

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LAS IDEAS DELIRANTES DE UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

Carlos Cuevas y Salvador Perona

Unidad de Rehabilitación Salud Mental Virgen del Rocío, Sevilla

RESUMEN

En este trabajo presentamos un caso en el que se realiza el análisis funcional y tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. Los resultados muestran una disminución significativa de la convicción del paciente en tales ideas delirantes, así como una mejora de su funcionamiento personal y social. Los resultados del seguimiento muestran que los beneficios se mantienen a los 1, 3, 6, 12, 24, 36 y 48 meses de finalizado el tratamiento.

Palabras clave: Esquizofrenia, delirios, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, rehabilitación psiquiátrica.

ABSTRACT

In this paper we present a case of a functional analysis and a cognitive-behavioral intervention to modify delusions in a schizophrenic patient. The results show a significant decreasing of delusions and an improvement of his social and personal performance. The results of the follow-up show these benefits still hold 1, 3, 6, 12, 24, 36 y 48 months after the end of the treatment.

Key words: Schizophrenia, delusions, behavior therapy, cognitive-behavioral therapy, psychosocial rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), una idea delirante es una *"falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto"* (p.783). Los delirios están presentes en una amplia variedad de trastornos psicológicos, neurológicos y médicos. Dentro de los trastornos mentales son característicos, entre otras condiciones, de las esquizofrenias. Existen diversas explicaciones psicológicas actuales sobre los delirios: la teoría perceptiva de Maher, el modelo preliminar de Garety sobre los procesos de juicio involucrados en la formación del delirio, las teorías atribucionales y las teorías sobre el contenido de los delirios (Baños y Belloch, 1995). Así mismo, posibles disfunciones cerebrales, variables de personalidad, variables de mantenimiento de la autoestima, emociones, experiencias inusuales, sobrecargas cognitivas prolongadas, déficits atencionales, variables interpersonales y variables situacionales, se señalan como elementos que pueden intervenir en la formación de ideas delirantes.

Al abordar el concepto de idea delirante, diversos autores han propuesto una serie de dimensiones que suponen, entre otros, cinco continuos que van desde las creencias normales hasta las patológicas (Baños y Belloch, 1995). Ello supondría sustituir la visión ampliamente aceptada de los delirios como fenómenos discretos por otra que los considere como partes más o menos extremas a lo largo de diferentes dimensiones. Así, modificable/inmodificable, grado de convicción leve/intenso, presencia/ausencia de apoyos culturales, no preocupación/preocupación y plausible/improbable constituirían los extremos de continuos en los que cabe estudiar las creencias y los juicios.

Desde un punto de vista psicológico, los delirios pueden entenderse como una reacción e intento de dar sentido a determinadas experiencias desconcertantes, e incluso amenazantes, que sufren los pacientes esquizofrénicos.

Eliminar, o paliar, posibles sensaciones de desconcierto, y dar un *"sentido"* a emociones anteriormente indefinidas, dotaría al delirio de funcionalidad. Así mismo, a los delirios se les puede atribuir otra posible función, defensiva, que les haría más comprensibles, al *"proteger"* al paciente de la intensa perturbación emocional procedente de evaluaciones negativas *"sobre sí mismo y sobre los demás"* (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Al igual que cualquier otra manifestación del comportamiento humano, los síntomas esquizofrénicos, independientemente de que sean elementos constitutivos de un síndrome psiquiátrico, son susceptibles de un análisis funcional y de una evaluación conductual a partir de la cual pueden diseñarse intervenciones específicas a las necesidades de cada paciente (Cuevas y Perona, 1995). Así, diferentes técnicas cognitivo-conductuales, tradicionalmente aplicadas a otros trastornos psicológicos, se están adaptando y actualmente utilizando en el tratamiento de la esquizofrenia. Si bien, el tratamiento de elección para la sintomatología psicótica positiva son los neurolepticos, las intervenciones conductuales pueden ser empleadas como complemento en aquellos casos en que los síntomas esquizofrénicos no responden a la medicación y se mantienen perturbaciones en el funcionamiento psicosocial del individuo (Perona y Cuevas, 1997); también, pueden constituir una alternativa terapéutica en aquellos casos de hipersensibilidad a los efectos secundarios de los fármacos, o de insuficiente adherencia al tratamiento medicamentoso. No obstante, a la hora de aplicar técnicas cognitivo-conductuales a las personas con psicosis es preciso tener en cuenta la naturaleza de los problemas de estos pacientes: grado de severidad importante, heterogeneidad del trastorno, presencia de déficits cognitivos, posible hipersensibilidad a la activación emocional, posibles dificultades que entorpezcan una adecuada relación terapéutica y la peculiar percepción que del mundo pueden mantener estos pacientes (Fowler, 1996).

Tradicionalmente, la terapia cognitiva se ha propuesto modificar las cogniciones de los sujetos, a través de una combinación de técnicas: la disputa verbal y las pruebas de realidad (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En línea con la consideración de los delirios como fenómenos continuos, desde hace algunos años se desa-

rollan intervenciones cognitivo-conductuales que han mostrado cierto poder y eficacia para reducir esta sintomatología en sujetos esquizofrénicos (Por ejemplo, Lowe y Chadwick, 1990; Alford y Beck, 1994; Chadwick y Lowe, 1994; Birchwood y Tarrrier, 1995; Kingdon y Turkington, 1995; Chadwick et al. 1996).

El tratamiento cognitivo-conductual de los delirios presenta como objetivo, reducir la convicción en las ideas delirantes y con ello la perturbación emocional asociada, así como la discapacidad social; y ello basándose en métodos que pretenden debilitar tanto las inferencias delirantes del sujeto, como sus creencias evaluativas. En líneas generales el proceso su-pone los siguientes pasos:

1º) Realización de una serie de entrevistas preliminares con la finalidad de establecer un buen *rapport* con el paciente.

2º) Obtención de una línea base, para acumular información sobre sus creencias, cogniciones evaluativas e ideas delirantes (y su posible funcionalidad psicológica); evaluando, a través de medidas subjetivas, el *grado de convicción* que el paciente verbaliza sobre sus ideas, la *preocupación* o tiempo que pasa pensando en ellas, y así mismo, valorando las *evidencias actuales y pasadas* a favor y en contra de tales ideas.

3º) El enfoque cognitivo de la evaluación de los delirios se enmarca dentro del modelo ABC (acontecimientos activadores; creencias delirantes y evaluativas; y consecuencias emocionales y de conducta), y define los problemas (en "C") como cuestiones de perturbación y trastorno, más que presentar como problema las "A" (voces...) o "B" (delirios). Este enfoque, adaptado al nivel de funcionamiento cognitivo de cada individuo, es transmitido al paciente.

4º) El tratamiento se compone del *desafío o disputa verbal* (para los pensamientos delirantes y para los pensamientos evaluativos), y de la *comprobación de la realidad* (para los pensamientos delirantes). La *disputa verbal o desafío*, consiste en: el cuestionamiento de la evidencia aportada para las creencias y delirios; el cuestionamiento de la consistencia interna y la plausibilidad de dichos contenidos; la redefinición del delirio como respuesta comprensible, como forma de dar sentido a unas experiencias específicas y; la construcción de explicaciones alternativas y significativas para

el paciente. A través de un proceso de discusión colaborativa y de comprobación directa de la realidad, se pretendería el rechazo del delirio a favor de un marco explicativo alternativo menos perturbador y más adaptativo.

En este trabajo presentamos un *estudio de caso*. En él, se expone el procedimiento cognitivo-conductual aplicado, principalmente, a la ideación delirante perturbadora de un sujeto esquizofrénico con sintomatología psicótica resistente a la medicación. Un objetivo previo a todo el proceso consistió en establecer una relación de confianza con el paciente. A través de ella, le pudimos sensibilizar para participar en un programa de intervención psicosocial integral, que aliviase sus angustias y le acercase a un estilo de vida alternativo al que hasta entonces había mantenido.

MÉTODO

Sujeto

Varón de 35 años de edad, derivado a la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío" (Sevilla) en marzo de 1991, por su Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD). Diagnosticado de *esquizofrenia tipo paranoide*, de 18 años de evolución, según criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

El informe de derivación de su psiquiatra señalaba que *"...en la sintomatología actual, predomina su aislamiento social, con una vida en clausura..."; "...ideas delirantes autorreferenciales de perjuicio... fenómenos de imposición o influencia de su pensamiento a través de la televisión... fenómenos de robo del pensamiento o de transmisión del mismo..."*, *"...alucinaciones auditivas de contenido cambiante, en las que aparece como amenaza la posibilidad de su crucifixión..."*; *"Utiliza un lenguaje disgregado, con tendencia a la repetición de los mismos detalles"*. Así mismo, se señalaba que la *"conciencia de enfermedad"* del paciente *"es escasa"* y que la *"interferencia de la psicopatología activa es notable e impide su incorporación a actividades normalizadas"*.

