



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología**

**Tratamiento cognitivo para los síntomas
positivos de la Esquizofrenia**

Nº 156

Marina B. González

Tutora: Héctor Fernández Alvarez

Departamento de Investigación
Marzo 2005

Agradezco a mi tutor, Prof. Héctor Fernández-Álvarez

Indice

Resumen	7
Introducción	7
Capítulo I: La Esquizofrenia. Criterios diagnósticos y síntomas positivos	8
Capítulo II: Explicación cognitiva de los síntomas positivos de la Esquizofrenia y premisas para el tratamiento	11
1. Creencias irracionales	17
2. Delirios	18
3. Voces	19
4. Delirios: Se evaluación y formulación	21
4.1. Evaluación desde el modelo ABC, de los delirios	21
4.2. Evaluación de los eventos activantes	21
4.3. Evaluando la emoción y el comportamiento	21
4.4. Evaluando las creencias (Bs): delirios	22
4.5. Evaluando las creencias evaluativas nucleares (Bs)	22
4.6. Desafiando los delirios	23
5. Voces: Compromiso y evaluación	23
5.1 Lograr un compromiso con pacientes que escuchan voces	23
5.2 Evaluación cognitiva de las voces	24
5.3 Eventos activantes (As): contenido	24
5.4 Evaluando el comportamiento y el afecto (Cs)	25
5.5 Evaluando las creencias (Bs)	25
5.6 Evaluando las creencias evaluativas	25
Capítulo III: Tratamiento psicoterapéutico de los síntomas positivos de la Esquizofrenia	25
1. El proceso de desafiar los delirios	29
2. Desafiando la evidencia que sostiene la creencia	29
3. Desafiar el delirio directamente	30
4. Pruebas empíricas	30
5. El problema del compromiso terapéutico	31
6. Casos desafiantes	33
7. La importancia de la supervisión	34
Conclusiones	35
Bibliografía	37

Resumen

En el presente trabajo se utilizará como marco teórico de referencia, el cognitivismo y dentro del mismo, el modelo ABC de Ellis y el paradigma conceptual del procesamiento de la información, con el objetivo de brindar una explicación acerca de la génesis y mantenimiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia; proponer un tratamiento para los mencionados síntomas y una descripción acerca de las características del proceso terapéutico.

A través de los capítulos que componen el presente trabajo se intentará desarrollar en profundidad el porqué de la importancia de tener en cuenta los factores psicológicos que inciden en la etiología de la esquizofrenia, haciendo especial hincapié en los delirios y alucinaciones. Estos serán explicados desde el punto de vista psiquiátrico y desde el punto de vista psicológico, a través de modelos cognitivos, para luego comprender las bases y características del tratamiento de los mismos.

Introducción

La Esquizofrenia, es una enfermedad cuya etiología fue considerada por muchos años como principalmente biológica; y aunque se sabía también de la existencia de componentes psicológicos y sociales, estos no parecían tener el peso suficiente como para ser fundamentales en el tratamiento de esta enfermedad.

Cada vez más, se fue asentando la propuesta de que la esquizofrenia tenía una etiología múltiple y que por ende, el tratamiento debía abarcar cada una de las causas que habían generado su inicio y su mantenimiento.

En el presente trabajo se hace hincapié en los factores psicológicos, sin dejar de dar importancia a lo biológico y a lo social.

Se han elegido los factores psicológicos, por el hecho de que los conocimientos dentro de esta área han evolucionado notablemente. Lo que se propone es entonces brindar al lector información acerca de una de las propuestas para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Para poder lograr esto, se ha elegido como marco de referencia el cognitivismo, y dentro de este, el modelo ABC y al paradigma conceptual del procesamiento de la información. Ambos modelos brindan una explicación acerca de la génesis y mantenimiento de los síntomas positivos y se utilizarán para desarrollar una propuesta de tratamiento para los mismos.

Para comprender la Esquizofrenia, es fundamental conocer en profundidad cada síntoma que presenta. Sus características, los posibles motivos de su aparición y de que estos se mantengan en el tiempo. Solo así podremos encontrar la mejor manera de tratarlos y brindar a los pacientes la ayuda que necesitan para lidiar con ellos y lograr una mejor calidad de vida. Es por eso que se intentará, a lo largo del presente trabajo, ofrecer un modelo explicativo específicamente acerca de los síntomas positivos, así como una de las posibles formas de tratarlo.

A nivel personal, la elección del tema puede explicarse por mi interés particular en la psicoterapia cognitiva y en los trastornos severos, tales como la esquizofrenia.

Esta es una temática que a lo largo de la carrera despertó gran interés en mí y me motivó no sólo a saber más sobre la misma, sino también a buscar un trabajo como pasante relacionado con esta materia.

Tuve la oportunidad de ponerme en contacto con esta temática en dos hospitales. Uno de ellos, fue el Hospital Psiquiátrico Braulio A. Moyano, el otro, el Hospital de Día de la Clínica San Martín de Porres. Estos trabajos me permitieron conocer más en profundidad el trastorno y despertaron un gran interés en mí por continuar estudiando y especializándome en el tema.

Mucho de lo aprendido en estas experiencias está plasmado en este trabajo, que a su vez, me ha dado más herramientas para mejorar mi comprensión acerca de estos pacientes.

Los objetivos específicos del trabajo son:

- Describir modelos cognitivos que se utilizan para explicar los síntomas positivos de la esquizofrenia.
- Describir una de las posibles formas de tratamiento para los delirios y las alucinaciones.
- Describir el proceso terapéutico del tratamiento cognitivo propuesto.

Para lograr una mejor organización de la información y facilitar al lector el seguimiento de la temática, se presentarán a continuación tres capítulos, seguidos por las conclusiones obtenidas a lo largo del presente trabajo.

El primer capítulo hace referencia a la semiología de la esquizofrenia. Detalla las características patognómicas del trastorno, entre ellas los síntomas positivos, mejor conocidos como delirios y alucinaciones.

Se explicará también qué se entiende por delirio y por alucinación, lo cual se ilustrará con casos clínicos; casos que yo he presenciado en los trabajos realizados en los hospitales anteriormente mencionados.

En el segundo capítulo se desarrollarán explicaciones acerca de la génesis y mantenimiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia a través del modelo ABC propuesto por Ellis y desarrollado luego por otros autores y el paradigma del procesamiento de la información, ambos respaldados por el marco teórico cognitivo. Esta explicación brindará las bases para el desarrollo del tratamiento de estos síntomas.

