

ESTADO ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA EN EL ESTUDIO Y ABORDAJE DE LOS DELIRIOS

Salvador Perona Garcelán¹

RESUMEN En este artículo se presentan las líneas de investigación más relevantes sobre el estudio de las ideas delirantes. Se describen tanto aquellas teorías que intentan explicar los delirios en función de déficit en los procesos de razonamiento y en procesos motivacionales, como las que intentan relacionar los síntomas positivos de la esquizofrenia con los resultados obtenidos en la investigación de los trastornos emocionales. Por otro lado se describen las características, modalidades y resultados de la terapia cognitivo-conductual aplicados a los delirios.

PALABRAS CLAVE Delirios, psicosis, teorías, terapia cognitivo-conductual, efectividad.

La psicosis es un trastorno al que los psicólogos clínicos podemos aportar los conocimientos teóricos y aportaciones tecnológicas derivadas de nuestra disciplina. Actualmente estos conocimientos se están aplicando con resultados positivos en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con estos diagnósticos.

El objetivo de la rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos consiste, por un lado, en entrenarles y capacitarles para que puedan vivir en su entorno social inmediato, y por otro lado, ayudarles o acercarlos a aquellos recursos residenciales, laborales, etc., que puedan contribuir a mejorar su calidad de vida y mantenerles dignamente en la comunidad.

Un problema que desde el principio nos encontramos cuando tratamos de rehabilitar a una persona con un diagnóstico de psicosis, es que muy frecuentemente el paciente sigue presentando síntomas positivos. A pesar de estar tomando adecuadamente su tratamiento farmacológico, dichos síntomas son en un porcentaje elevado de pacientes, resistentes a la medicación (Fowler, Garety y Kuipers, 1995). Esto evidentemente no tiene por qué ser un problema en algunos de ellos, pues a pesar de tener alucinaciones o ideas delirantes, son capaces de adaptarse y convivir con esos síntomas. Pero en otro grupo importante de casos, esto no es así, y lo que ocurre es que el trabajo rehabilitador no es posible, pues el sujeto o no sale de casa, o tiene pánico a integrarse en actividades sociales debido a que sus voces o sus creencias se lo dificultan.

Simultáneamente a los abordajes rehabilitadores, en los últimos años han ido apareciendo trabajos en los que se ha destacado la preocupación por el estudio específico de este tipo de síntomas. Esto especialmente ha ocurrido en el Reino Unido, llevados a cabo por una generación de psicólogos clínicos, que en los años 70 y 80 vivieron de cerca los procesos de externalización de pacientes psiquiátricos, y fueron de alguna manera testigos y partícipes del desarrollo de nuevos acercamientos al trastorno mental, que inicialmente fueron realizados por médicos y psiquiatras que defendían en ese país un abordaje psicosocial complementario al biológico (Leff, Vaughn, Bennett, etc.).

No obstante, esos abordajes psicosociales basados principalmente en el entrenamiento en habilidades, el apoyo a los familiares, la integración en una red social, la reinserción en el mundo laboral, la creación de recursos residenciales, etc., carecían de alternativas terapéuticas a los tratamientos farmacológicos en el caso de que algunos pacientes fueran resistentes a ellos. Esto ha llevado en las últimas décadas del siglo XX al desarrollo de intensos programas de investigación de los síntomas psicóticos positivos.

En este artículo vamos a describir algunos de estos programas. Aunque la exhaustividad es un objetivo deseable, solamente vamos a presentar los más relevantes y que están teniendo implicaciones en el surgimiento de nuevas estrategias de intervención psicológicas. Pero antes sería conveniente hacer algún comentario acerca del marco conceptual del que se parte en estos programas de trabajo.

¹Psicólogo. Servicio Andaluz de Salud. Unidad de Rehabilitación de Área "Virgen del Rocío".

Desde la perspectiva de la investigación psicopatológica, autores como Bentall, Jackson y Pilgrim (1988) defienden la posibilidad de estudiar los síntomas y conductas psicóticas como fenómenos psicológicos de pleno derecho, frente a los tradicionales síndromes. Muchos de los problemas de validez y fiabilidad encontrados en las tradicionales clasificaciones psiquiátricas, pueden ser evitados según ellos tomando a los síntomas como objeto de estudio. Los síntomas son después de todo, nada más que clases de conductas producto de la interacción entre los sujetos con sus procesos cognitivos y el ambiente.