Evaluación 1

a) *Entrevistas con los padres del paciente*. Permitieron obtener información sobre la historia

del trastorno: hijo único en familia sin historia de antecedentes psiquiátricos conocidos. Embarazo y parto sin problemas. Desarrollo psicomotor y socioafectivo normales, adaptación escolar y rendimiento académico adecuados, funcionamiento social normal. Durante la adolescencia le fueron observando *"más tímido y triste..."*, aunque mantenía relaciones estables con sus amistades y un buen rendimiento en los estudios, aprobando COU y la Selectividad. Tras ello, ese verano marchó con sus padres a la playa, donde al parecer sufrió un fracaso amoroso. Al regreso de esas vacaciones se manifestaron los primeros signos del trastorno (*"nuestro hijo decía tener miedo a salir a la calle y se fue aislando en casa, posteriormente empezó a sufrir alucinaciones auditivas..."*). Acudieron a un especialista quien le diagnosticó esquizofrenia paranoide e instauró tratamiento medicamentoso. Contaba entonces con 17 años.

Entre los 18 y 20 años, inició y abandonó estudios correspondientes a las carreras de Biología y Bellas Artes, debido a la interferencia que le provocaban las ideas autorreferenciales. Durante este período se fue produciendo una pérdida total de sus relaciones sociales habituales, manteniéndose aislado en casa. La sin-tomatología psicótica positiva no remitía, exacerbándose en diferentes períodos. Así, con 24 años el paciente sufrió su primer ingreso hospitalario, de tres meses de duración, donde recibió tratamiento farmacológico y terapia electroconvulsiva. Con 25 y 28 años tuvo dos experiencias ocupacionales, ambas fugaces (pintar decorados para una caseta de la Feria de Abril de Sevilla y realización a través del INEM de encuestas para el censo), abandonándolas a los pocos días debido a su ideación autorreferencial y a no soportar estar en contacto con gente. Posteriormente sufrió tres ingresos más: con 29 años (por intensificación de sintomatología psicótica, de un mes de duración, siendo de nuevo sometido a terapia electroconvulsiva); con 33 años (de dos meses y medio de duración, por abandono de la medicación y descompensación psicótica); y con 34 años (de un mes y medio, por reagudización de los síntomas). Un año después se produjo la derivación a nuestra Unidad de Rehabilitación. Informes psiquiátricos aportados por los padres referían que *"...el cuadro nunca remitió totalmente ni siquiera pasó*

momentos en los que la psicopatología activa no interfiriera en un desarrollo de actividades normalizadas...".

b) En entrevistas mantenidas con el paciente, el primer autor, confirmó el diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Además, tomando como guía la *Historia de Rehabilitación Psicossocial de la Unidad "Virgen del Rocío"* (Cuevas y Perona, 1990) se obtuvo la información siguiente: el paciente presentaba una adecuada adherencia al tratamiento neuroléptico y a las citas establecidas por el psiquiatra de su ESMD. Así mismo, era una persona con quien resultaba fácil entablar conversación. Como problemas principales se identificaron los siguientes: relaciones sociales circunscritas a los padres y profesionales de salud mental que le asistían; ausencia de amistades; temor a salir a la calle; mínimos contactos con el exterior y siempre acompañado por sus padres; ausencia de realización de actividades académicas u ocupacionales; inactividad importante, salvo pintar algún cuadro o escuchar música en su casa; presencia de alucinaciones auditivas e ideación delirante, lenguaje disgregado; discurso verbal muy relacionado con la temática psicopatológica y con otros aspectos de la enfermedad; insatisfacción personal ligada a su estilo de vida y expectativas de futuro; desesperanza, tristeza e importantes niveles de ansiedad.

Las alucinaciones auditivas eran fundamentalmente de contenido negativo y perturbador. No las escuchaba con claridad, sino como susurros difíciles de entender. Consistían en voces que le amenazaban o le decían cosas para él desagradables (*"tu novia ya no te quiere"*, *"te van a quemar en una hoguera"*, *"te van a crucificar"*, *"eres el demonio"*, *"te van a matar"*). También las *"oía"* a través de la radio y televisión. Le generaban gran ansiedad y las sufría con mucha frecuencia. En otras ocasiones, los contenidos de las voces resultaban agradables para el paciente (*"no te preocupes eres Jesucristo"*, *"eres un genio"*, *"eres una gran personalidad"*).

Las ideas delirantes, pensamientos inusuales y falsas creencias eran múltiples. Los contenidos delirantes eran variados, pudiendo identificarse tanto, ideas de grandeza que emocionalmente le resultaban gratificantes (*"soy un*

genio, hago grandes descubrimientos para el progreso de la humanidad, y los puedo transmitir telepáticamente a la Universidades"); como otras que le perturbaban enormemente ("la gente me adivina el pensamiento", "me quieren matar") y que en gran medida coincidían con el contenido alucinatorio.

c) *Formulación de una primera hipótesis de trabajo*: nos encontrábamos ante una persona que desde hacia dieciocho años se hallaba en situación de aislamiento e inactividad. Esta situación se relacionaba con la intensa y permanente ansiedad asociada a las alteraciones perceptivas e ideas delirantes; ansiedad que resultaba incompatible con un estilo de vida más normalizado (ver figura nº 1). En consecuencia, manejamos la hipótesis de que una disminución (o eliminación) de la sintomatología psicótica positiva, reduciría el temor a salir de casa y facilitaría el desarrollo de un programa de rehabilitación psicosocial orientado a alcanzar una forma de vida más normalizada.



Figura 1.- Formulación de la primera hipótesis

Durante las valoraciones iniciales se había detectado que la presencia de actividad delirante y alucinatoria era continua. El paciente diariamente "escuchaba voces", sobre todo cuando se encontraba inactivo, es decir durante gran parte del día, mientras que en aquellos ratos en que se dedicaba a pintar, la frecuencia disminuía o la intensidad se atenuaba. Las alucinaciones frecuentemente coincidían con estados de ansiedad o temor intensos. En un primer momento la sintomatología nos pareció consistente con la hipótesis perceptiva de Maher (1988): una persona delirante presenta problemas perceptivos primarios, de naturaleza fundamentalmente biológica, que ocasionan experiencias anómalas (en ausencia de causa evidente nuestro paciente refería oír voces que le decían "te van a quemar en una hoguera", "te van a matar"); dichas experiencias anómalas producen un sentido de perplejidad, lo cual lleva a su vez a una búsqueda

de explicación (que en nuestro paciente podía ser esta: "me hablan por telepatía", "me quieren matar porque conozco el secreto de la bomba atómica"), explicación que sería anormal, por serlo también la experiencia inicial. En cualquier caso, la llegada a una explicación, aunque sea singular, produciría alivio, circunstancia que podría reforzar dicha explicación.

Tomando como referencia la hipótesis de Maher (1988), se estableció como objetivo principal la intervención sobre la sintomatología alucinatoria, pues si resultaba exitosa, cabría esperar una debilitación de los delirios perturbadores más directamente ligados a las experiencias alucinatorias, y en consecuencia, argumentábamos que el paciente se sentiría más seguro y relajado, y por tanto dispuesto a abandonar su enclaustramiento y con posibilidades de entrar en un programa de rehabilitación. Así mismo, en línea con autores que sugieren que las alucinaciones son más probables durante períodos de gran ansiedad o

estrés (Cooklin, Sturgeon y Leff, 1983), y con el modelo de la discriminación de la realidad (Bentall, 1990), que propone la existencia de distorsiones metacognitivas durante las alteraciones perceptivas; entendimos las alucinaciones auditivas del paciente, como un componente cognitivo de su comportamiento que resultaba de fallos en su habilidad para discriminar entre los eventos imaginados y los del mundo real, y que eran más probables dada la situación de estrés y elevado nivel de activación autonómica en que decía encontrarse de modo habitual.

Por ello, fue seleccionada una técnica de desensibilización a los contenidos de las alucinaciones auditivas. El objetivo era reducir el impacto emocional producido por las voces. De esa manera, decrecería el nivel habitual de activación autonómica del paciente, y con ello la probabilidad de aparición de dichas alteraciones perceptivas. Secundariamente y subordinado al éxito de este tratamiento esperá-

bamos una reducción en la actividad delirante. Otra posibilidad terapéutica, menos ambiciosa, consistiría en conseguir la modificación de la valencia de las alucinaciones, pasando de contenidos amenazantes a otros de carácter más neutro y desprovistos de perturbación emocional (Siegel, 1975).

