban planeando hacerle daño y la tercera era otra idea de tipo delirante que consistía en que Dios le quería castigar por haber blasfemado.

Mientras que el grado de convicción de las dos primeras creencias fue estable y prácticamente del 100% durante toda la fase de línea base, el porcentaje de convicción de la tercera creencia fue muy inestable, variando entre el 90% (al comienzo de esta fase) y el 15% de convicción (al final de dicha fase), coincidiendo con la aplicación del tratamiento a las otras dos creencias. Durante la fase de intervención, se observó un claro descenso del grado de convicción en las dos primeras creencias coincidiendo con la aplicación del tratamiento, sin embargo, sus efectos se generalizaron a la tercera creencia, provocando como ya hemos comentado un decremento de los valores de línea base. En el seguimiento a los tres meses, el grado de convicción se encontraba entre el 0% y el 20%, manteniéndose prácticamente iguales que en la fase de tratamiento.

Resultados obtenidos en el PQ y BDI

Hasta ahora hemos comentado los resultados obtenidos con la variable dependiente grado de convicción. A continuación vamos a analizar, conjuntamente para los

sujetos que participaron en los tres estudios de línea base múltiple de Chadwick y Lowe (Chadwick y Lowe, 1990; Lowe y Chadwick, 1990; Chadwick y cols. 1994), los resultados obtenidos respecto al grado de preocupación y el grado de ansiedad experimentado por ellos con relación a sus creencias delirantes. Al final de cada sesión se les administraba el PQ para conseguir una valoración retrospectiva de dichas medidas. Cuando esas valoraciones se comparan con las obtenidas con el grado de convicción se evidencian claramente dos patrones:

- El primero consiste en que durante la línea base, las medidas de preocupación, ansiedad y convicción varían independientemente, apoyando el punto de vista de que los delirios son un fenómeno multidimensional (por ejemplo, Strauss, 1969).
- El segundo patrón consiste en que durante la fase de intervención en la mayoría de los sujetos, las tres medidas solían variar según unos parámetros de cambio muy específicos para cada uno de ellos. Por ejemplo, de los 10 sujetos en los que el grado de convicción descendió durante el tratamiento, en seis se observó una disminución de la preocupación y de la ansiedad. Sin embargo, en tres casos, mientras que la convicción y la ansiedad disminuyeron, el grado de preocupación se incrementó o permaneció en valores muy altos. Y en un sujeto, la preocupación y la ansiedad disminuyó, mientras que la convicción seguía sin modificarse.

Estos datos son muy interesantes pues vienen a corroborar algo que se observa frecuentemente en el trabajo clínico diario, y es que la mejoría clínica de los pacientes

con delirios es muy compleja y puede seguir muy diferentes patrones de cambio.

Respecto a la prueba de acomodación, ningún sujeto informó sobre experiencias que refutasen sus creencias durante la fase de línea base. Como en el estudio de Brett-Jones y cols. (1987), los resultados de la valoración de la acomodación sugieren que los pacientes esquizofrénicos no se dedican a confrontar sus propias creencias o a ponerlas a prueba. No obstante, y como también se afirma en este último estudio, esta falta de validación de las propias creencias también se observa en población no psiquiátrica. Sin embargo, en la mayoría de los sujetos en los que se observó una disminución del grado de convicción durante la fase de intervención, aportaron al menos un ejemplo que permitía refutar sus propias creencias. Según Chadwick y Lowe (1994), estos ejemplos de refutación pueden ser de dos tipos:

- 1) Recuerdos de situaciones que previamente habían sido contemplados en términos delirantes, pero posteriormente reinterpretados como pruebas en contra de los delirios.
- 2) Recuerdos de situaciones que en ningún momento fueron interpretadas en términos delirantes, sino que posteriormente se consideraron como pruebas en contra de los delirios.

Por tanto, parece ser que solamente a partir de la reducción del grado de convicción de las creencias delirantes como producto de un proceso de confrontación y cuestionamiento, el paciente empieza a considerarlas como posibles hipótesis que hay que poner a prueba, más que como verdades absolutas.

Por otro lado, la valoración del constructo denominado *reacción a la contradicción hipotética* (RCH) arrojó datos interesantes que apuntan a que esta medida podría ser un indicador que permita predecir la respuesta del paciente al tratamiento. De hecho, ocho de los doce pacientes que respondieron al menos en una ocasión, al ejemplo de contradicción hipotética, en el sentido de que les llevaría a poner en duda su creencia delirante o a rechazarla completamente, disminuyeron su grado de convicción como resultado de la intervención. Asimismo, dos de las cuatro personas que afirmaban que el ejemplo de contradicción hipotética no alteraría su convicción, no modificaron su grado de convicción como resultado del tratamiento. De estos resultados, Chadwick y Lowe (1994) concluyeron que algunos individuos están más preparados que otros para cuestionar sus delirios y esto tal vez se pueda detectar a través de medidas como la RCH. De todas formas esta hipótesis necesita de nuevas investigaciones para ser confirmada.