Por otro lado, Persons (1986), sin cuestionar seriamente la validez del concepto de esquizofrenia, sugiere que esta orientación tiene seis ventajas fundamentales:

- Evita la clasificación errónea de los individuos, que puede ocurrir utilizando diseños basados en categorías diagnósticas.
- Permite el estudio de importantes fenómenos que pueden quedar olvidados en el enfoque de categorías sindrómicas.
- Facilita el desarrollo teórico.
- Aísla elementos únicos de la patología para su estudio.
- Reconoce la continuidad del enfoque clínico con la conducta normal.
- Puede contribuir en la mejora o aparición de nuevas categorías diagnósticas que permitan una mejor comprensión de los síntomas de un individuo.

De forma muy resumida, estos son los argumentos que utilizan algunos investigadores para defender el estudio de los síntomas psicóticos frente a las clasificaciones psiquiátricas tradicionales.

En general, esta aproximación parece ofrecer una alternativa de investigación científica de la psicopatología sin tener que aceptar el modelo Krapeliniano tradicional y el uso de conceptos de dudosa validez científica. Esta es por tanto, una aproximación neutra con respecto a los roles del ambiente y la biología en la determinación de la conducta anormal, en el sentido que puede facilitar tanto la investigación de la etiología biológica como psicológica de los trastornos. Ni tampoco es absurdo pensar en la idea de que desde esta perspectiva se pueda encontrar o descubrir nuevos síndromes o categorías diagnósticas a través de la aplicación de técnicas empíricas adecuadas que permitan que ambas estrategias converjan (la basada en

el síntoma y en el síndrome). Como bien dice Bentall (1990), desde este punto de vista, se podría esperar que otros cien años de investigación conduzca a la reconstrucción del modelo médico de los trastornos mentales, pero con un sistema de clasificación psiquiátrica sustancialmente diferente al actual.

Líneas de investigación más relevantes en el estudio de las ideas delirantes

Como vemos, todo lo comentado anteriormente es la base conceptual y los presupuestos teóricos que organizan el proyecto actual de algunos psicólogos cognitivos que estudian estas patologías. A continuación, vamos a centrarnos en las líneas de investigación más relevantes en el estudio de uno de esos síntomas psicóticos positivos, como es el caso de los delirios; fundamentalmente por ser unos de los síntomas estrellas de todos los trastornos englobados dentro de la categoría de psicosis. Para finalizar vamos a comentar el estado actual de la TCC sobre este síntoma.

1) Los delirios están causados por déficit en metarrepresentación o deficiencias en la teoría de la mente

La primera línea que vamos a comentar ha sido llevada a cabo por el grupo de investigación de Frith y colaboradores. Frith (1992) ha propuesto que los delirios de referencia y de persecución (y las alucinaciones en tercera persona) se derivan de la incapacidad del sujeto para representar las creencias, pensamientos e intenciones de otras personas, esto es, el sujeto padece un déficit en su teoría de la mente (ToM). El argumento puede ser resumido de la forma siguiente: "los delirios de referencia, de identificación errónea y de persecución se caracterizan por una interpretación equivocada de las conductas e intenciones de otras personas". Así el argumento de esta hipótesis es que "esos síntomas se producen como resultado de un déficit en el sistema cognitivo que permite inferir que es lo que hay en la mente de otras personas" (Corcoran, Mercer y Frith, 1995, pág. 6).

De la hipótesis de Frith se derivan una serie de predicciones sobre la ejecución de los pacientes esquizofrénicos en tareas que requieren para ser llevadas a cabo habilidades de ToM:

- Los pacientes con síntomas negativos, con habla incoherente y pacientes con delirios de referencia y persecución mostrarán una pobre ejecución en estas tareas.

- En los pacientes con experiencias de pasividad se predice que realizaran tales tareas normalmente, pues se piensa que tienen problemas con sus propios estados mentales más que con los estados de otros.
- Los pacientes en remisión también las realizarán normalmente.

Los resultados de las investigaciones realizadas por estos autores sugieren que los pacientes con síntomas esquizofrénicos presentan un déficit en la comprensión de los estados mentales de otras personas, estando estos déficits particularmente asociados con los síntomas negativos. Sin embargo, mientras los déficits en ToM están presentes en algunos individuos con delirios persecutorios, la teoría de Frith no demuestra que tales déficits en la ToM estén asociados específicamente a los delirios, y por tanto, sus resultados por ahora no son concluyentes (Garety y Freeman, 1999).

2) Los delirios están causados por un sesgo en el razonamiento probabilístico.

Garety y colaboradores sugieren que el razonamiento probabilístico podría estar implicado en los delirios (Garety, 1991; Garety y Hemsley, 1994). Para ello aplican en su trabajo experimental el modelo probabilístico de Bayes. Según esta autora, un modelo bayesiano de inferencia probabilística proporciona un marco útil para investigar este tipo de razonamiento en personas con delirios, ya que no implica simplemente medir conclusiones válidas o erróneas, sino que permite valorar la forma en que las personas llegan a las conclusiones.