Procedimiento 1

Para el desarrollo de la desensibilización, se ideó la producción de una estimulación auditiva lo más parecida posible a las alucinaciones que sufría el sujeto. Se efectuó una grabación magnetofónica, de unos 50 minutos de duración, tratando de reproducir lo más fielmente posible, sólo las frases de carácter aversivo que el paciente decía escuchar ...*"no muy claramente ...como entre susurros o murmullos..."*. Concretamente se grabaron murmullos, de entre los cuales de vez en cuando surgían con la inteligibilidad requerida frases del tipo... *"tu novia ya no te quiere", "te van a quemar en una hoguera", "te van a crucificar", "eres el demonio", "te van a matar"*. Para ello fue necesaria su colaboración y asesoramiento. Dado que el paciente informó que todos los contenidos alucinatorios le afectaban por igual, no se realizó ninguna jerarquía de frases. Fueron precisas varias grabaciones hasta informó que ...*"prácticamente así es como las escucho"*.

Previo a las sesiones de desensibilización fue entrenado en la realización de técnicas de relajación muscular. El procedimiento terapéutico fue el habitual en la aplicación de las técnicas de desensibilización. Primero, el paciente se relajaba en un sillón y posteriormente a través de unos auriculares se ponía en marcha la reproducción de la grabación hasta que informaba sentir ansiedad, en ese momento no se interrumpía la audición de la grabación, sino que se mantenía durante unos segundos más, a continuación deteníamos el magnetófono y le dábamos instrucciones para que centrara su imaginación en escenas tranquilizadoras y en la realización de ejercicios de respiración. La secuencia se repetía sucesivamente. Cada sesión duraba entre 40 y 50 minutos, al término de las mismas se le recomendaba que diariamente realizara en casa los ejercicios de relajación.

Según transcurrieron las sesiones, aumentaba de forma progresiva la duración del tiempo de audición de la grabación en ausencia de ansiedad. Tras pocas sesiones (cuatro en el plazo de dos semanas) escuchaba ininterrumpidamente y sin ninguna molestia, la cinta grabada. Los resultados indicaban que había aprendido a escuchar la cinta sin experimentar ansiedad, pero no se produjo generalización a las situaciones cotidianas en las que sufría las alteraciones perceptivas. Informes verbales del paciente referían que ni las alucinaciones reales ni la ansiedad a ellas asociada mejoraron; tampoco lo hicieron las ideas delirantes, pues continuaba afirmando que estaba convencido de que la gente le adivinaba el pensamiento y de que le querían matar; así mismo, la perturbación en el funcionamiento psicosocial se mantenía. Los objetivos terapéuticos no se habían alcanzado, por lo que siguiendo el proceso de evaluación y modificación de conducta (Fernández Ballesteros y Carroble, 1981), consideramos la reevaluación del caso y la formulación de otras hipótesis alternativas, explicativas del mantenimiento del problema.

Evaluación 2 (reevaluación del caso)

a) *Entrevistas con el paciente.* Información verbal aportada por el sujeto en una serie de entrevistas centradas en el análisis funcional secuencial (Fernández Ballesteros y Carroble, 1981; Segura, Sánchez y Barbado, 1991) de las ocurrencias más recientes de su sintomatología psicótica, posibilitó identificar a determinadas ideas delirantes como las variables a modificar. Así, el análisis secuencial parecía señalar que ciertas ideas funcionaban a modo de antecedentes de las alucinaciones auditivas. Se observó que la actividad delirante general del sujeto era prácticamente continua, aunque no siempre iba seguida de actividad alucinatoria. De hecho, otras ideas (delirios de grandeza y falsas creencias) no implicaban perturbación emocional, mientras que aquellas ideas cuyo contenido era negativo en relación al paciente, sí elicitan ansiedad, y cuando ésta era muy elevada entonces aparecían las "voces" (que en contenido *"coinciden"* con el de algunas de las ideas delirantes más perturbadoras). Las ideas delirantes no estaban especialmente ligadas a situaciones específicas potencialmen-

te elicitoras de ellas, al contrario, podían ocurrir en cualquier momento o lugar, y podían entenderse como fruto de la interacción del sujeto consigo mismo.

b) *Segunda hipótesis.* La nueva evaluación sugería que de las múltiples ideas delirantes, sólo debían ser objeto de tratamiento las de contenido perturbador para el sujeto; es decir, las que le provocaban temor, probabilizaban la aparición de alucinaciones y se relacionaban funcionalmente con un desempeño psicosocial pobre. Este tipo de ideas consistían en creer que gente indeterminada quería acabar con su vida violentamente debido a que poseía el secreto de cómo construir la bomba atómica. Además, creía que algunas personas podían conocer sus pensamientos, por ello era más seguro permanecer en casa. La antigüedad de estas ideas coincidía con la historia del trastorno, dieciocho años. En la evaluación (ver figura nº2) se identificaron como posibles variables relacionadas con el mantenimiento de las ideas delirantes, y por consiguiente objeto de modificación, las siguientes: 1) Principalmente, la aceptación acrítica de sus creencias, con falta absoluta para generar otras explicaciones alternativas de carácter lógico y empírico, circunstancia que podía favorecer el mantenimiento de los delirios. Y de modo secundario, 2) La atención que durante años había recibido por parte de su familia y profesionales de salud mental. Por un lado, la constante preocupación de los padres ante el sufrimiento del paciente, y por otro, la atención de los profesionales hacia cuestiones principalmente clínicas, podían considerarse elementos con función de refuerzo en relación a las quejas delirantes del paciente. 3) El aislamiento casi absoluto, situación que lejos de facilitar la obtención de pruebas de realidad contrarias a sus creencias de perjuicio, favorecía su mantenimiento. Así, el progresivo alejamiento social al principio del trastorno y el posterior desarrollo de un patrón de comportamiento evitativo aislándose en casa, constituyeron un estilo de vida desarrollado como consecuencia del malestar producido por la sintomatología psicótica y cuya funcionalidad consistía en evitar la experimentación de mayores tasas de ansiedad ante la "posibilidad" de que si salía a la calle "podrían acabar con su vida". 4) La ausencia de actividades sociocomunitarias. La no realización de actividades ocupacionales en las que centrar su atención

favorecían que ésta se mantuviera continuamente dedicada a sus fantasías. 5) Las alucinaciones auditivas amenazantes, que suponían un continuo "recuerdo" que le reafirmaba en sus temores.

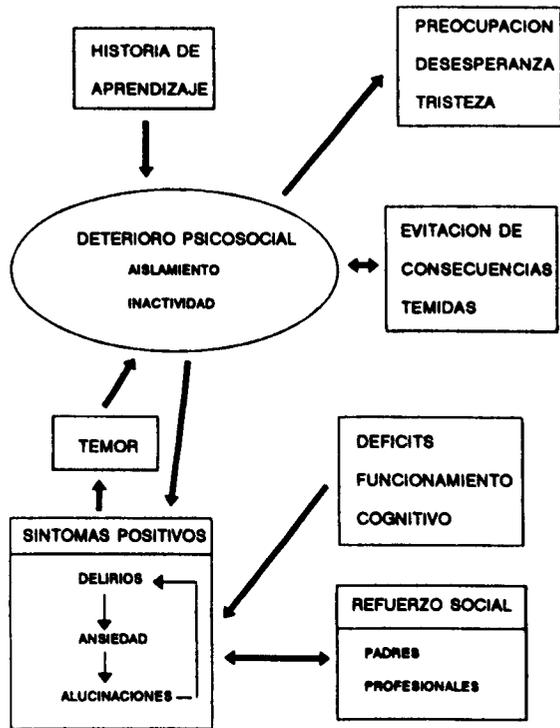


Figura 2.-Formulación de la segunda hipótesis

La nueva hipótesis de trabajo predijo que de la modificación del grado de convicción del paciente en sus creencias perturbadoras, derivaría una reducción importante de sus temores y una disminución en la actividad alucinatoria de contenido consistente con dichas creencias delirantes. En consecuencia, estaría en una situación más favorable para abandonar el aislamiento e integrarse en actividades sociocomunitarias.