En el tercer capítulo, se presentará una forma de tratamiento, desarrollada a partir del Modelo ABC y sostenida por cuestiones relevantes al procesamiento de la información que realizan estos pacientes. Asimismo, se hará referencia a cómo se desarrolla el proceso terapéutico y qué características debe tener el mismo para que sea efectivo.

Capítulo I : La Esquizofrenia. Criterios diagnósticos y síntomas positivos.

La esquizofrenia es una forma de psicosis que comprende un grupo de trastornos con causas heterogéneas y que agrupa a pacientes cuyos síntomas clínicos, respuesta al tratamiento y curso de la enfermedad pueden ser muy variados. (Kaplan, 1996).

Según el CIE-10, los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación a las mismas.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Son también frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas.

La perplejidad es frecuente, ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo.

El comienzo puede ser agudo o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña.

El comienzo agudo se presenta como una crisis que irrumpe en el sujeto precipitando situaciones hasta entonces relativamente compensadas, por el contrario cuando el inicio es insidioso, ocurre de forma solapada, como instauración paulatina de un síndrome que invade progresivamente al sujeto haciéndose cada vez más extensamente psicótico. En este caso, se hace sumamente difícil o imposible precisar cuando se inició realmente la psicosis. Se trata de una aparición progresiva en la que toda la vida psíquica del sujeto va paulatinamente cualificándose como psicótica. (Castilla del Pino, 1980)

El curso de la enfermedad también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. (CIE-10, 1992)

El manual diagnóstico DSM-IV propone cuales son los síntomas que deben estar presentes para poder realizar un diagnóstico de esquizofrenia. Estos son:

Criterio A:

- 1) ideas delirantes
- 2) alucinaciones
- 3) lenguaje desorganizado
- 4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5) síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia)

Además, de los nombrados síntomas, el paciente presenta disfunción social y/o laboral, persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses, dentro de los cuales se debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan con el criterio A.

Debe tenerse en cuenta también la exclusión de trastornos afectivos, enfermedades médicas o consumo de sustancias como causa de la aparición del trastorno.

La esquizofrenia se caracteriza por presentar síntomas positivos y síntomas negativos. El primero en

distinguir dentro del cuadro clínico estos dos grupos parece haber sido Reynolds, en 1857. Pero la denominación de síntomas positivos y negativos, fue difundida por el celebre neurólogo Jackson, quien postuló que los síntomas positivos como los delirios y las alucinaciones son causados por excesos en los procesos normales del cerebro, mientras que los síntomas negativos son causados por la disminución o desaparición de estos procesos.

Aunque Kraepelin no usó los términos, positivo y negativo, también reconoció dos grupos de síntomas. Creía que el núcleo de la esquizofrenia era el proceso de deterioro y al delirio y las alucinaciones los denominó « síntomas accesorios ». Pero gradualmente los síntomas positivos pasaron al primer plano, porque al ser más evidentes son más fáciles de definir con confiabilidad que los síntomas negativos y además, la revolución producida por los antipsicóticos, hizo que se les prestara especial atención.

Los síntomas positivos eran y siguen siendo centrales para el diagnóstico de la esquizofrenia (Lagomarsino, 1995).

La diferencia entre la esquizofrenia positiva y la negativa se establece en término de los distintos síntomas que cabe encontrar en un proceso esquizofrénico.

Así, la esquizofrenia positiva se caracteriza por la presencia de síntomas tales como delirios y alucinaciones, asociados estos a un pronóstico favorable, mientras que la negativa se define por la relativa ausencia de comportamientos que cabría esperar en una persona mentalmente sana (ajuste social, expresión de las emociones, etc.) y se encuentra asociado con un pronóstico desfavorable.

La distinción entre síntomas positivos y negativos encuentra su utilidad como variables independientes a la hora de diseñar investigaciones y pueden convertirse en elementos de gran valor heurístico ya que poseen implicaciones etiológicas e incluso se han desarrollado escalas para evaluarlas fiablemente y con un alto valor pronóstico (Belloch & Ibáñez, 1991).

Los síntomas positivos (delirios y alucinaciones), se presentan bajo diversas formas y con diferentes posibilidades de contenido.

Las alucinaciones son entendidas como una alteración en la percepción. Son falsas percepciones sensoriales no asociadas a un estímulo externo real. Pueden ser una interpretación delirante de una experiencia alucinatoria o no. Dentro de las alucinaciones, las que más se presentan dentro de los cuadros esquizofrénicos son las alucinaciones auditivas, comprendidas como una percepción falsa del sonido de voces, y las alucinaciones visuales, que hace referencia a una percepción falsa de imágenes formadas (por ejemplo gente) como no formadas (por ejemplo flashes de luz) (Kaplan, Sadock & Grebb, 1996).

La naturaleza de las alucinaciones puede cambiar a lo largo del trastorno. Durante los episodios agudos, las alucinaciones auditivas suelen ser acusadoras, demandantes o imperativas. Cuando el trastorno esta en remisión puede que las alucinaciones no desaparezcan, aunque pueden adoptar un contenido mas positivo, incluso sugerente (Belloch & Ibáñez, 1991).

Las alucinaciones pueden ser:

1) Auditivas: el paciente refiere voces, ruidos u otros sonidos. Las más comunes son las que se refieren a voces que hablan al paciente o le llaman de diversas maneras.

Ejemplificaré lo mencionado haciendo referencia a una paciente del Hospital B. Moyano, que había tenido repetidos intentos de suicidio, ya que no podía tolerar tener una voz en su cabeza que le decía que ella era una prostituta, que tenía sida y que debía morir por los pecados que había cometido.

Otra paciente, una señora que concurre al Hospital de Día de la clínica San Martín de Porres, dice escuchar voces que le anuncian la muerte de su hermana y se acerca a los profesionales del hospital, para corroborar si la información que ha escuchado es correcta.

2) Voces que comentan: son las alucinaciones que muchos fenomenólogos, entre ellos Kurt Schneider consideraron patognomónicas de la esquizofrenia. Estas alucinaciones se refieren a una voz que hace comentarios sobre el comportamiento o el pensamiento del paciente o a veces son dos o más voces que hablan entre sí, discutiendo algo sobre el paciente.