Desde una perspectiva bayesiana, el conocimiento se representa en forma de afirmaciones o hipótesis, cada una de las cuales se caracteriza por una probabilidad subjetiva, que representa el grado de confianza del sujeto en que dicha hipótesis sea correcta. El teorema de Bayes guía por tanto la forma en la que la fuerza de la creencia en una hipótesis sería revisada a la luz de nueva información o de los datos. En su forma más simple, el teorema trata las implicaciones de los datos en la probabilidad de que una hipótesis determinada o su alternativa sean correctas o no (Garety y Hemsley, 1994).

Como se puede ver, esta aproximación tiene la ventaja para el estudio de los delirios, de incorporar explícitamente el nivel de creencias previas en el proceso inferencial.

Garety y Hemsley (1994) predicen que en una tarea de inferencia bayesiana, las personas con delirios harían juicios rápidos y con más confianza que los controles clínicos y no clínicos. Además, hipotetizan que este sesgo no sería específico de individuos delirantes con un diagnóstico de esquizofrenia.

Independientemente del diagnóstico, la mayoría de los estudios realizados muestran evidencias de un sesgo de razonamiento en los sujetos delirantes. Concretamente, sus ejecuciones suelen caracterizarse por saltar a conclusiones rápidamente, sin haber reunido la evidencia suficiente en las tareas de razonamiento. Sin embargo, si se analizan conjuntamente todos estos estudios, el cuadro que emerge es que las personas con delirios muestran una tendencia a buscar menos información para tomar una decisión, pero cuando se les presenta información, son capaces de usarlas. Por tanto las personas con delirios no parecen tener un sesgo en el razonamiento probabilístico como Garety y colaboradores han propuesto, sino más bien un sesgo en la obtención de datos (Garety y Freeman, 1999).

Esta disposición a aceptar una hipótesis sobre la base de un menor número de evidencias que los controles, está apoyado no solamente en los estudios de razonamiento bayesiano, sino también en otros estudios en los que se han empleado paradigmas diferentes (por ejemplo, John y Dodgson, 1994; Young y Bentall, 1995). Por tanto, parece ser que el sesgo en el razonamiento encontrado en personas con delirios, pueden conducir a la aceptación de hipótesis incorrectas. Más aún, el sesgo de «desconfirmación» encontrado en varios de los estudios en los que se ha utilizado el paradigma bayesiano, sugiere que las personas con delirios están dispuestas a abandonar las hipótesis existentes y formar otras nuevas, pero otra vez sobre escasas evidencias (Garety y Freeman, 1999).

Por último, cuando se han utilizado materiales salientes emocionalmente, se ha observado que en general este tipo de material afecta al razonamiento en todas las personas, pero en mayor medida en los sujetos delirantes (Dudley, John, Young y Over, 1997 a y b; Young y Bentall, 1997).

3) Los delirios persecutorios como defensa.

Esta línea de investigación ha sido llevada a cabo por Bentall y sus colegas. Ellos proponen que los delirios

persecutorios se forman como un mecanismo de mantenimiento de la autoestima, evitando discrepancias entre cómo se perciben a sí mismos (yo actual) y cómo les gustaría ser (yo ideal). Ellos argumentan que las atribuciones causales externas son evocadas por los eventos negativos, los cuales podrían incrementar la accesibilidad a las auto-representaciones negativas subyacentes (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994). La hipótesis de Bentall y colaboradores se basa en dos clases de hallazgos experimentales: el primero tiene que ver con el estilo atribucional y el segundo, con las investigaciones que estudian las discrepancias entre la autoestima abierta y la encubierta.

Los resultados encontrados en los estudios sobre el sesgo atribucional, confirman la hipótesis de Bentall que los pacientes con delirios persecutorios presentan un sesgo atribucional: ellos muestran un sesgo externo para los eventos negativos cuando el material utilizado para medirlo es autorreferente (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994). Cuando se intenta especificar más qué tipo de atribución externa es la que presentan estas personas, se demuestra que existe una tendencia a hacer atribuciones personales frente a situacionales, esto es, tienden a culpar de los eventos negativos a otras personas más que a la situación o a la mala suerte (Kinderman y Bentall, 1997). Por otro lado, a partir de la evidencia aportada por la investigación, las personas con delirios persecutorios no parecen estar particularmente más sesgada a la internalización cuando atribuyen las causas de los eventos positivos. Lo cual quiere decir que globalmente no muestran un sesgo autosirviente (self-serving bias) (Garety y Freeman, 1999). En resumen, las personas con delirios de persecución cuando se confrontan con material autorreferente, ven a las otras personas como responsables de los malos eventos.