c) *Medidas e instrumentos:* 1) *Escala de valoración psiquiátrica, BPRS* (Brief Psychiatric Rating Scale; versión adaptada por Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986). Concretamente, en base al autoinforme del paciente, se valoraron cinco de sus ítems: *ansiedad, suspicacia, contenidos inusuales del pensamiento, grandiosidad y alucinaciones*. Se tomaron, una medida antes del tratamiento, una al final de la intervención sobre los delirios, y seis durante el

seguimiento (al 1, 6, 12, 24, 36 y 48 meses). 2) *Valoración del grado de convicción en sus ideas*, mediante una escala subjetiva cuyos valores se extendían a lo largo de un continuo, desde 0% (“no lo creo en absoluto”), hasta 100% (“estoy absolutamente convencido”). Se tomaron medidas en doce sesiones de línea base y durante las dieciocho sesiones de tratamiento de los delirios. Posteriormente, se repitieron las medidas en siete sesiones de seguimiento al 1, 3, 6, 12, 24, 36 y 48 meses. 3) *Escala de habilidades para la vida independiente, ILSS* (Independent Living Skills Training; Wallace, Boone, Donahoe y Foy, 1985). Se utilizaron cuatro de sus subtests: *aparición y cuidado personal, capacidad para el manejo del dinero, uso de transportes y realización de actividades socio-ocupacionales*, los cuales fueron administrados antes del tratamiento, al terminar el tratamiento y a los 24 meses de seguimiento. 4) Observación y registro de la *tasa de verbalizaciones* relacionadas con las ideas delirantes objeto de tratamiento. Las observaciones abarcaban períodos de una semana, obteniéndose posteriormente, la media diaria de tales verbalizaciones. Se realizaron antes del tratamiento, después del tratamiento, y al 1, 3, 6, 12, 24, 36 y 48 meses de seguimiento. Estas observaciones fueron llevadas a cabo en dos contextos: en casa por los padres, y por los monitores en los talleres ocupacionales en que participó. En ambos casos se registraban las verbalizaciones delirantes que de modo espontáneo manifestaba el paciente.

Procedimiento 2

Basándonos en la segunda y definitiva hipótesis formulada, los objetivos de intervención se centraron en: a) debilitar el grado de convicción del paciente respecto a los delirios que le provocaban más ansiedad e interferencia, así como mayor probabilidad de alucinar; b) Intervenir sobre las verbalizaciones delirantes del paciente. Previo al inicio del tratamiento, se aprovecharon las doce entrevistas de línea base, para establecer una relación empática con el paciente, el cual aceptó el tratamiento con la intención de aliviar la perturbación emocional que sufría.

a) *Tratamiento de las ideas delirantes*: Las creencias seleccionadas para tratamiento, fueron las siguientes: 1) “conozco el secreto sobre

cómo construir la bomba atómica”, 2) “*si la gente se entera de ello me matarán*”, 3) “*algunas personas pueden leerme el pensamiento*”. Cada creencia fue anotada con las mismas palabras empleadas por el paciente (Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987). La idea que más temor le provocaba era la segunda (“*si se enteran me matarán*”), la referente a las consecuencias negativas que de su “*conocimiento*” podría derivarse si alguien se enterase de ello, circunstancia “*probable*”, al creer también que le podían leer el pensamiento. Además, de modo arbitrario, decidimos controlar una cuarta creencia: “*...Dios nos pone los sueños en la mente por las noches... ya que soñamos cosas que nunca hemos vivido, ni siquiera imaginado*”; esta creencia era emocionalmente neutra, no resultando perturbadora para el paciente y no iba a ser objeto de tratamiento.

Durante unos dos meses, se llevaron a cabo 18 sesiones de intervención. Cada sesión duraba entre 40 y 60 minutos. En primer lugar y desde un enfoque psicoeducativo, se le explicó: a) la relación que existe entre cognición, emoción y comportamiento (Beck, 1979); b) el papel de las cogniciones como elementos que a modo de hipótesis intentan explicar y valorar la realidad, explicaciones que pueden ser más o menos veraces, aunque no necesariamente ciertas ni únicas; c) la importancia de las evidencias empíricas como elementos que pueden incrementar la probabilidad de certeza de una hipótesis. Todo ello se realizó en un contexto relajado en el que el terapeuta (primer autor) hacía reflexionar al paciente, apoyándose para ello en la utilización del diálogo socrático y en ejemplos ajenos a la problemática del paciente.

El siguiente paso consistió en solicitar al paciente que aportara evidencias sobre sus creencias, para ello el terapeuta formulaba preguntas del tipo: “...¿qué te hace pensar que sabes hacer la bomba atómica?”, o...“¿qué hechos te hacen pensar que la gente te quiere dañar?”. Como respuesta, el paciente aportaba pobres especulaciones, razones absurdas e inconsistentes, imaginaciones carentes de base real, tanto sobre sus conocimientos en física y química, como sobre el peligro que por ello corría. A partir de ahí, el terapeuta presentaba más preguntas: “...¿son suficientes tus conocimientos a nivel de COU para poder construir una bomba atómica?”, “...¿cualquier persona que haya realizado

estudios similares a los tuyos, puede también hacerla?", ... "¿es suficiente haber estudiado la carrera de física o de química para construirla o sería necesario poseer más conocimientos y recursos... ¿cuáles?... ¿los tienes tú?". Las respuestas del paciente se analizaban conjuntamente, señalando los aspectos a favor y en contra. Así mismo, el terapeuta le aportaba para su análisis "creencias erróneas", de contenido diferente a las suyas aunque equivalentes: "... ¿qué pensarías si te digo que tengo suficientes conocimientos para acabar con las enfermedades, y lo justifico diciendo que eso se conseguiría elaborando "fármacos" muy potentes?", ... "¿o si te digo que sé realizar un trasplante de corazón?... ¡es muy fácil!, sólo hace falta un buen equipo de profesionales, los instrumentos necesarios, el donante, el receptor y ...suturar los vasos correspondientes!". El paciente rechazaba tales creencias, señalando la necesidad de estudiar medicina, especializarse en cirugía cardiovascular, de aprender y practicar, etcétera; a continuación comparábamos estos ejemplos con sus creencias y argumentos. A medida que avanzaban las sesiones, el paciente iba contemplando la posibilidad de que sus conocimientos eran insuficientes y que en realidad no poseía una teoría basada en hechos; carecía de formación, recursos y experimentación... en definitiva, sus ideas eran simples especulaciones.

Posteriormente, se le planteó que quizás existieran otras alternativas a las percepciones y explicaciones que él tenía sobre la realidad. Se le animó a explorarlas. Pero no fue capaz, evidenciando un déficit en la generación de alternativas, por lo que fue el propio terapeuta quien le presentó otra posibilidad: "...teóricamente, una hipótesis alternativa a tu creencia de que te quieren matar porque sabes el secreto de la bomba atómica... podría ser sencillamente la contraria...".

Respecto a su principal temor, ser asesinado, se le planteaban nuevas cuestiones: "... ¿alguien te está tratando mal?... ¿te han agredido alguna vez?", ... "¿alguna persona te ha amenazado verbalmente... o te ha dicho que te quiere matar por tus conocimientos?"... ante las negativas del paciente, el terapeuta continuaba... "dices que desde hace muchos años te quieren asesinar... ¿cómo te explicas entonces que

cuando sales a la calle, cuando te desplazas hasta la Unidad de Rehabilitación, nadie te haga daño?" ... "¿no te parece que si alguien hubiese querido hacerte daño, durante estos dieciocho años, ya habría tenido tiempo suficiente para intentarlo... cómo te explicas que no haya sido así?" ... "¿no es evidencia de lo contrario... de que la gente no te quiere dañar?".

Otra línea de trabajo consistió en cuestionar la relación que establecía entre poseer determinados conocimientos y peligrar por ello su vida. El terapeuta le planteaba: "¿por qué razones poseer un conocimiento ("hacer una bomba") habría de significar consecuencias negativas para ti?... ¿qué evidencias existen de que se esté castigando, crucificando, omatando a la gente por tener conocimientos?... ¿está considerado como falta o pecado en algún código ético o moral?... ¿está tipificado cómo delito?"...

Durante las 18 sesiones insistíamos sobre los contenidos expuestos. Progresivamente el paciente fue verbalizando encontrarse menos ansioso en su vida cotidiana y en las entrevistas iba llegando a conclusiones más realistas: "...los únicos conocimientos que yo tengo sobre física y química son mis recuerdos de bachillerato y eso es insuficiente para construir una bomba"... concretamente este razonamiento hacía que disminuyera su preocupación ante la posibilidad de que alguien le pudiera leer el pensamiento. También se fue debilitando su convicción respecto a la relación que establecía entre poseer conocimientos y sufrir consecuencias peligrosas, llegó a la conclusión de que en realidad nadie quería dañarle; así mismo empezó a cuestionar, espontáneamente, la posibilidad de lectura del pensamiento, razón por la que esta idea no llegó a ser trabajada directamente. Al final de estas sesiones el paciente no había llegado a un grado de convicción en sus ideas igual a cero, pero sí se había producido un debilitamiento muy notable, así como cambios positivos en su actitud y relación con el mundo exterior. Ese fue el momento en que decidimos dar paso a la fase de seguimiento.

b) *Intervenciones sobre las verbalizaciones delirantes del paciente.* La conducta verbal del paciente se caracterizaba por unos contenidos muy relacionados con sus ideas delirantes, resultando significativa la escasez de contenidos

conversacionales socialmente adecuados. Ello era consistente con su larga historia de ausencia de relaciones sociales normalizadas y con la continua presencia de preocupaciones, temores y síntomas psicóticos. Tanto en las interacciones con sus padres como con los profesionales del taller ocupacional de nuestra Unidad, cuando empezó a asistir, eran frecuentes verbalizaciones del tipo "¿me puedes leer el pensamiento?", "la gente me quiere hacer daño", "¿crees que me van a hacer daño?", "me van a matar", "me hablan a través de la radio", "van a crucificarme". También eran con frecuencia tema de conversación, aquellos relacionados con aspectos de la enfermedad, como por ejemplo, hablar sobre fármacos, psiquiatras o centros de salud mental. Para controlar la evolución en la tasa de este tipo de conductas se intervino a dos niveles: *en casa y en los talleres ocupacionales* en que participó.