Una paciente del Hospital B. Moyano, refería escuchar voces que hablaban sobre ella, generándole gran ansiedad y malestar dada las características de las mismas. Eran dos personas que hablaban acerca de la paciente, refiriéndose a la misma como un ser inútil y despreciable que no servía para nada y no tenía razón de vivir.

3) Las alucinaciones cenestésicas : refieren sensaciones corporales peculiares.

Una paciente de 18 años había sido internada en el Hospital Moyano por afirmar una y otra vez que ella sentía un cosquilleo constante en su cuerpo y que se debía a las descargas eléctricas que le daban en la casa. Este hecho fue investigado por la asistente social del hospital, quien confirmó que las mencionadas torturas con máquinas eléctricas que recibía la paciente, eran delirios producto de las alucinaciones cenestésicas que presentaba la paciente y no hechos verídicos.

4) Alucinaciones olfatorias: implican que el paciente percibe olores desacostumbrados que típicamente

son desagradables

5) Alucinaciones visuales: en las cuales el paciente ve formas o personas que en realidad no están presentes (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). Un ejemplo de esto es el caso de una paciente que veía a su madre muerta por las noches. Su madre, muerta hacia varios años, venía a verla a su cama y la observaba.

El contenido de las experiencias alucinatorias, normalmente, está en consonancia con sus delirios y experiencias de pasividad, dolor, corrientes eléctricas y otras sensaciones corporales que el paciente atribuye a fuentes externas o inespecíficas (Belloch & Ibáñez, 1991).

Etimológicamente, la palabra delirio deriva del término latino *delirare*, que significa salirse del surco labrado, lo que aplicado al pensamiento sería algo así como « pensar saliéndose del surco normal».

Desde el punto de vista psicopatológico, los delirios son juicios falsos, que se caracterizan porque el individuo los mantiene con gran convicción, que no son influenciados ni por la experiencia ni por conclusiones irrefutables y que además su contenido suele ser imposible.

Este tipo de creencias anormales tendrían las siguientes características:

- ✎ el balance entre las evidencias a favor y en contra de la creencia es tal que otras personas lo consideran completamente increíble;
- ✎ la creencia no es compartida por otros;
- ✎ la creencia se mantiene con una convicción firme. Las manifestaciones o las conductas de la persona no cambian ante la prestación de evidencia contraria a la creencia;
- ✎ la persona está preocupada (emocionalmente involucrada) con la creencia y le resulta difícil evitar pensar o hablar sobre ella;
- ✎ la creencia tiene referencias personales más que convicciones políticas, religiosas o científicas convencionales;
- ✎ la creencia es fuente de malestar subjetivo o interfiere con el funcionamiento social de la persona y sus ocupaciones;
- ✎ la persona no dice llevar a cabo esfuerzos subjetivos para resistirse a la creencia.

Los delirios son heterogéneos en términos tanto del contenido como de la forma. Son parte de un continuo compuesto por dimensiones entre las creencias normales hasta las patológicas.

Teniendo en cuenta que los delirios son parte de un continuo y no una ruptura entre pensamiento normal y patológico, se tendrán en cuenta ciertas características de los mismos, que aunque ya nombradas se explicarán con mayor profundidad.

Inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza: Esta característica hace referencia al mantenimiento del delirio a lo largo del tiempo, a pesar de las evidencias en contra y es sin duda uno de los aspectos centrales del concepto de delirio. Sin embargo, hay delirios que no son invariablemente fijos, se podría hablar entonces de grados de «fijeza».

La inmodificabilidad se basa en la suposición de que el delirante se encuentra repetidamente con evidencias contrarias a sus creencias, pero que estas no le afectan. Esto no es del todo cierto, existen casos de que determinada evidencia puede modificar o debilitar el delirio (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Intensidad o convicción: Se refiere al grado de convicción que muestra el sujeto. Además del hecho de que esta característica puede ser muy variable, este aspecto es compartido con algunas creencias políticas o religiosas.

La ausencia de apoyos culturales: En la mayoría de las definiciones de los delirios se añade que la creencia no debe ser compartida por otros miembros del grupo cultural del individuo, como ocurriría con las creencias religiosas o políticas. El hecho es que esto significa que la

irracionalidad de una idea viene definida en parte por el consenso social y que los profesionales no debemos entrar en polémicas sobre los cuestionamientos de ideología a la hora de diagnosticar.

Por otro lado, también nos encontramos con problemas a la hora de aplicar este principio a la práctica clínica real, ya que en muchas ocasiones es realmente difícil estar al tanto de las creencias de pequeños grupos alejados de nuestro entorno habitual.

La preocupación: Las creencias normales, aunque las mantengamos con vigor y convicción, normalmente no nos preocupan. Pero en lo que concierne a los delirios, se suele mantener que los pacientes están continuamente rumiando sus ideas y emplean buena parte de su tiempo en reafirmarlas y expresarlas. Esto tiene mucho que ver con el hecho de que las creencias delirantes suelen implicar diversas áreas de las relaciones y vida del paciente y suelen ser sobre cosas o individuos que tienen una conexión con el delirante, lo que las convierte en ideas autorreferenciales.

La implausibilidad: Se refiere a la cualidad extravagante del delirio y esta relacionada con la característica de falsedad especialmente con el grado de verosimilitud de la creencia y con el grado en que el delirio se aparta de la realidad consensualmente determinada. Hay que tener en cuenta que mientras algunos

delirios son imposibles en cualquier circunstancia, otros, como los de persecución son plausibles en ciertos ambientes.