Por último, respecto a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), de los 10 sujetos en los que el grado de convicción disminuyó durante el tratamiento, en nueve de ellos, las puntuaciones obtenidas en este inventario también decayeron significativamente. Este dato desmiente la hipótesis de que el debilitamiento o eliminación de una idea delirante tiene un efecto negativo en el estado psicopatológico de la persona que lo padece. Esta creencia surge de los trabajos de Zigler y Glick (1988) en los que se afirma que los delirios de las personas con esquizofrenia paranoide podrían ser una defensa contra la depresión. Si esto fuera cierto, los sujetos tendrían que haber puntuado bajo en el BDI durante la fase de

línea base y haber incrementado dichas puntuaciones durante el tratamiento a medida que el grado de convicción iba decayendo, demostrándose justo todo lo contrario en los trabajos antes citados. En general estos resultados apoyan la observación que realizaron Milton y cols. (1978) en la que se apreciaba que la disminución de la fuerza de un delirio estaba asociada a una significativa reducción global del trastorno psiquiátrico.

Conclusiones

En el presente trabajo hemos revisado siete estudios en los que se ha utilizado una metodología basada en los diseños experimentales de caso único o de $n=1$ (ver tabla 1). En total tenemos datos de 21 personas que fueron tratados con terapia cognitivo-conductual por padecer ideas delirantes. De todos ellos, 13 habían sido diagnosticados de trastorno esquizofrénico según la DSM-III (9 sujetos) y DSM-III-R (4 sujetos), 2 con un trastorno esquizoafectivo (uno según DSM-III y otro según DSM-III-R) y 6 con un trastorno delirante según DSM-III-R. De todos estos sujetos, se obtiene una reducción del grado de convicción en 10 sujetos esquizofrénicos (77%), en los 2 sujetos esquizoafectivos (100%) y en 3 sujetos con trastornos delirantes (50%).

Como se puede apreciar, las técnicas de modificación de creencias consiguen debilitar, o eliminar en algunos casos, los delirios de pacientes con diagnóstico dentro del espectro de las psicosis. No obstante, hay diferencias en la efectividad del tratamiento en función de los diagnósticos. Mientras que los sujetos con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y esquizoafectivo obtienen los mejores resultados, en los

sujetos con un trastorno delirante los resultados son más modestos. Sharp y cols. (1996) atribuyen estas diferencias a que en los sujetos con este tipo de trastorno, sus delirios juegan un papel muy importante en el mantenimiento de su integridad psicológica, lo que hace que el paciente se adhiera más intensamente a sus creencias patológicas, mientras que en los esquizofrénicos y esquizoafectivos, hay otros tipos de síntomas psicóticos que pueden ser dominantes y mantener dicha integridad psicológica.

Evidentemente estos resultados no son concluyentes, y tal vez sea necesario replicarlos en un mayor número de sujetos. No obstante, con estos diseños y especialmente con los de línea base múltiple, se ha conseguido demostrar en un porcentaje amplio de casos, como la aparición secuencial de los tratamientos producen modificaciones relevantes en las creencias de tipo delirante. En este sentido, el componente más relevante de estas intervenciones parece ser que es la disputa verbal, siendo la prueba de realidad un componente efectivo siempre y cuando sea precedido por el anterior.

Otro aspecto interesante y que consideramos abre un campo importante de investigación, es la confirmación de que la creencia delirante es una variable multidimensional y que por tanto debe ser valorada según todas aquellas dimensiones que la describe de forma más precisa. Como se observa en la práctica clínica diaria, en estos trabajos se ha podido apreciar cómo el tratamiento psicológico afecta de forma diferencial a estas dimensiones, creando patrones de cambio muy específicos y peculiares en cada uno de los sujetos. Sin embargo hasta la fecha ignoramos qué variables del tratamiento, u otras variables

Tabla 1. Resultados obtenidos con la Terapia Cognitivo-Conductual sobre las ideas delirantes de pacientes psicóticos en los que se ha utilizado diseños experimentales de caso único.