A los padres, en primer lugar se les ofreció información y justificación sobre el tratamiento indicado. Posteriormente, se les enseñó cómo observar y registrar el número de verbalizaciones delirantes que su hijo, como era habitual, les dirigía. No tratándose de tomar nota de cualquier comentario inusual, sino sólo de aquellos que habíamos identificado como perturbadores para el paciente. Para facilitar el aprendizaje dedicamos dos sesiones de entrenamiento, practicando mediante

ensayos de conducta, ejemplos sobre qué y cuándo registrar. Complementariamente, se les instruyó y adiestró en el uso de los principios del condicionamiento operante con un objetivo principal: minimizar la atención dispensada a las verbalizaciones delirantes, con la intención de disminuir su tasa; secundariamente, se intentaría potenciar el mantenimiento de conversaciones socialmente más adecuadas. El primer autor y un ayudante, dedicaron tres sesiones de entrenamiento (modelado, ensayos de conducta y retroalimentación) para facilitar el desarrollo de tales habilidades en los padres del sujeto.

En los distintos talleres ocupacionales en que participó, las indicaciones para los monitores fueron en el mismo sentido que las señaladas a los padres del paciente. No obstante, en estos contextos, dada la experiencia de estos profesionales, no fue necesario llevar a cabo sesiones de entrenamiento.

RESULTADOS

a) *Valoración psiquiátrica de la ansiedad, suspicacia, contenidos inusuales del pensamiento, grandiosidad y alucinaciones del paciente, a través de la escala BPRS (Lukoff et al. 1986).*

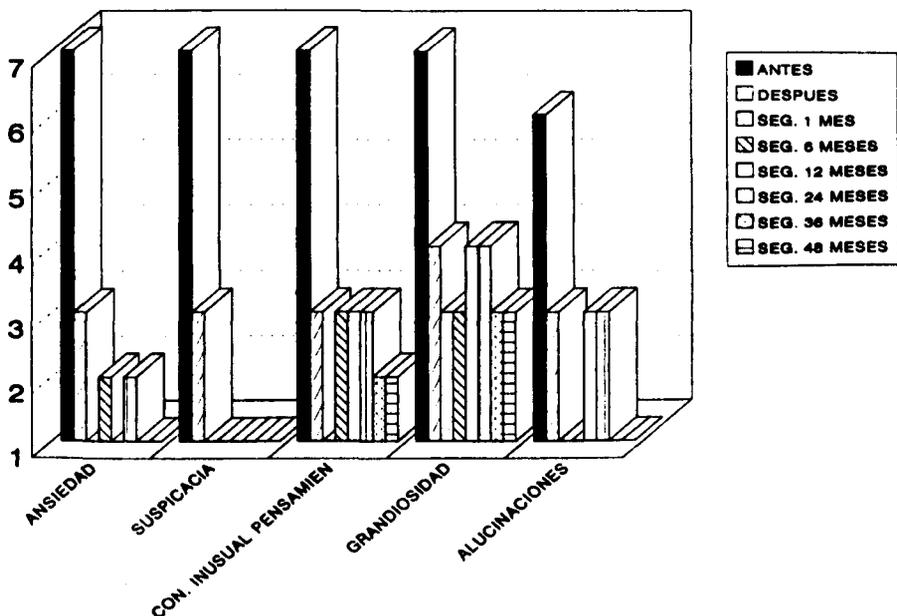


Figura 3.- Puntuaciones obtenidas con el BPRS, antes y después del tratamiento y en los periodos de seguimiento