La segunda clase de evidencia experimental, que han investigado para apoyar su hipótesis de que los delirios persecutorios tienen una función defensiva, tiene que ver con los estudios sobre la discrepancia entre los niveles de autoestima o auto-representación abiertos y encubiertos. Esta parte de la investigación es fundamental para explicar por qué los pacientes con delirios de persecución hacen atribuciones personales externas. Siguiendo su hipótesis, estos sujetos deberían mostrar por un lado, un nivel de autoestima normal o alto en los cuestionarios diseñados para este fin en condiciones en las que el sujeto sabe que es lo que se

está midiendo. Pero por otro lado, cuando se les aplican pruebas indirectas para medir la autoestima en las que de alguna manera el sujeto no es consciente de las intenciones del experimentador, debería mostrar una autoestima baja. En concreto, ellos defienden que las atribuciones personales externas tienen la función de proteger al individuo de una baja autoestima o de auto-representaciones negativas, produciendo para ello un incremento de la autoestima y de las auto-representaciones positivas.

Los resultados de estas investigaciones no han sido muy claros y definitivos, y han provocado bastante controversia entre defensores y detractores de esta teoría Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001; Garety y Freeman, 1999).

Mientras parece claro que los sujetos con delirios de persecución muestran unos niveles bajos de autoestima en las pruebas encubiertas, también lo muestran cuando se les aplican de forma abierta. Esto último contradice claramente la hipótesis defensiva en este tipo de delirios.

En los últimos trabajos realizados por el equipo de Bentall y Kinderman (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001), se ha criticado la validez de los cuestionarios que valoran este tipo de constructos, pues destacan que dicho concepto no es homogéneo de unos autores a otros. Por otro lado, apoyándose en Trower y Chadwick (1995), plantean la hipótesis de la existencia de dos tipos de paranoia, la que ellos denominan de persecución (en la que el individuo piensa que la persecución es injusta e innecesaria) y la de castigo (en la que la persecución es justa debido a malas acciones realizadas en el pasado). Esta distinción explicaría por qué en algunos estudios se han encontrado niveles bajos de autoestima manifiesta, debido a que los sujetos con paranoia de castigo están además deprimidos.

Por último, estos autores argumentan para defender su teoría, que en los trabajos realizados no se tiene en cuenta los aspectos dinámicos de la autoestima. Según ellos, las fluctuaciones en la autoestima global pueden ser tan importantes en psicopatología como sus niveles promedios. Kernis (1993), han demostrado que estas fluctuaciones en la autoestima están asociadas con una tendencia a hacer atribuciones extremas sobre los problemas de la vida diaria, y los individuos con niveles altos, pero fluctuantes de autoestima, tienen una tendencia a atribuir las experiencias negativas

a causas externas. Estas observaciones levantan la posibilidad de que las auto-representaciones en pacientes con delirios de persecución puedan ser muy inestables en el tiempo y que esos pacientes puedan estar enzarzados en una intensa lucha por mantener auto-representaciones positivas que a menudo fracasan.

Estas justificaciones a las críticas anteriormente expuestas, están dirigiendo las pesquisas de estos autores al rechazo de los modelos que ellos denominan estáticos, para plantear un nuevo modelo en el que se tienen en cuenta las propiedades dinámicas y las relaciones recíprocas entre las auto-representaciones y las atribuciones. Este es el estado actual de la investigación y es por donde se dirigirá probablemente en los próximos años (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001).

4) Incorporación de hipótesis de trabajo provenientes de la investigación de los trastornos emocionales.

Una perspectiva multifactorial en la formación y mantenimiento de las creencias delirantes, permite la integración de ideas provenientes del estudio de los trastornos emocionales. Recientemente algunos autores (por ejemplo, Freeman y Garety, 1999) han comenzado esta línea de trabajo, centrándose fundamentalmente en las aportaciones que los procesos relacionados con la ansiedad y la depresión pueden hacer a la comprensión de los delirios de persecución.

4.1. La ansiedad.

Los procesos asociados con la ansiedad pueden ser especialmente importantes en la formación y mantenimiento de los delirios de tipo persecutorio, ya que éstos y las creencias persecutorias comparten la "anticipación del peligro". Por tanto se

piensa que las variables cognitivas que operan en ambos trastornos son muy similares.