Se presentaran a continuación algunas de las ideas delirantes más comunes:

- 1) **De persecución:** el paciente cree que constantemente se esta conspirando contra él o que es perseguido. Un ejemplo de esto es el caso de una paciente de 52, años internada en el Hospital Moyano, que aseguraba ser perseguida por la policía y que no sabía por qué, ya que ella no había hecho nada para generar dicha situación. Los profesionales del hospital intentaron en más de una ocasión asegurarle que esto no estaba sucediendo y le pidieron que explicara cómo, si ella no había hecho nada malo, era perseguida por la policía. Ella sostenía que no sabía por qué le ocurría, que los policías estaban en todas partes incluso, en el patio del hospital, pero como ella se escondía no la habían podido encontrar.
- 2) **De culpa o pecado:** el paciente cree que ha cometido algún pecado terrible o que ha hecho algo imperdonable. Un ejemplo es el caso de un paciente de 56 años del Hospital de día, que decía obscenidades impulsivamente y creía que por hacerlo Dios lo iba a castigar o a sus familiares y amigos, ya que había cometido un pecado muy grave. Por lo cual, tras decir una obscenidad, se arrodillaba rezando y pidiendo perdón por su herejía.
- 3) **Delirios de grandeza:** el paciente tiene la creencia de que tiene poderes o habilidades especiales.
- 4) **Religioso:** el paciente esta preocupado por creencias falsas de naturaleza religiosa.
- 5) **Somático:** el paciente teme estar sufriendo una enfermedad corporal o anormal o siente que su cuerpo ha cambiado. Una paciente de 22 años del Hospital Moyano, fue internada con un cuadro delirante luego de ser operada de una anomalía facial, denominada por los doctores «dentadura invertida». Luego de la operación la paciente comenzó a decir que le habían quitado la cara durante la operación y que ahora no la tenía, y en su lugar habían puesto la cara de otra persona. Esto fue explicado por ella con argumentos tales como que ella era hermosa y que como todos la envidian decidieron robarle la cara. Pese a los esfuerzos de los psicólogos y psiquiatras, por mostrarle que su cara permanencia en su lugar, la paciente no hizo caso y continuo afirmando que se la habían quitado y que en su lugar habían puesto otra (Belloch, Sandín & Ramos, 1995)

Los delirios y las alucinaciones conforman entonces los síntomas positivos de la esquizofrenia.

La diferencia entre ambos reside en el hecho de que mientras las alucinaciones son alteraciones de índole perceptiva, los delirios son alteraciones del contenido del pensamiento.

Hemos visto ya la importancia que tienen para realizar el diagnóstico de la esquizofrenia y las características que presentan cada uno de ellos, así como las formas en que pueden presentarse siendo estas ejemplificadas mediante casos clínicos.

Capítulo II. Explicación cognitiva de los síntomas positivos de la Esquizofrenia y premisas para el tratamiento:

La comprensión acerca de la naturaleza de la esquizofrenia está atravesando un proceso de cambio radical. Después de 80 años de intensivos estudios acerca de predisposición la genética, biológica, del desarrollo, y factores psicológicos y sociológicos, ninguna investigación ha logrado aún determinar una causa necesaria o suficiente para explicar la esquizofrenia.

Se han desarrollado muchas nuevas teorías, la más significativa, hasta ahora, es la que propone la idea de que la esquizofrenia no es causada por un solo factor. Ni los factores hereditarios, bioquímicos, sociales o psicológicos pueden ser la causa única para originar la patología.

Los investigadores contemporáneos se han corrido del abordaje lineal y determinista. En su lugar, mantienen la idea de que la esquizofrenia es causada por una combinación de variables biológicas, sociales y psicológicas. Las teorías unidireccionales han sido reemplazadas por modelos sistémicos y cíclicos.

Ya no se cree en las simples relaciones causa – efecto en cuanto al origen de la patología y su manifestación. Ahora mantienen que los factores causales interactúan entre sí. Se piensa además que los factores que generan el trastorno, así como el trastorno mismo, afectan otros factores que influyen a su vez en el curso de la enfermedad. Las variables interactúan entre sí y pueden reforzar o debilitar los efectos de otras.

Un gran número de expertos coincide entonces en que es esencial utilizar medidas terapéuticas biológicas, sociales y psicológicas al tratar pacientes esquizofrénicos.

En la esquizofrenia, los procesos mediadores que están perjudicados son sobre todo los procesos atencionales y perceptivos. La habilidad para identificar, combinar y procesar estímulos internos y externos también esta dañada. Los psicólogos definen estas habilidades como «cognición».

Dada la importancia de estas habilidades en el trastorno, no puede entenderse cómo durante los últimos años se les ha prestado tan poca atención en lo que respecta al tratamiento de la esquizofrenia, especialmente cuando los clínicos han sostenido durante años, que las alteraciones cognitivas son un indicador clave de esquizofrenia, y la base de la sintomatología característica.

El procesamiento de información, se refiere a aquellos procesos que permiten identificar, combinar y explicar la información recibida. La forma en que las personas experimentan su vida y comportamiento está determinada por el modo en que procesan la información.

Los pacientes esquizofrénicos tienden a manifestar cambios específicos en muchas áreas del procesamiento de información. Los desordenes cognitivos básicos son generalmente descriptos como características de la esquizofrenia:

- a) la perturbada habilidad de seleccionar lo relevante y no dejar filtrar estímulos ingresantes irrelevantes;
- b) la dañada habilidad para mantener y dirigir el foco de la atención; la dañada habilidad para hacer uso de información guardada en la memoria e identificar estímulos;
- c) la imposibilidad de pensar abstractamente, hacer deducciones y conclusiones análogas o evocar un respuesta apropiada a causa de la interferencia en las competencias de respuesta.

Muchos autores suponen un déficit básico en estadios tempranos del procesamiento de la información. Las alteraciones en la atención selectiva, son pensadas como perjudiciales para la formación de conceptos, así como para la habilidad de evocar reacciones adecuadas en los correspondientes modelos preceptuales. Por otro lado, de acuerdo con los modelos conceptuales, los déficits en los niveles más altos de organización pueden dar lugar a alteraciones en la percepción, por vía de una inadecuada organización de la percepción del campo.

En el sistema de procesamiento normal de la información, sin embargo, la relación entre los procesos preceptuales y conceptuales es cíclica y esta interrelacionada: los procesos perceptuales y conceptuales interactúan, se equilibran y se regulan unos a otros.

Los psicólogos cognitivos han probado que las alteraciones básicas en el procesamiento de la información tienen un efecto perjudicial en la habilidad del individuo para llevar adelante funciones mentales complejas, como por ejemplo formar una opinión. Estas alteraciones afectan las emociones y comportamientos del individuo. La falla en la posibilidad de recuperar adecuadamente información de la memoria a largo plazo, puede dificultar la habilidad del individuo para coordinar sus pensamientos e ideas como patrón perceptual. Los pensamientos propios ya no son considerados como creados por uno mismo. Se cree entonces que son creados por un agente externo e impuestos al individuo. Como hay poca información acerca de la interrelación entre el procesamiento de la información y factores emocionales, cognitivos y comportamentales, son pocos los programas terapéuticos que se han dedicado a tratar las alteraciones cognitivas de los pacientes con esquizofrenia.