Figura 4

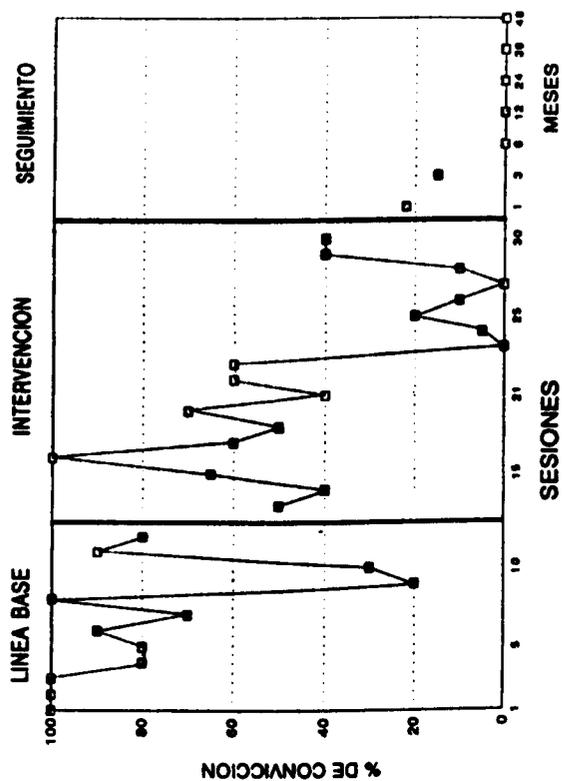


Figura 5

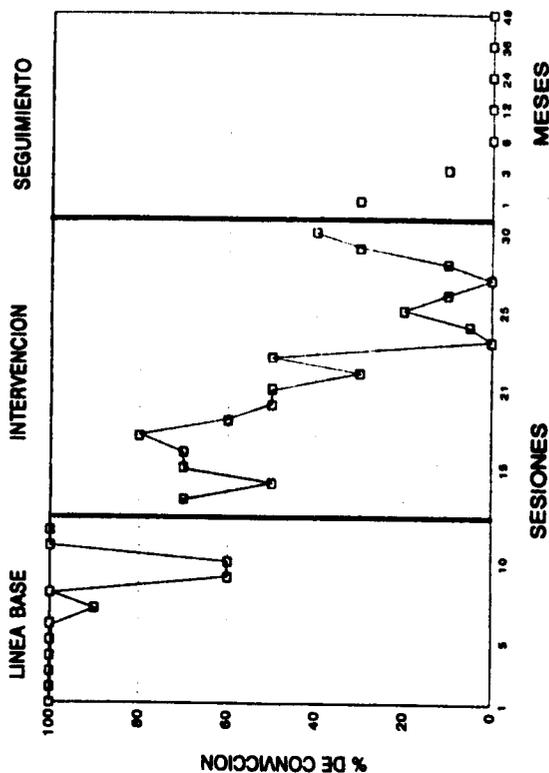


Figura 6

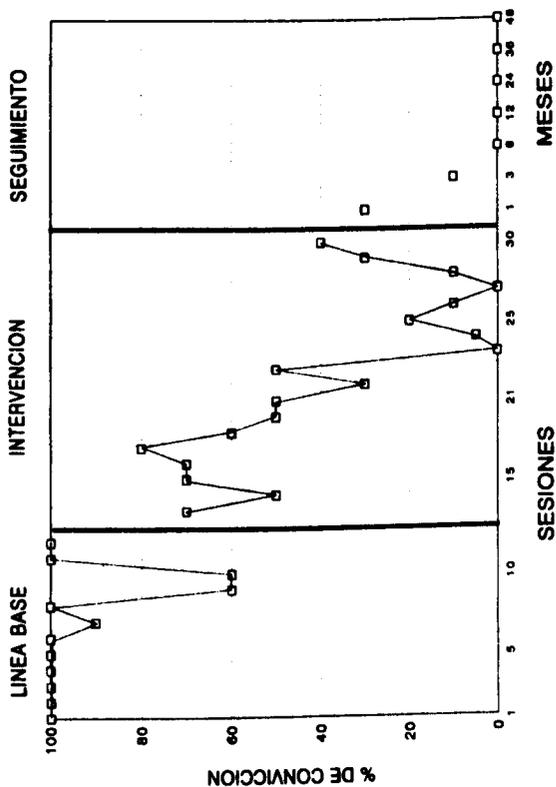
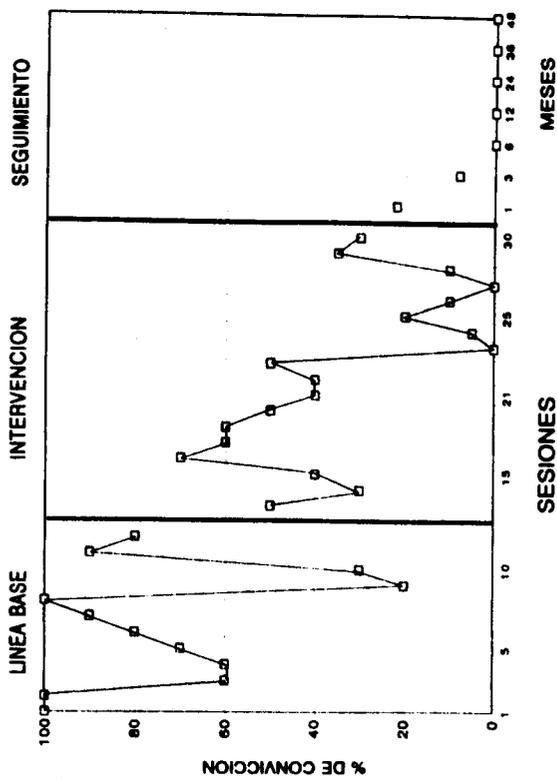


Figura 7



Las respuestas del paciente se sitúan a lo largo de una escala ordinal de 1 a 7 puntos. Valoraciones superiores a los 3 puntos se consideran de intensidad patológica. En la figura nº 3, puede observarse cómo antes del tratamiento, la sintomatología alcanzaba valores de intensidad máximos, con el consiguiente grado de preocupación e interferencia en el funcionamiento. En la medida postratamiento, ya se aprecian cambios notables. Excepto el ítem *grandiosidad*, el resto alcanzaba puntuaciones de intensidad no patológica. Por último, en la fase de seguimiento se constata una *práctica desaparición de ansiedad, suspicacia y alucinaciones*, mientras *grandiosidad* y *contenidos inusuales del pensamiento* se mantienen dentro de unos límites entre leve y moderado, pero en cualquier caso sin afectación en el funcionamiento.

b) *Grado de convicción en las ideas delirantes*. Al término de la última sesión de tratamiento los porcentajes de convicción en las cuatro ideas no habían llegado al 0%, pero evolucionaban hacia esa cifra. Es decir, se produjo una progresiva y notable disminución en la fuerza de convicción del paciente en sus ideas y también en la ansiedad que le provocaban. Además, empezaron a disminuir, llegando a desaparecer, las alucinaciones auditivas (cuyos contenidos coin-

cidían con sus ideas de que le matarían). Todo ello permitió desbloquear la situación de aislamiento e inactividad y fue punto de partida de una evolución más positiva, con la desaparición de muchas de sus dificultades y con el desarrollo de un funcionamiento social y ocupacional más normalizado: el paciente participó en actividades de rehabilitación ocupacional en el taller de nuestra Unidad, se integró en cursos de cerámica y de encuadernación en centros ocupacionales comunitarios, y desarrolló relaciones sociales estables con otros pacientes. Tras el tratamiento se llevó a cabo un *seguimiento de cuatro años de duración*. En las distintas evaluaciones llevadas a cabo se mantenían los resultados alcanzados mediante el tratamiento psicológico. Las figuras nº 4, 5, 6 y 7, muestran la evolución, a lo largo de las distintas fases del proceso, de los porcentajes sobre el grado de convicción en cada una de las ideas.

c) *Valoración del funcionamiento socio-comunitario*. La figura nº 8 representa, en porcentajes, datos sobre el *funcionamiento social* del paciente (ILSS, Wallace et al. 1985), antes del tratamiento y después, observándose una franca mejoría. En el seguimiento efectuado a los 24 meses se mantenían los resultados alcanzados.

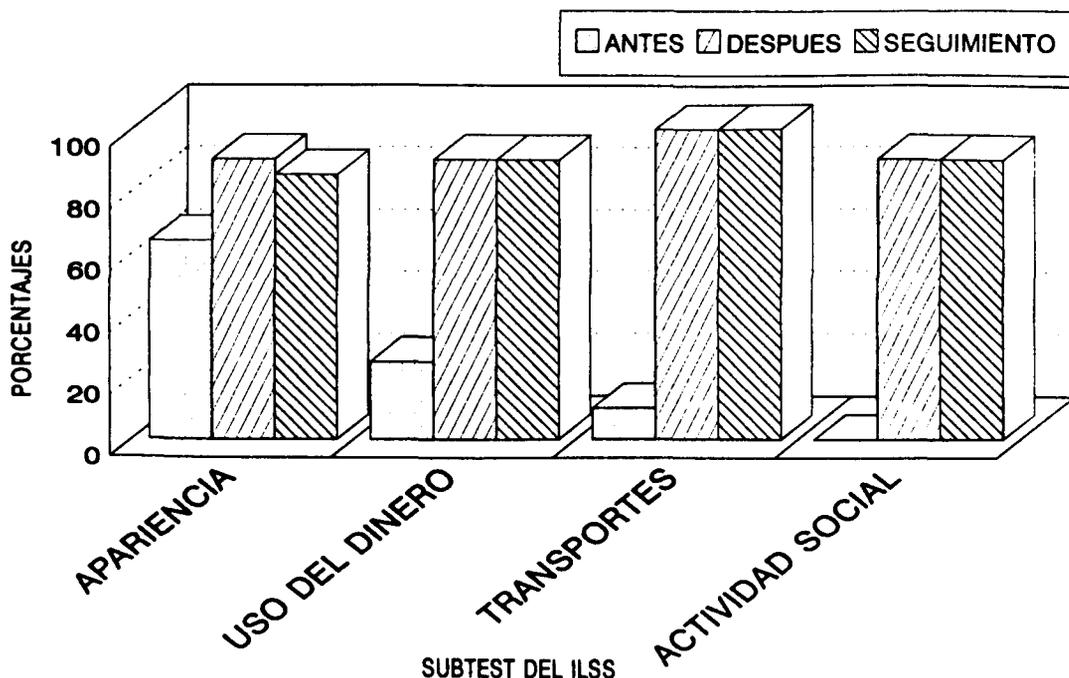


Figura 8.- Nivel de autonomía según el ILSS, antes y después de la intervención y en el seguimiento

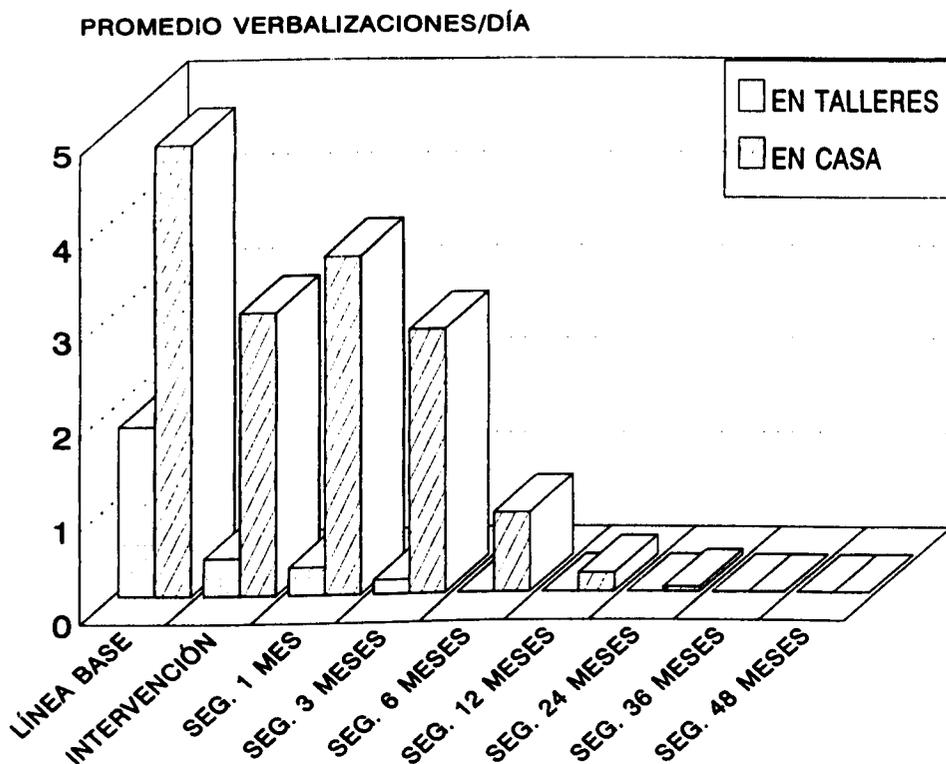


Figura 9.- Promedio de verbalizaciones delirantes al día, durante las fases de línea base, intervención y seguimiento, en el taller ocupacional de la Unidad de Rehabilitación y en su casa

d) *Tasa de verbalizaciones delirantes.* La figura nº 9, refleja los resultados correspondientes a la media diaria de las verbalizaciones delirantes "diana", manifestadas en los diferentes talleres ocupacionales en que participó y en casa. En dichos contextos, estas verbalizaciones disminuyeron primero y desaparecieron después. Durante los cuatro años de seguimiento los resultados se mantuvieron estables.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La consideración de los cambios producidos en la sintomatología psicótica y en el estilo de vida de una persona que llevaba dieciocho años en situación de aislamiento social, sugiere la eficacia de las aportaciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de los delirios.