Los factores que se hipotetizan juegan un papel importante son concretamente los sesgos en el procesamiento de la información, las conductas de seguridad y las creencias metacognitivas.

Como se sabe, la ansiedad está asociada (en individuos con rasgos de alta ansiedad o con otros trastornos clínicos) con sesgos en el procesamiento de la información (Williams, Watts, Macleod y Mathews, 1988). Ejemplos de tales sesgos incluyen la interpretación de situaciones ambiguas como amenazantes. La ansiedad puede por tanto disparar procesos que proporcionan evidencias o justificación de las creencias persecutorias. Se ha demostrado por ejemplo, que estos individuos muestran un procesamiento preferencial por las palabras amenazantes en la tarea Stroop emocional (Bentall y Kaney, 1989). Tal sesgo en el procesamiento probablemente esté relacionado con, o al menos acrecentado, por un estilo cognitivo autofocalizado, el cual puede estar relacionado con los trastornos emocionales y con la paranoia (Freeman, Garety y Phillips, 2000).

Las conductas de seguridad son otras de las variables estudiadas en los trastornos emocionales y que se piensa puede estar relacionadas con los delirios. Recientemente se ha sugerido que el uso de conductas de seguridad contribuye al mantenimiento de la convicción de los individuos en sus creencias persecutorias (Freeman, 1998; Freeman, Garety y Kuipers, 2001; Morrison, 1998).

Las conductas de seguridad han sido definidas por Salkovskis (1991) como respuestas a supuestas amenazas, y cuya función para el individuo es la de prevenir las consecuencias temidas de los eventos

El objetivo de la rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos consiste, por un lado, en entrenarles y capacitarles para que puedan vivir en su entorno social inmediato, y por otro lado, ayudarles o acercarlos a aquellos recursos residenciales, laborales, etc., que puedan contribuir a mejorar su calidad de vida y mantenerles dignamente en la comunidad.

amenazantes. Su resultado principal es que contribuyen a mantener el temor y la ansiedad debido a que impiden que se puedan comprobar o confirmar. Así, los episodios que deberían estar proporcionando evidencias en contra de la supuesta amenaza, no son tenidos en cuenta o no experimentados, a causa de la ocurrencia de las conductas de seguridad.

Salkovskis (1996) destaca tres categorías principales de estas conductas en sujetos ansiosos:

- Conductas de evitación de aquellas situaciones valoradas como amenazantes por el individuo.
- Conductas de escape de situaciones que son consideradas amenazantes.
- Conductas que se emiten dentro de la situación cuando el sujeto cree estar en una posición de peligro potencial.

Esas categorías probablemente sean útiles en la comprensión de las conductas de seguridad en los sujetos con delirios de persecución. Por ejemplo, para reducir la probabilidad de que ocurran los eventos temidos, los individuos pueden aceptar o ceder a las demandas o deseos del perseguidor. También pueden buscar ayuda de otros para reducir el riesgo de amenaza, por ejemplo, pedir a una amigo que le ayude a contactar con la policía o con un abogado que le defienda. Otros pueden hacer frente a la persona que supuestamente le está perjudicando.

Por último, en nuestra exposición de los procesos asociados con la ansiedad hemos de destacar los datos de un reciente trabajo de Freeman y Garety (1999) en los que han aportado evidencia de que procesos metacognitivos asociados con la ansiedad generalizada contribuyen en gran medida en el estrés que sufre la persona con delirios. Esto se refiere a que la "metapreocupación" relacionada con el control de los pensamientos delirantes, está asociado con altos niveles de angustia en estos sujetos. Es decir, las personas con delirios pueden angustiarse mucho más, cuando se preocupan por no poder controlar, como a ellos les gustaría, sus pensamientos persecutorios. Esto destaca la importancia de considerar las valoraciones de los individuos de sus creencias delirantes.

4.2. La depresión.

La explicación defensiva de los delirios de persecución de Bentall y sus colaboradores postula también, un papel indirecto de los procesos asociados con la

depresión, examinando la hipótesis de que la evitación de las emociones negativas es la motivación para la formación de los delirios. Sin embargo, hay también un papel directo de la depresión en este tema. Por ejemplo, Trower y Chadwick (1995) creen también que la mayoría de los delirios de persecución se pueden explicar por la hipótesis del delirio como defensa, pero además, también sugieren que hay un segundo tipo de delirio persecutorio en el cual la baja autoestima y la depresión pueden estar muy presentes y fácilmente reconocible por el individuo. Se postula que las personas con paranoia del tipo "Bad me" o de castigo, presentan pensamientos autoevaluativos extremadamente negativos, y creen que la persecución es un castigo claramente merecido por su maldad.