Existe también otra razón por lo cual el tratamiento cognitivo no está presente en los programas terapéuticos para pacientes esquizofrénicos. Los investigadores generalmente asumen que las alteraciones cognitivas pueden normalizarse con medicación neuroléptica. Esta hipótesis no verificada ha dado lugar a que los investigadores consideren innecesario tratar específicamente estas alteraciones. Lo cierto es que la medicación neuroléptica tiene pocos o bajos efectos en lo que respecta a los procesos cognitivos (Brenner & Hodel, 1990).

Los pacientes esquizofrénicos tienen alteraciones cognitivas que, por otro lado, no pueden ser completas o parcialmente curadas con medicación neuroléptica y que al no ser entonces correctamente tratadas interfieren en el tratamiento e intento de rehabilitación. La terapia cognitiva, apunta a mejorar el funcionamiento cognitivo, o desarrollar y fortalecer habilidades cognitivas.

Las alteraciones cognitivas fundamentales, determinan en gran parte si un individuo desarrollará esquizofrenia y cual será el resultado del tratamiento terapéutico. Esta visión es compatible con el Modelo de Vulnerabilidad y Estrés de la Esquizofrenia, que ve los problemas en el procesamiento de la información como una clave determinante de la esquizofrenia.

Brenner y Hodel (1990), presentaron un modelo de la esquizofrenia que hacía una distinción entre la vulnerabilidad (susceptibilidad) a la esquizofrenia (definida como un rasgo relativamente estable) y episodios psicóticos agudos (definidos como estados oscilantes).

Los fundamentos del Modelo de vulnerabilidad puede sintetizarse de la siguiente forma:

- Si un individuo es vulnerable o susceptible a la esquizofrenia, se convertirá en psicótico cuando enfrente problemas o tensiones tan abrumadores que sobrepasen sus recursos de afrontamiento.
- Si el individuo o su red social no pueden hacer nada para evitar el problema o sus consecuencias, es muy probable que la persona experimente un episodio psicótico de corta o larga duración.
- Si el individuo es exitoso en el afrontamiento de la situación estresante, el episodio pasara desapercibido sin importar si la persona es tratada o no. En la mayoría de los casos, el individuo susceptible o vulnera-

ble podrá funcionar y lidiar con las demandas de la vida, haciéndolo tan hábilmente como lo hacía antes del inicio del trastorno o la emergencia del episodio psicótico.

- El esquizofrénico es siempre vulnerable o susceptible de atravesar períodos agudos patológicos, limitados en el tiempo. La vulnerabilidad es, de esta manera, el único aspecto fundamental de este trastorno.

El término vulnerabilidad, se refiere a ciertos rasgos que pueden ser característicos de una persona. Estos rasgos describen la susceptibilidad de la persona en lo que respecta a la forma en la cual funciona, su estructura de personalidad y la predisposición a desarrollar episodios agudos de enfermedad. Una personalidad propensa a la esquizofrenia surge de una combinación de factores oscilantes de índole biológica, psicológica y psicosocial, que interactúan entre sí.

La vulnerabilidad puede entonces ser definida como un tipo de conector necesario entre los factores causales psicológicos y sociales, y el desarrollo patogénico (de origen biológico) de la esquizofrenia, que lleva a episodios psicóticos.

No existe una vulnerabilidad per se: no puede categorizarse en términos específicos. Existen varios niveles o grados de vulnerabilidad a la esquizofrenia.

De acuerdo con el Modelo de la Vulnerabilidad, un episodio esquizofrénico sólo ocurrirá si un individuo propenso a la esquizofrenia se enfrenta a demandas que superen sus recursos adaptativos y de afrontamiento.

El episodio agudo es definido como la caída del funcionamiento psicológico, a causa de una situación abrumadoramente estresante. La tendencia del individuo a volverse esquizofrénico esta recíprocamente relacionada con el estrés o el estresor. Ambos factores pueden ser vistos como inversamente relacionados unos con otros.

Si un individuo es muy propenso al trastorno, entonces casi cualquier forma de estrés será suficiente para dar lugar a un episodio agudo. Los individuos menos predispuestos sólo se enfermarán si se enfrentan a un monto de estrés sumamente abrumador. En otras palabras, los estresores son los que disparan el episodio agudo.

El estrés puede a su vez incidir en la vulnerabilidad del individuo. Los pacientes esquizofrénicos, por ejemplo, suelen reportar daños prenatales y perinatales y relaciones familiares tensas y problemáticas.

Los estresores pueden operar de dos formas diferentes. Los estresores que pueden disparar un episodio agudo, no pueden cambiar la medida en la cual una persona es vulnerable a la enfermedad (nivel de vulnerabilidad).

Los estresores son, o una expresión manifiesta de cuan vulnerable es una personalidad antes de un episodio, o son el disparador de una recaída. El trastorno también puede ser provocada por situaciones estresantes relacionadas con fases específicas del desarrollo, como la pelea por la autonomía en la adolescencia, cambios de vida adversos («eventos de la vida») y relaciones emocionalmente cargadas.

Los individuos vulnerables a la esquizofrenia son más propensos a generar problemas psicológicos ante situaciones estresantes. Son menos capaces de adaptarse y afrontar estos problemas por las alteraciones, perceptuales / atencionales y cognitivas que presentan y por ende más susceptibles a desarrollar el trastorno.

Lo que se propone entonces es que existe una susceptibilidad premórbida, que al enfrentarse a situaciones que el individuo vulnerable no puede sobrellevar, dan lugar al inicio del trastorno.

Esto explica porqué la esquizofrenia puede desarrollarse de diversas formas, dependiendo de la forma en que varios factores genéticos o biológicos interactúan con el impacto que causa el ambiente familiar (psicosocial).

Se puede volver entonces a la importancia que tienen las alteraciones cognitivas, sobre todo en lo que respecta al procesamiento de la información. Si la habilidad de procesar información está dañada, esto marca una vulnerabilidad en el individuo a padecer esquizofrenia.