Estudios	Diseño	N	Diagnóstico	Seguimiento	Resultados
ALFORD, 1986	ABAB	1	Esquizofrenia	A los 3 meses	Disminución significativa de la frecuencia y grado de convicción de las ideas delirantes. En el seguimiento se mantuvo una mejora parcial de los resultados.
CHADWICK Y LOWE, 1990	LB Múltiple entre sujetos	6	Esquizofrenia	1, 3, 6 meses	Reducción significativa del grado de convicción en 5 de los 6 sujetos. Estos resultados de mantuvieron en el seguimiento.
LOWE Y CHADWICK, 1990	LB Múltiple entre conductas	2	Esquizofrenia	1, 3, 6 meses	En ambos pacientes se alcanzó un grado de convicción del 0% en todas las creencias delirantes. En el seguimiento estos resultados se mantuvieron.
HIMADI Y KAISER, 1992	LB Múltiple entre conductas	1	Esquizofrenia	1, 2, 4, 6 meses	Reducción del grado de convicción hasta el 0% en las tres creencias dianas. Generalización de los efectos de la intervención a otras creencias no tratadas. En el seguimiento se mantuvieron dichos resultados.
CHADWICK Y COLS., 1994	LB Múltiple entre sujetos	4	3 Esquizofrénicos 1 Esquizoafectivo	1, 3, 6 meses	Reducción al 0% del grado de convicción en 3 de los 4 sujetos. En el seguimiento se produjo un ligero incremento del grado de convicción en estos tres sujetos, pero no superando en ninguno de ellos el 50% de convicción.
CHADWICK Y TROWER, 1996	LB Múltiple entre conducta	1	Trastorno Esquizoafectivo	A los 3 meses	Reducción significativa del grado de convicción en dos de las tres creencias delirantes del sujeto con la aplicación del tratamiento, generalizándose sus efectos a la tercera creencia. En el seguimiento el grado de convicción se mantuvo igual que al final del tratamiento.
SHARP Y COLS., 1996	LB Múltiple entre sujetos	6	Trastorno Delirante	No seguimiento	Modesta reducción del grado de convicción en 3 de los 6 sujetos.

desconocidas, determinan dichos patrones. Es muy importante el desarrollo de instrumentos de medida que permitan medir de forma fiable y válida las dimensiones constitutivas de las ideas delirantes.

Por otro lado, estos trabajos nos permiten considerar qué variables pueden predecir los resultados de la intervención terapéutica, Chadwick y Lowe (1994) afirman que la Reacción a la Contradicción Hipotética puede ser un buen predictor de los resultados del tratamiento. Esto ya fue propuesto por Brett-Jones y cols. (1987) como una medida de la aceptación potencial por parte de los sujetos de las pruebas que contradecían sus creencias. En estos trabajos se ha observado que en todos aquellos sujetos que respondieron positivamente a la RCH se produjo una disminución del grado de convicción de sus creencias, mientras que la mitad de los sujetos que afirmaron que los RCH no afectaban a sus creencias, no bajaron el porcentaje de convicción de las mismas.

En el análisis de los datos del trabajo de Sharp, hemos observado como en el caso de los pacientes con trastorno delirante que disminuyeron el grado de convicción de sus creencias, las líneas base mostraban una mayor variabilidad en los valores de convicción, que en aquellos sujetos en los que no se produjo ninguna modificación en sus creencias. Ello nos lleva a especular que tal vez ésta sea una medida predictora de los resultados de la intervención únicamente para sujetos con un trastorno delirante, no siendo válida para los esquizofrénicos o esquizoafectivos. De todas formas esta hipótesis debe ser sometida a comprobación empírica en próximas investigaciones.

Entre los problemas de estos estudios podemos destacar los siguientes:

1. Sólo se ha estudiado la efectividad del tratamiento con relación a variables relacionadas con los delirios, pero desconocemos como afectan estos tratamientos al funcionamiento general y a los síntomas negativos de los pacientes. Asimismo desconocemos si este tipo de intervenciones es superior a otros tipos de intervenciones psicológicas o a los cuidados rutinarios (tratamientos basados únicamente en la medicación y seguimiento en la comunidad).
2. Los períodos de seguimiento de todos estos trabajos no se prolongan por más de seis meses, por lo que desconocemos la duración de los efectos de los tratamientos a medio y largo plazo. Sería deseable estudiar la estabilidad y duración de dichos resultados en futuras investigaciones.
3. Una importante limitación de los diseños experimentales de caso único es que normalmente los datos se analizan a través de la inspección visual de las gráficas de líneas bases. Según algunos autores (Matyas y Greenwood, 1990) esta forma de análisis de los resultados no es una técnica fiable. Bouchard, Vallières, Roy y Maziade (1996) aplicaron una técnica estadística de análisis de series temporales a los datos proporcionado por Chadwick y Lowe (1990) de uno de los sujetos de su estudio. La inspección visual de la variable preocupación sobre el delirio en este sujeto sugería una reducción en los valores de esta variable, sin embargo, a través del análisis de series temporales se de-

mostró que dicho cambio no era significativo.