No obstante, al tratarse de un estudio carente de mayor control experimental, las conclusiones respecto a la eficacia de la intervención han de ser tomadas con suficiente precaución. Pues si bien el tratamiento se centró en las

ideas delirantes perturbadoras, resulta difícil determinar si otras variables pudieron contribuir a la modificación conductual de nuestro paciente, así como su posible peso específico. En este sentido, una primera cuestión importante fue que para poder realizar el tratamiento de las creencias, el paciente tenía que desplazarse a nuestra Unidad, ello suponía salir de casa, exponiéndose de modo repetido a una situación temida y en la que además, realmente no tenía lugar la materialización de sus temores; ello, obviamente, implicaba un proceso de exposición in vivo y la presencia de pruebas de realidad contrarias a sus creencias, elemento éste que durante la terapia sería utilizado por el terapeuta. Segundo, al poco tiempo el paciente inició su asistencia al taller ocupacional de nuestro dispositivo, donde le fue posible centrar su atención en actividades y en relaciones sociales, reales y gratificantes, alternativas a las cogniciones delirantes y alucinatorias en las que habitualmente se centraba. En tercer lugar, otro aspecto importante, fue el cambio

operado en la actitud de los padres; como ya explicamos, éstos trataron de desarrollar conversaciones de contenido normalizado y de disminuir la atención a las verbalizaciones delirantes; esta actitud que también asumieron los monitores del taller ocupacional pudo, desde un punto de vista operante, incidir en el debilitamiento de las mismas.

En cualquier caso, los resultados obtenidos en el estudio no contradijeron nuestra segunda hipótesis, la cual pronosticaba que un debilitamiento en el grado de convicción del paciente respecto a sus creencias delirantes iría seguido de una disminución de sus miedos (Chadwick y Lowe, 1994), alucinaciones auditivas y aislamiento social, posibilitando un mejor funcionamiento sociocomunitario. A su vez, la integración en actividades ocupacionales y el establecimiento de relaciones sociales con otros enfermos, fue importante para consolidar la eliminación de sus delirios, pues suponía continuas pruebas de realidad, contrarias a los mismos.

Si bien, el enfoque cognitivo-conductual de los delirios señala la posibilidad de trabajar a dos niveles: inferencias delirantes y cogniciones evaluativas subyacentes (Chadwick et al. 1996); en nuestro estudio, el trabajo que se limitó a las primeras, permitió la obtención de resultados positivos.

Respecto a la tercera creencia: *"algunas personas pueden leerme el pensamiento"*, hay que decir que su carácter aversivo estaba estrechamente ligado al temor que le producía la idea de poder ser asesinado por sus conocimientos, de tal forma, que cuando el grado de convicción en estas creencias decreció y desapareció la ansiedad concomitante, el paciente de modo *"lógico"* comenzó a despreocuparse (*"si la gente no quiere ni tiene motivos para dañarme... no me importa que puedan leerme el pensamiento"*), lo cual es comprensible considerando las relaciones existentes entre dicho tríptico de ideas. Posteriormente y de forma espontánea fue desechando la posibilidad de lectura del pensamiento (*"no es posible leer a alguien su pensamiento"*). Hubo una cuarta creencia emocionalmente neutra que tampoco fue tratada: *"Dios nos pone los sueños en la mente por las noches..."*; aproximadamente a mitad del proceso de intervención, modificó su creencia y aportó espontáneamente otra alternativa: *"hay teorías psicológicas que explican*

la formación de los sueños". En línea con Lowe y Chadwick (1990), estos casos podrían interpretarse como una generalización del tratamiento a otras creencias y significar que el paciente adquirió nuevas habilidades para pensar más racionalmente.

De todas formas, sería legítimo dudar que los resultados del tratamiento psicológico de determinadas ideas delirantes deban generalizarse a cualquier otra no tratada. En este sentido, hay que considerar que no todas las ideas delirantes son de la misma naturaleza ni comparten una misma funcionalidad. En nuestro estudio fueron tratadas ideas con un fuerte componente aversivo para el paciente, pero también existían otras creencias, no tratadas, que para él significaban fuente de gratificación y elevaban su autoestima (*"soy el mejor pintor del mundo"*), e incluso otras desprovistas de carga emocional. Así, hay que destacar que en las dos exacerbaciones sintomatológicas ocurridas durante el largo período de seguimiento, transitoriamente volvió a creer que sus ideas podían ser leídas, pero curiosamente sólo aquellas que le resultaban gratificantes, concretamente ideas de grandeza (*"así puedo transmitir mi saber sobre el arte de la pintura"*), ideas que obviamente tenían una funcionalidad distinta produciendo un efecto positivo en su autoestima. En cambio, continuaba sin creer que pudieran ser *"leídas"* otras de sus ideas, especialmente aquellas cuyo conocimiento supusiera posibles consecuencias aversivas para él, o las que no produjeran admiración en otras personas. Esto sugiere que no habría que esperar necesariamente la generalización de los efectos del tratamiento a todas las ideas delirantes de similar topografía, a modo de fenómenos discretos (existencia de lectura de pensamiento *versus* ausencia, se delira *versus* no se delira), sino a aquellas que compartieran una misma funcionalidad. Y concretamente, la idea de lectura del pensamiento en relación a contenidos de grandeza cumplía una función muy diferente, función que en ningún momento fue motivo de modificación, ni directa ni indirectamente. Ideas con distinta funcionalidad no deben ser sensibles a una misma intervención, ni necesariamente ser objeto de tratamiento. De forma similar, hay que destacar que cuando durante el período de seguimiento el paciente sufría ocasionales alucinaciones auditivas, és-

tas eran congruentes con las ideas de grandeza ("*debes pintar el Vaticano*") y emocionalmente gratificantes.

Los diferentes valores observados en el grado de convicción respecto a las cuatro creencias controladas, es consistente con el punto de vista que concibe a los delirios como las partes más extremas de diferentes dimensiones en las que se pueden estudiar las creencias y los juicios (Baños y Belloch, 1995). Así, en el presente estudio las ideas delirantes no se mantuvieron inmodificables a lo largo del tiempo, debilitándose de forma progresiva el grado de convencimiento del sujeto.

Como sabemos, las expectativas del experimentador ante un determinado tratamiento puede ser una variable que incida en que el sujeto responda en la dirección deseada. Por ello, además de la valoración sobre el grado de convicción, es importante la obtención de otras medidas que ratifiquen la fiabilidad de los datos obtenidos en las sesiones individuales con el paciente. Estas medidas deben ser consistentes con la hipótesis de trabajo. Así en nuestro estudio, si realmente se estaba produciendo un debilitamiento en las convicciones, era de esperar que ello se acompañase de un decremento en la manifestación de verbalizaciones sobre preocupaciones y miedos en la casa y en los contextos ocupacionales, así como de una mejoría en su funcionamiento social, cosa que ocurrió.

Un aspecto importante de este estudio es el largo seguimiento efectuado. El hecho de que una serie de ideas perturbadoras que el paciente había sufrido durante dieciocho años, continuaran desaparecidas a los cuatro años de seguimiento, refuerza la idea de que el tratamiento fue efectivo. Como ya hemos mencionado, durante los cuatro años de seguimiento se produjeron dos exacerbaciones sintomatológicas, resultando significativo que en ellas no reaparecieran ni las ideas tratadas ni las alucinaciones auditivas amenazantes; además, el paciente no requirió ser hospitalizado y no interrumpió sus actividades ocupacionales.