Las alteraciones en el procesamiento de la información son predictores entonces de una personalidad premórbida vulnerable. Juegan un papel vital en la determinación de si un individuo vulnerable manifestará síntomas esquizofrénicos. Por eso, se debe prestar mucha atención a las alteraciones en el procesamiento de la información de los esquizofrénicos, si se quiere lograr un buen tratamiento y una efectiva rehabilitación. Tener en consideración las deficiencias en el procesamiento de información, puede ser muy valioso para desarrollar medidas preventivas.

Se puede concluir que los procesos cognitivos juegan un papel mediador en la interacción de los factores biológicos y sociales. Es por lo tanto absolutamente esencial que no sean omitidos en la terapia. Los métodos terapéuticos deben tomar en cuenta dos aspectos, si se quiere lograr efectividad en el tratamiento. Para empezar, el hecho de que los déficits atencionales y perceptivos tienen un importante efecto en los procesos conceptuales y en los sistemas de organización. Se debe reconocer también que los impedimentos cognitivos interactúan recíprocamente con estresores sociales, reforzando y escalando los efectos de

cada uno. En otras palabras, si los procesos cognitivos no están alterados, el tratamiento permanecerá parcial o totalmente inefectivo: es un círculo vicioso.

Las alteraciones cognitivas no solo son consideradas características centrales de la esquizofrenia. Son generalmente definidas como defectos en la habilidad para dirigir la atención, la percepción y el proceso de pensamiento y la posibilidad de distinguir datos relevantes de irrelevantes, una inhabilidad general para ordenar las percepciones y ver claras relaciones entre ítems esenciales y otros que no lo son. La habilidad para hacer uso de los esquemas básicos también está perturbada.

La atención es concebida como el primer filtro que separa los estímulos importantes de lo que no lo son, antes de que la información sea procesada. El Modelo del Filtro presentado por Brenner & Hodel (1990), postula un mecanismo de filtro defectuoso en los esquizofrénicos, dado que estos no pueden evitar la infiltración de información irrelevante. La inhabilidad para filtrar da como resultado una falla en la concentración, distractibilidad, falta de resistencia y una tendencia a fatigarse rápidamente. Esta inhabilidad para seleccionar y procesar información esencial, da lugar a sentimientos de inseguridad y ansiedad.

Los esquizofrénicos no pueden entonces organizar la información entrante para una presentación secuencialmente ordenada, o incluso encontrar relaciones vagas entre los muchos estímulos ingresantes: el resultado de los problemas atencionales puede verse reflejado en la forma caótica en la que los esquizofrénicos se comportan y trabajan. Por ejemplo, muchos esquizofrénicos no pueden llevar adelante una simple tarea como la preparación de una comida, ya que no pueden coordinar los pasos que deben seguir.

Otra de las dificultades con las que deben lidiar, es el hecho de no pueden anticipar qué puede llegar a ocurrir en una determinada situación, en la cual deban comportarse de una cierta manera, o tomar una decisión por la ya mencionada dificultad para hacer uso de sus esquemas o traer de la memoria a largo plazo, la información relevante para llevar a cabo la situación. Presentan también los mencionados problemas atencionales y de concentración, así como de percepción y pensamiento.

Las investigaciones psicológicas empíricas parecen indicar que los déficits en la memoria, característicos en la esquizofrenia, se originan durante los estadios iniciales del procesamiento de datos. Ese es el punto en el cual, la información que ingresa debe ser inicialmente organizada y filtrada para presentarla secuencialmente a los niveles más altos de organización.

Se han desarrollado innovadores abordajes para explicar los déficits atencionales que presentan los esquizofrénicos: las alteraciones en la atención son atribuidas a una reducción en la habilidad para procesar la información que ingresa en niveles más elementales y más altos. Los esquizofrénicos generalmente manifiestan alteraciones atencionales cuando se encuentran bajo estrés emocional, estrés que no pueden dominar con las usuales estrategias de afrontamiento. Brenner & Hodel (1990), creen que las alteraciones atencionales del paciente, reflejan su susceptibilidad (vulnerabilidad) a la esquizofrenia. En otras palabras, las alteraciones atencionales indican una vulnerabilidad existente.

En lo que refiere a las dificultades de conceptualización, existe un modelo que da cuenta de las mismas llamado Modelo de «Concreteness» (concreto). El término «concreto» designa la inhabilidad que tienen estos pacientes para formar conceptos abstractos, clases o categorías. Los pacientes esquizofrénicos no pueden reconocer que la información que ingresa se corresponde entre sí, y no puede percibir cómo los objetos o eventos están relacionados entre sí con un orden y dando lugar a un significado. Los esquizofrénicos se aferran de ítems concretos, o a sus propios símbolos concretos para formar nuevos conceptos.

El comportarse de una manera tan concreta, da lugar a la inhabilidad para ver ítems individuales como interrelacionados y encontrar conceptos clasificatorios apropiados y comprensibles. Un ejemplo de esto es el caso de un paciente que cuando se le pidió que clasificara copas y platillos, dijo que ambos eran platillos voladores.

Otra característica de estos pacientes es lo que se explica con el Modelo de la Superposición. Con el fin de formar nuevos conceptos, tanto los pensamientos relevantes como los irrelevantes deben ser procesados. La tendencia a sobreenfatizar relaciones y pensamientos irrelevantes, puede ser explicada por este modelo. Los neologismos también pueden interpretarse como una extensión de las asociaciones semánticas. La superposición puede causar al mismo tiempo razonamientos deductivos inadecuados, la inhabilidad para diferenciar estos procesos de pensamiento y una estructura insuficiente para los procesos de resolución de problemas.

El Concepto de Desorden Básico, explica los desórdenes en el pensamiento propios de la esquizofrenia. La investigación que sostiene este concepto, propone que los síntomas psicopatológicos clásicos, son causados por alteraciones primarias cognitivas empíricamente observables. Se sostiene también que estos desórdenes primarios son parcialmente determinados por defectos neurológicos. Los individuos afectados experimentan este desorden como una inhabilidad para generalizar la experiencia y predecir consecuencias así como percibir estímulos de una manera consistente y no distorsionada. Expresado de otra manera, «una inhabilidad para dirigir sus pensamientos» (Brenner & Hodel, 1990).

Todos los fenómenos, y en consecuencia, todos los organismos están requeridos de procesar la información que reciben. Nuestra experiencia transcurre en una realidad atravesada de forma permanente por un flujo incesante de información. Los organismos operan simultáneamente como receptores y emisores, y la necesidad de procesar la información es un requisito básico de la adaptación.