La baja autoestima asociada con la depresión puede también presentar otros papeles directos (Freeman, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington y Hadley, 1998). Por ejemplo, puede producir en el individuo un sentimiento de marginación social y por tanto sentirse el blanco de las críticas de otros. La baja autoestima también puede contribuir en el desarrollo de síntomas conduciendo al individuo a creer que otras personas le ven como un ser inferior y por tanto objetivo para la persecución (aunque no crea que esto esté justificado).

Desarrollos actuales de la Terapia Cognitiva Conductual en los delirios

Durante los últimos años (y particularmente en el Reino Unido) se ha producido un gran interés por la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (en adelante TCC) a pacientes con síntomas psicóticos resistentes a la medicación. Este tema es importante por varias cuestiones:

- La primera es que los neurolépticos aunque sean el tratamiento de elección para los síntomas positivos de la esquizofrenia, se estima que entre un 25% y 50% de estos pacientes, continúan sufriendo delirios y alucinaciones que no ceden al tratamiento farmacológico.
- Por otro lado, muchos pacientes se resisten a tomar la medicación a largo plazo.
- En otros muchos, con frecuencia aparecen efectos secundarios indeseables.
- Una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico no constituye suficiente garantía de que las re-

caídas no se vayan a producir (Roth y Fonagy, 1996).

Todos estas cuestiones justifican la necesidad de aplicar tratamientos psicológicos que sean eficaces y de carácter complementario a la farmacoterapia.

El desarrollo de tratamientos psicológicos de corte cognitivo-conductual para los síntomas psicóticos positivos, ha sido algo reciente si, por ejemplo, lo comparamos con las importantes y continuas aportaciones que este paradigma ha venido realizando en el tratamiento de otros trastornos como la ansiedad o la depresión, desde los ya lejanos años cincuenta y sesenta.

No obstante, hubo antecedentes aislados de TCC aplicada a síntomas psicóticos: por ejemplo, Beck en 1952 publicó un artículo en el que aplicaba técnicas psicológicas en un sujeto esquizofrénico y Ellis, en 1955 y 1958, también publicó dos trabajos en los que se ilustra la aplicación de un enfoque cognitivo también en sujetos psicóticos. Pero tras estos intentos se produjo un largo periodo de aparente "olvido".

Desde entonces, el desarrollo de tratamientos para personas con trastornos psicóticos se ha centrado, especialmente, en mejorar la competencia social, mediante entrenamiento en habilidades sociales, y en intervenciones dirigidas a apoyar a sus familiares o cuidadores (Lieberman, 1993), esto último muy en relación con los procesos de desinstitucionalización.

No obstante, especialmente en la década de los años noventa, y concretamente en Gran Bretaña, psicólogos clínicos y psiquiatras de ese país han dado un gran empuje al desarrollo de la terapia cognitiva en el abordaje de los síntomas psicóticos positivos.

A diferencia de otras intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes esquizofrénicos, por ejemplo el entrenamiento en habilidades sociales o el tratamiento de los procesos cognitivos, la TCC se centra en los síntomas psicóticos resistentes a la medicación y en los intentos que realiza el paciente para comprenderlos.

La TCC pretende la reducción de los delirios en algunos de sus parámetros cuantitativos: frecuencia, intensidad y duración. Además, persigue reducir el sufrimiento y la incapacidad asociada a estos síntomas; así como la ansiedad y depresión coexistentes. Y por último, trata de hacer partícipe al paciente en la prevención del riesgo de recaídas y de incapacitación social (Fowler, Garety y Kuipers, 1995). En general la TCC se interesa por:

- Entender y dar sentido a las experiencias del paciente.
- Favorecer una relación paciente-terapeuta marcada por la colaboración.
- Evitar la confrontación o desafío directo.

En la actualidad existen varias versiones de las terapias cognitivo-conductuales aplicadas a la psicosis. Aunque hay algunas diferencias entre ellas, sus presupuestos básicos son prácticamente los mismos. Están son: *la terapia cognitiva para los delirios, voces y la paranoia* (Chadwick, Birchwood y Trower; 1996), *la terapia cognitivo-conductual para la psicosis* (Fowler, Garety y Kuipers, 1995); *la terapia de normalización racional* (Kingdon y Turkington, 1994), y *las estrategias de potenciación del afrontamiento* (Tarrier, 1995).