Como consecuencia de los resultados de la primera intervención, la desensibilización a los contenidos alucinatorios, fue preciso replantear el caso. Sabemos que son muchas las variables que intervienen en un proceso de intervención que pueden escapar al control del expe-

rimentador: variables relacionadas con el terapeuta y con el paciente, con la evaluación, con la elección de la técnica de intervención y su aplicación, y con posibles variables contaminadoras (Fernández Ballesteros y Carrobes, 1981). Así por ejemplo, podemos señalar que la ausencia de generalización de los resultados obtenidos en la situación de desensibilización pudo estar relacionada con la utilización de una estimulación auditiva próxima a la real pero no idéntica. Por tanto no se puede afirmar que nuestra primera hipótesis, basada en el modelo perceptivo de Maher (1988) fuera errónea. Toda vez que el tratamiento no logró eliminar las alucinaciones, nada puede inferirse sobre la ausencia de debilitamiento de las ideas delirantes.

El enfoque conductual se centra en la modificación de síntomas y conductas, pero considerando no sólo sus aspectos topográficos sino desde un punto de vista funcional. Las intervenciones deben favorecer el funcionamiento del sujeto en su propio entorno. Para ello es preciso integrar toda la problemática clínica y psicosocial dentro de una única hipótesis explicativa, a partir de la cual y de forma coherente se determinarán las intervenciones de elección. Así mismo, el análisis funcional permite identificar los *objetivos clave* del tratamiento, es decir aquellos síntomas o conductas que debido a sus interrelaciones funcionales permiten hipotetizar que de su modificación, indirectamente resultarán cambios en otros síntomas (Cuevas y Perona, 1995). En nuestro caso, la problemática era compleja y existían múltiples síntomas y deficiencias en el estilo de vida del paciente, potencialmente susceptibles de intervención directa. No obstante, el análisis funcional de los síntomas permitió formular una segunda hipótesis de trabajo alternativa que identificaba como objetivo clave de tratamiento sólo a determinadas ideas delirantes perturbadoras, ideas que funcionaban a modo de antecedentes y que en conjunción con actividad autonómica elevada, probabilizaban la aparición de alucinaciones auditivas, y dificultaban el funcionamiento social.

El tratamiento psicológico de síntomas esquizofrénicos suscita muchas preguntas, una de ellas se refiere a ¿cuándo dar por finalizado el tratamiento?. En el presente caso es de señalar que al final de la fase de intervención el paciente no había llegado a un grado de

convicción en sus ideas igual a cero, pero si se había logrado un debilitamiento importante en sus creencias, así como modificaciones positivas en su actitud hacia el mundo externo. Ello puede sugerir un criterio en relación a "cuándo" finalizar un tratamiento de este tipo: cuando se logre que el sujeto dude razonablemente de sus ideas y sobre todo cuando ello vaya acompañado de mejoras en su funcionamiento social.

Otra cuestión se refiere a cómo implicar en el tratamiento a pacientes cuyo juicio de realidad se halla comprometido. La propia sintomatología de los pacientes psicóticos, así como bajos niveles en su conciencia de enfermedad, pueden hacer difícil que entiendan la justificación de determinadas intervenciones. Trabajos como el presente sugieren que no constituye requisito imprescindible, aunque sí deseable, la presencia de plena conciencia de enfermedad para el tratamiento cognitivo-conductual de ideas delirantes en esquizofrénicos no hospitalizados. En pacientes de estas características puede resultar de interés ofertarles el tratamiento como la posibilidad, por una parte, de aliviar temores, y por otra, de que en el futuro puedan llevar una vida más normal. Este planteamiento puede facilitar la participación y colaboración en terapias psicológicas.

En un campo nuevo como es el tratamiento psicológico de los síntomas psicóticos esquizofrénicos es importante la realización de largos seguimientos que permitan valorar el alcance y duración de estas intervenciones. Además, son necesarias investigaciones que aporten luz sobre este tipo de tratamientos: así, ¿cuánto tiempo debe durar un tratamiento?, ¿cuántas sesiones?, ¿qué resulta más recomendable, la realización de sesiones espaciadas o por el contrario, muy seguidas?, ¿existe algún perfil concreto de pacientes esquizofrénicos susceptibles de beneficiarse de este tipo de intervención?, ¿en qué momento de la evolución clínica deben aplicarse?, ¿cuál es la estabilidad temporal de los resultados alcanzados?, ¿se produce algún proceso de generalización, ¿de qué tipo?...son algunas de las preguntas que necesitan respuesta.

En trastornos mentales que precisan de tratamientos complejos, es conveniente poder contar con la colaboración de otros agentes (familiares, monitores de talleres ocupaciona-

les, etc). Esto facilita la aplicación de intervenciones multimodales, así como la valoración de sus resultados. Al mismo tiempo, implica la necesidad de prepararles para el adecuado desempeño de las tareas que se les encomienda.

La evaluación conductual de los síntomas psicóticos esquizofrénicos es una alternativa válida y compatible con el diagnóstico psiquiátrico. Se trata de un enfoque que se aleja de la mera descripción de síntomas que posteriormente son *homogeneizados* en una etiqueta diagnóstica, pues ello conduce a la consideración de que toda la variedad y complejidad de tales conductas responde a una misma e hipotética causa. Por otro lado, se cuestiona que esas causas sean necesaria o exclusivamente factores internos (biológicos o *mentales*) desligados de la acción o influencia del entorno físico, social y cultural donde vive el sujeto (Al-Issa, 1977).

El modelo conductual propone el *análisis funcional* de los síntomas psicóticos positivos y negativos, síntomas que con frecuencia están funcionalmente interrelacionados entre sí, además de con otras variables de carácter situacional y orgánico (Cuevas y Perona, 1995). Por tanto, ideas delirantes y alucinaciones son conductas, o síntomas, con *entidad propia* de cara a ser considerados como elementos objeto de análisis e intervención, independientemente de que sean elementos constitutivos de un síndrome psiquiátrico. Desde esta posición resulta posible el diseño de intervenciones contextualizadas y dirigidas a la modificación de la sintomatología clínica del sujeto y a la consecución de un mejor funcionamiento psicosocial en su entorno. Además como sugiere Persons (1986), los enfoques basados en el análisis del síntoma favorecen el conocimiento y el desarrollo teórico de los mismos, disminuyendo el riesgo de quedar *olvidados* en categorías sindrómicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Issa, I. (1977). Social and cultural aspects of hallucinations. *Psychological Bulletin*, 84 (3), 570-587.
- Alford, B.A. y Beck, A.T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behavioral Research and Therapy*, 32, vol. 32, 3, 369-380.

- American Psychiatric Association. (1988). *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A. (orig. 1987).
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A. (orig. 1994).
- Baños, R.M. y Belloch, A. (1995). Psicopatología del pensamiento (II): los delirios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos: *Manual de psicopatología*. Vol.1, 303-334. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: New American Library.
- Beck, A.T. Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bentall, R.P. (1990). The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, No. 1, 82-95.
- Birchwood, M. y Tarrow, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel psicología.
- Brett-Jones, J. Garety, P. y Hemsley, D. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- Chadwick, P.D.J. y Lowe, C.F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behavioral Research and Therapy*, 32, vol. 32, 3, 355-367.
- Chadwick, P. Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley.
- Cooklin, R. Sturgeon, D. y Leff, J. (1983). The relationship between auditory hallucinations and spontaneous fluctuations of skin conductance in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 47-52.
- Cuevas, C. y Perona, S. (1990). *Historia de Rehabilitación Psicosocial de la Unidad "Virgen del Rocío"*. Unidad de Rehabilitación "Virgen del Rocío", Sevilla (documento no publicado).
- Cuevas, C. y Perona, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J.A.I. (1981). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Fowler, D. (1996). Terapia cognitivo-conductual: un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. En Jose Antonio Aldaz y Carmelo Vázquez (comps.) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Cap. nº 10, 187-204. Madrid: Siglo XXI.
- Kingdon, D.G. y Turkington, D. (1995). *Cognitive-Behavioral therapy of schizophrenia*. Psychology Press (orig. 1994).
- Lowe, C.F. y Chadwick, P.D.J. (1990). Verbal control of delusions. *Behavior Therapy*, 21, 461-479.
- Lukoff, D. Nuechterlein, K.H. y Ventura, J. (1986). Manual for expanded . Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic explanation. En T.F. Oltmanns y B.A. Maher (eds.). *Delusional beliefs*, 15-33. New York: Wiley.
- Perona, S. y Cuevas, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: estudio de caso. *Psicothema*, vol. 9, 1, 33-45.
- Persons, J. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Segura, M. Sánchez, P. y Barbado, P. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Universidad de Granada.
- Siegel, J.M. (1975). Successful systematic desensitization in a chronic schizophrenic patient. *Journal Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 6, 345-346.
- Wallace, C.H. Boone, S. Donahoe, C. y Foy, D. (1985). The chronically mentally disabled: independent living skills training. En D.G. Barlow: *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press.