«Toda información genera, al ingresar en un sistema, un monto de incertidumbre que deberá ser procesada. Pero simultáneamente esa información puede operar resolviendo una incertidumbre existente previamente en el sistema. La resolución de la incertidumbre que toda información genera, se realiza por medio de un mecanismo de procesamiento que es equivalente para cualquier información, pero que difiere de acuerdo con su cantidad y complejidad».

«Las vías de entrada consisten en los receptores de que disponemos para incorporar la información. Dichas vías de entrada no son receptores pasivos impactados por estímulos circundantes. Operamos activamente en el ingreso de la información que nos impacta, pero solo podemos ingresar datos que se encuentran dentro de los límites de la información disponible».

«Una vez ingresada toda la información es filtrada por los poderosos mecanismos de clasificación, mediante los cuales tienen lugar una operación de ordenamiento, que permite contrastar la información recién ingresada con la que disponemos en nuestra memoria».

«La clasificación vuelve disponible la información para su resolución, basada en las operaciones que realizan los esquemas centrales de procesamiento. Estos esquemas constituyen el núcleo del procesamiento y contienen los programas, que al resolver la incertidumbre, convierten la información en elementos potenciales de una acción concreta en la conducta».

«La posibilidad de accionar psicológicamente depende de que los seres humanos posean alguna forma de conocimiento de la realidad, conocimiento que no se reduce a una forma fija o determinada, pues depende de cada organización personal y cultural que lo produce» (Fernández-Álvarez, 1992).

Lo que llamamos «realidad» no es otra cosa que la manera de delimitar el ámbito en donde se despliega la vida, psicológicamente hablando. Decir realidad es hablar del referente que el hombre construye para situar su experiencia.

Los principios de la psicología cognitiva brindan la posibilidad de describir la capacidad constructiva del ser humano, en función de acciones intrínsecamente psicológicas destinadas a procesar informaciones, en cuanto unidades y redes que forman esquemas de conocimiento. Se considera entonces el conocimiento como punto de partida, absolutamente necesario en toda acción humana. Todo lo que hacemos es el resultado de un diagrama de acciones basadas en el conocimiento que creemos disponer sobre la realidad en la que debemos operar (Fernández-Álvarez, 1992).

Los pacientes con esquizofrenia presentan entonces déficits en funciones psicológicas básicas como la atención, la memoria, la percepción y la formación de conceptos. (Estos déficits pueden ser tratados e incluso corregidos con técnicas cognitivas específicas.)

La posibilidad de tener una perspectiva, se refiere a la habilidad para reconocer, en términos globales y de consenso general, estándares acerca de qué verbalizaciones y comportamientos específicos son apropiados para cada situación y es esta habilidad una de las que los pacientes esquizofrénicos tienen dañada.

Las funciones cognitivas superiores alteradas así como el «procesamiento contextual», dan lugar al comportamiento esquizofrénico. De esta manera, los desórdenes cognitivos en la esquizofrenia son disfuncionales o desadaptativos en ambientes específicos y consecuentemente en formas únicas o personales. (Alford, & Beck, 1997)

En base a lo expuesto anteriormente, podría pensarse que existe una clara explicación cognitiva para la aparición de los síntomas positivos de la esquizofrenia. Es a causa de los déficits atencionales, perceptuales y de memoria, que estos pacientes presentan problemas para procesar la información que reciben y por ende tienen alterada la capacidad de construir una realidad coherente acerca de sí mismos y del mundo que los rodea.

Estas dificultades son las que dan lugar a la aparición de los delirios y alucinaciones, que debidas a perturbaciones perceptuales y del contenido del pensamiento, tienen como finalidad dar sentido a la experiencia del paciente. Aunque el sentido que brindan está sumamente distorsionado, es de gran utilidad para ellos ya que les permite no solo defenderse de aquellas situaciones que viven como amenazantes, sino también disminuir los niveles de ansiedad con los que conviven día a día, como consecuencia de la falla que presentan en los mecanismos necesarios para construir una adecuada representación de sí mismos y del mundo.

Teniendo en cuenta el importante papel que tienen los procesos cognitivos en la aparición de los síntomas positivos de la esquizofrenia, se han hecho importantes descubrimientos en el tratamiento de estos síntomas.

Uno de los descubrimientos es aquel que describe el uso de la Terapia Cognitiva para los delirios,

alucinaciones y paranoia puntualmente, teniendo como proposición central que al trabajar con estos síntomas el terapeuta debe no sólo dirigirse a las ideas delirantes, sino también a las cuestiones asociadas con estas, como la autovaloración que el paciente tiene de sí (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

Desde la perspectiva psicológica, el contenido y el tema de los delirios y las voces tendrían significado y sentido personal para la persona que los presenta y estarían conectados con el grado de vulnerabilidad psicológica que presenta el individuo.

Cada vez más la evidencia indica que existe una continuidad entre la psicosis y la normalidad. De hecho investigaciones hechas en esta área han demostrado que por ejemplo las personas paranoicas tiene exageradas las defensas ordinarias como el sesgo personal, mientras que la responsabilidad relacionada con las fallas o errores es atribuida a causas externas y la relacionada con el éxito es atribuida a causas internas.

En cuanto a los delirios, no existe aun evidencia convincente que los diferencie cualitativamente de otras formas de razonamiento.

Es por lo expuesto anteriormente, que los autores consideran injustificado considerar a la esquizofrenia como una forma de funcionamiento psicológico fuera de lo normal, (desde el punto de vista cualitativo) y es a causa de este pensamiento cerrado que se han retardado las exploraciones acerca de la aplicabilidad de la teoría cognitiva y la terapia que propone, a pacientes esquizofrénicos. Consideran también que la forma más adecuada para entender y tratar a estos pacientes es desde el estudio individual de cada síntoma (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

Para poder comprender la esquizofrenia es fundamental conocer en profundidad cada síntoma que presenta. Sus características, los posibles motivos de su aparición y de que estos se mantengan en el tiempo. Solo así podremos encontrar la mejor manera de tratarlos y brindar a los pacientes la ayuda que necesitan para lidiar con ellos y lograr una mejor calidad de vida.