En general, todos estos tipos de terapias cognitivo-conductuales de la psicosis comparten, en mayor o menor medida una serie de componentes, que Garety, Fowler y Kuipers (2000) definen de la siguiente manera:

1. Alianza terapéutica y evaluación.
2. Estrategias de afrontamiento.
3. Comprensión de la experiencia psicótica.
4. Trabajo con los delirios.
5. Atender a las auto-evaluaciones y emociones negativas
6. Trabajar el riesgo de recaída y la discapacidad social

Estos componentes deben ser considerados solamente como una posible guía de trabajo, que en todo caso se aplicará de modo flexible, según la situación personal de cada paciente. Tampoco se debe seguir rígidamente el orden expuesto. Los objetivos y metas de la terapia vendrán determinados por el análisis funcional y la formulación del caso que se realice durante la fase de evaluación, así que esta terapia no se presentará como un programa estándar de intervención (Cuevas y Perona, 1995).

Resultados de las investigaciones

Respecto a los resultados empíricos obtenidos sobre la eficacia de estas técnicas, tenemos datos procedentes de estudios de casos, de estudios experimentales de replicación intrasujeto y de ensayos controlados. Evidentemente los estudios de casos, si bien son interesantes pues aportan información respecto a la

aplicabilidad de estas técnicas y nos proporcionan hipótesis interesantes para su posterior comprobación, no nos dicen nada respecto a su eficacia. No obstante, se han realizado en los últimos diez años una serie de estudios controlados de los que podemos extraer las siguientes conclusiones (para una extensa revisión ver Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999 a y b):

1. La TCC puede reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada a ellos en mayor medida que la ausencia de tratamiento. Sin embargo, no se ha demostrado que sus efectos sean superiores a los de otras estrategias psicológicas.
2. La información de que disponemos sugiere que la TCC es más efectiva sobre los síntomas psicóticos positivos residuales resistentes a la medicación, no estando aún nada claro que puedan ser útiles en los pacientes con sintomatología aguda.
3. La TCC no produce un empeoramiento de los síntomas psicóticos positivos, pero tampoco reduce el riesgo de recaídas en estos pacientes.
4. La TCC no es superior a la terapia de apoyo en la reducción de los síntomas negativos y en la mejora del funcionamiento social.
5. No hay pruebas hasta la fecha, de que el efecto de la TCC sea debido a su influencia específica sobre las creencias disfuncionales de los pacientes.
6. Por último, no hay evidencias sobre qué estrategia cognitivo-conductual (potenciación de las estrategias de afrontamiento, resolución de problemas o modificación de creencias) puede ser más efectiva con los síntomas psicóticos.

Por otra parte existe una cuestión de indudable importancia, y es que si bien poseemos datos sugerentes y esperanzadores sobre la eficacia de la TCC sobre las ideas delirantes, no todos los pacientes se benefician de este tratamiento. En los estudios en los que se ha

investigado su eficacia, alrededor del 50% de los pacientes no responden a la TCC. Es por ello que un aspecto importante de la investigación tiene que ver con la identificación de las variables predictoras de respuesta positiva al tratamiento. En este tema habría que distinguir entre variables predictoras inespecíficas y

probablemente comunes a diferentes aproximaciones terapéuticas, como por ejemplo, un período menor de duración de la enfermedad y la presencia de sintomatología psicótica de baja severidad en la fase previa del tratamiento (Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock, y Morris, 1998); y variables predictoras específicamente asociadas a la TCC. Entre estas últimas cabe destacar (Chadwick y Lowe, 1990; Sharp, Fear, Willian, Healy, Yeadon y Holden, 1996; Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington, Freeman y Hadley, 1997):

1) La habilidad para considerar otras alternativas diferentes a la propia creencia delirante. En este sentido, aquellos pacientes que admiten la posibilidad de estar equivocados cuando se les presentan evidencias incompatibles con sus creencias, son más sensibles a la

intervención.

- 2) La capacidad de insight o conciencia de enfermedad: a mayor conciencia de padecer un trastorno mejores resultados se obtienen.
- 3) El número de ingresos hospitalarios en los últimos cinco años: a mayor número de ingresos también se obtienen mejores resultados.

En cualquier caso, la presencia de estas variables no es una condición indispensable para beneficiarse de la TCC, de hecho parece ser que los pacientes que presentan esas características pueden responder a la terapia de manera más rápida y con mejores resultados que los demás, pero también los que no las presentan pueden beneficiarse, aunque evidentemente en menor medida. Así que no se puede concluir que determina-

Los procesos asociados con la ansiedad pueden ser especialmente importantes en la formación y mantenimiento de los delirios de tipo persecutorio, ya que éstos y las creencias persecutorias comparten la "anticipación del peligro".

das personas no se vayan a favorecer de la TCC, pero sí podemos saber con un mayor grado de probabilidad quiénes lo harán más fácilmente. Por último, otras variables como la inteligencia, variables demográficas, la severidad de los síntomas y el grado de convicción y preocupación con el delirio, no han sido identificadas como variables predictoras.