A pesar de estas limitaciones, las intervenciones cognitivas y conductuales aplicadas a las creencias delirantes, y a otros síntomas psicóticos como las alucinaciones auditivas (para una revisión sobre este tema, véase Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1996), están en pleno desarrollo. Por ello podemos decir que aunque todavía es muy largo el camino por andar, hemos encontrado una esperanzadora vía de estudio e investigación que tal vez nos permita a corto y medio plazo poder perfeccionar nuestras técnicas de intervención y aliviar el dolor y sufrimientos que estas personas padecen.

Referencias

- Alford, B.A. (1986). Behavioral treatment of schizophrenic delusions: A single-case experimental analysis. *Behavior Therapy*, 17, 637-644.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (tercera edición revisada)*. Washington, DC: APA.
- Andreasen, N.C. (1984). *The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*. Iowa: University of Iowa.
- Arias-Holgado, M.F.; Fernández-Serra, F. y Perona Garcelán, S. (En prensa). Investigación básica y aplicada en psicología: El Análisis Experimental de la Conducta y el Análisis Conductual Aplicado como expresión paradigmática de una tradición histórico-metodológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Barlow, D.H y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Bellack, A.S. (1986). Schizophrenia: Behavior Therapy's forgotten child. *Behavior Therapy*, 17, 119-214.
- Bouchard, S., Vallières, A., Roy, M. y Maziade, M. (1996). Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: a critical analysis. *Behavior Therapy*, 27, 257-277.
- Brett-Jones, J., Garety, P.A. y Hemsley, D.R. (1987). Measuring delusional experiences: A method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley.
- 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. y Lowe, C.P. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 355-367.
- Chadwick, P., Lowe, C.P., Horne, P.J. y Higson, P.J. (1994). Modifying delusions: the role of empirical testing. *Behavior Therapy*, 25, 35-49.
- Chadwick, P. y Trower, P. (1996). Cognitive therapy for punishment paranoia: a single case experiment. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 351-356.
- Chadwick, P. y Trower, P. (1997). To defend or not defend: a comparison of paranoia and depression. *Journal of*

- Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 11(1), 63-71.
- Cuevas, C. y Perona, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes en un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 275-291.
- Drury, V. (1995). Recuperación de la psicosis aguda. En M. Birchwood y N. Tarrrier (Coords.), *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Hartman, L.M. y Cashman, F.E. (1983). Cognitive-behavioural and psychofarmacology treatment of delusional symptoms: A preliminary report. *Behavior Psychotherapy*, 11, 50-61.
- Himadi, B. y Kaiser, A.J. (1992). The modification of delusional beliefs: a single-subject evaluation. *Behavioral Residential Treatment*, 7, 1-14.
- Hole, R. W., Rush, A.J. y Beck, A.T. (1973). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, 42, 312-319.
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Johnson, W.G., Ross, J.M. y Mastria, M.A. (1977). Delusional Behavior: An attritional analysis of development and modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (4), 421-426.
- Kingdon, D.G. y Turkington, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 207-211.
- Lowe, C.F. y Chadwick, P. (1990). Verbal control of delusions. *Behavior Therapy*, 21, 461-479.
- Matyas, T.A. y Greenwood, K.M. (1990). Visual analysis of single-case time series: Effects of variability, serial dependence, and magnitude of intervention effects. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 341-351.
- Milton, F.; Patwa, K. y Hafner, R.J. (1978). Confrontation vs. Belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.
- Mueser, K.T. y Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?. *Psychological Medicine*, 20, 253-262.
- Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos: una revisión. *Psicologemas*, 10(20), 225-256.
- Phillips, J.P.N. (1977). Generalized personal questionnaire techniques. En P. Slater (Ed.), *Dimensions of intrapersonal space (vol. 2)*. Nueva York: Wiley.
- Shapiro, M.B. (1961). A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 151-155.
- Sharp, H.M., Fear, C.F., Williams, M.G., Healy, D., Lowe, C.F., Yeadon, H. y Holden, R. (1996). Delusional phenomenology. Dimensions of change. *Behavior Research and Therapy*, 34(2), 123-142.
- Strauss, J.S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- Trower, P., Casey, A. y Dryden, W. (1988). *Cognitive behavioural counseling in action*. Bristol: Sage.

- Trower, P. y Chadwick, P. (1995). Two pathways to defense of the self: a cognitive theory of paranoia. *Clinical Psychology: Research and Practice*, 2, 263-278.
- Watts, F.N., Powell, G.E. y Austin, S.V. (1973). Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.
- Zigler, E. y Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, 43, 284-290.