Referencias bibliográficas

- Bentall, R.P. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis: Or why you can't play 20 questions with the concept of schizophrenia and hope to win. En R.P. Bentall (Ed.), *Reconstructing schizophrenia*. Londres: Routledge.
- Bentall, R.P.; Corcoran, R.; Howard, R.; Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.
- Bentall, R. P., Jackson, H. F., y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of 'schizophrenia': some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Bentall, R.P. y Kaney, S. (1989). Content-specific information processing and persecutory delusions: A investigation using the emotional Stroop test. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 355-364.
- Bentall, R. P.; Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional process and abnormal beliefs: toward a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Corcoran, R.; Mercer, G. y Frith, C.D. (1995) Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating "theory of mind" in people with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 17, 5-13.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Chadwick, P. D. J.; Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: John Wiley.
- Chadwick, P. y Lowe, C. P. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 225-232.
- Dudley, R.E.; John, C.H.; Young, A.W. y Over, D.E. (1997 a). The effect of self-referent material on the reasoning of people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 575-584.
- Dudley, R.E.; John, C.H.; Young, A.W. y Over, D.E. (1997 b). Normal and abnormal reasoning in people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 243-258.
- Fowler, D.; Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
- Freeman, D. (1998). *Neurosis and Psychosis*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Londres.
- Freeman, D. y Garety, P.A. (1999). Worry, worry processes, and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.
- Freeman, D.; Garety, P.A.; Fowler, D.; Dunn, G.; Bebbington, P. y Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis, IV; Self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 415-430.
- Freeman, D.; Garety, P.A. y Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: Developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, 31, 1293-1306.
- Freeman, D.; Garety, P.A. y Phillips, M.L. (2000). An examination of hypervigilance for external threat in individuals with generalised anxiety disorder and individuals with persecutory delusions using visual scan paths. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 53A, 549-567.
- Frith, C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, U.K.: Lawrence Erlbaum and Associates Ltd.
- Garety, P.A. (1991). Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suplemento 14), 14-18.
- Garety, P. A., Fowler, D. y Kuipers, E. (2000). Cognitive-Behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 73-86.
- Garety, P.A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories

and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.

Garety, P.A. y Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press.

John, C.H. y Dodgson, G. (1994). Inductive reasoning in delusional thought. *Journal of Mental Health*, 3, 31-49.

Kernis, M.H. (1993). The role of stability and level of self-esteem in psychological functioning. En R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard*. Nueva York: Plenum.

Kinderman, P. y Bentall, R.P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal, and situational attributions for negatives events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 341-345.

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

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

Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitaci3n Integral del Enfermo Mental Cr3nico*. Barcelona: Mart3n Roca. (Orig. 1988).

Morrison, A.P. (1998). Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in schizophrenia. En N. Tarrrier; A. Wells y G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester: Wiley.

Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1999a). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los s3ntomas psic3ticos: 1. Revisi3n de los dise3os de replicaci3n intrasujeto aplicados al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología*, 17 (1-2), 31-48.

Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1999b). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los s3ntomas psic3ticos: 2. Estudios aleatorizados con grupo control. *Apuntes de Psicología*, 17 (3).

Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41(11), 1252-1260.

Roth, A. y Fonagy, P. (1996). Schizophrenia. En A. Roth y P. Fonagy (eds.), *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. Nueva York: Guilford Press.

Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.

Salkovskis, P.M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behaviours, and special case of health anxiety and obsessions. En P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford Press.

Sharp, H. M., Fear, C. F., William, M. G., Healy, D., Lowe, C. F., Yeadon, H. y Holden, R. (1996). Delusional phenomenology – Dimensions of change. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 123-142.

Tarrier, N. (1995). Tratamiento y modificaci3n de los s3ntomas psic3ticos positivos residuales. En M. Birchwood y N. Tarrrier: *El Tratamiento Psicol3gico de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

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

Trower, P. y Chadwick, P. (1995). Pathways to defense of the self: A theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 263-278.

Williams, J.M.G.; Watts, F.N.; Macleod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley.

Young, H.F. y Bentall, R.P. (1995). Hypothesis testing in patients with persecutory delusions: Comparison with depressed and normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 353-369.

Young, H.F. y Bentall, R.P. (1997). Social reasoning in individuals with persecutory delusions: The effects of additional information on attributions for the behaviour of other. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 569-573.