En la búsqueda por comprender los síntomas positivos de la esquizofrenia, el cognitivismo ha propuesto varias teorías acerca de los mismos. Una de ellas, posiblemente la más clara y heurísticamente más útil dentro del marco cognitivo, es el modelo ABC de Ellis. Albert Ellis (1981), es el fundador y principal teórico y experimentador de la Terapia Racional Emotiva (RET). Sostiene que la RET tiene como premisa básica el hecho de que las personas controlan sus destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen. A partir de allí, da forma la famosa teoría A-B-C de las reacciones emocionales y conductuales. Esta teoría mantiene que las personas no reaccionan directamente de manera emocional o conductual ante los acontecimientos que encuentran en su vida, más bien, las personas causan sus propias reacciones, según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

La herencia biológica y las tendencias a aprender por nosotros mismos y a través de los demás se combinan para hacernos seres humanos y proporcionarnos nuestros fines y satisfacciones, así como las necesidades básicas. A causa de nuestras tendencias innatas y adquiridas, controlamos en gran medida nuestros propios destinos y especialmente los emocionales. Y lo hacemos por nuestros valores básicos y creencias, según la forma en que interpretamos o consideramos los acontecimientos que ocurren en nuestras vidas y según las acciones que elegimos para que así sucedan. Podemos colocar esto en el esquema A-B-C de la forma siguiente:

En el punto A es la Experiencia Activadora o Acontecimiento Activador, o sea, ocurre algo.

El punto B es la creencia que se tiene sobre A, lo que ha ocurrido el punto, C es la consecuencia emocional y conductual, pero no de A sino de B la creencia que la persona tiene sobre lo ocurrido (A).

A	B	C
Experiencia activadora o acontecimiento activador	Creencia que se tiene sobre el acontecimiento activador (A)	Consecuencia emocional y conductual en respuesta a la creencia (B) que se tiene sobre el acontecimiento activante (A)

La teoría de la RET, afirma entonces que las Experiencias Activadoras en A, no hacen que la persona tenga Consecuencias emocionales y conductuales en C, lo que lleva a C es la misma persona, es ésta el factor principal que produce las consecuencias al creer firmemente ciertas cosas en B, el Sistema de Creencias innatamente predispuesto y aprendido o adquirido.

Así, afirma la teoría central de la RET, las cosas que ocurren no son las que nos perturban, sino la opinión que tenemos de ellas. O sea, A (Acontecimiento Activador) no causa directamente C (consecuencia emocional y conductual); sino B (las creencias acerca de A).

1. Creencias irracionales

Las creencias irracionales pueden dar lugar a que una persona experimente problemas emocionales y conductuales. Las creencias irracionales pueden tomar una o más de las cuatro formas básicas, cada una de ellas relacionada con las otras:

- 1) La persona piensa que alguien o algo debería, sería necesario o tendría que ser diferente de lo que es en realidad;
- 2) La persona encuentra horrendo, terrible, horroroso que sea de esa manera;
- 3) La persona piensa que no puede sufrir, soportar o tolerar esta persona o esta cosa y por eso concluye que no debería haber sido como es;
- 4) La persona piensa que el/ella u otros han cometido errores o los siguen cometiendo porque el/ella o los otros no deben actuar como lo hacen y el/ella o los otros no son buenos para nada en la vida, merecen reprobación y uno puede ser catalogado como despreciables.

Las Experiencias Activadoras (A) suelen ser acompañadas de Creencias racionales (B) que dan lugar a Consecuencias apropiadas (C). Por otro lado, cuando aparecen tras haber sucedido un Acontecimiento Activador (A) Creencias irracionales (Ci), las Consecuencias son Inapropiadas.

Esto ocurre con los pacientes que presentan síntomas positivos. De determinados Acontecimientos (A) como por ejemplo las voces que oyen, tienen Creencias Irracionales (Ci) como por ejemplo los delirios y son estos los que los llevan a actuar de forma inapropiada (Consecuencias Inapropiadas).

A	Ci	C
Evento activador o acontecimiento activador	Creencias irracionales acerca del acontecimiento activador (A)	Consecuencias inapropiadas en respuesta a una creencia irracional (Ci) acerca del acontecimiento activador (A)

Para averiguar acerca de las Creencias irracionales, se deben examinar las Consecuencias emocionales y conductuales (C) y la Experiencia o Acontecimiento Activador (A) que tiende a preceder inmediatamente a C. Reflexionando sobre esta forma de evidencia, explorando y analizando los procesos del propio pensamiento, casi siempre se puede descubrir una o más de las Creencias irracionales. (Ellis, 1981)

Desde la teoría cognitiva pueden encontrarse cuatro tipo de cogniciones: las imágenes, las inferencias, las evaluaciones y los supuestos disfuncionales.

Las imágenes pueden generar ansiedad en una persona que desconoce algún evento futuro que se aproxima, por ejemplo una persona que debe hablar ante el público, puede imaginarse a sí mismo sin saber que decir o desmayándose en el escenario.

Las imágenes son entonces creencias sobre como son o pueden llegar a ser determinadas situaciones y que influyen en la forma en que las personas se sienten respecto de esa situación y como creen que se comportarían en la misma.

Las inferencias son hipótesis que pueden ser tanto verdaderas como falsas. Son predicciones o hipótesis acerca de lo que está sucediendo o está por suceder o ha sucedido.

Una forma de realizar una inferencia es mediante las atribuciones. Las atribuciones pueden ser tanto internas como externas. Las atribuciones internas son aquellas en la cuales la explicación que la persona realiza acerca de una situación, está relacionada con cuestiones personales e inherentes a la persona y que para modificar esta situación deben producir un cambio dentro de sí misma. Estas atribuciones se relacionan por ejemplo con cuestiones como la capacidad, el esfuerzo y la intención. Las atribuciones externas están relacionadas con cuestiones sociales o corporales en las cuales la persona no asigna ninguna participación activa a los factores psicológicos. Estas atribuciones están más relacionadas con cuestiones ambientales o azarosas, o cuestiones dentro de las cuales los esfuerzos del individuo o sus características de personalidad no juegan un papel fundamental.

Una evaluación es definida como el hecho de realizar un juicio en términos de bueno o malo. Una forma particular de evaluación son las llamadas «Evaluaciones de persona». Estas evaluaciones son estables, globales y de carácter condenatorio sobre la persona total y pueden ser acerca de uno mismo u otros.

Conocer las «evaluaciones de persona» que realiza un paciente son una de las claves terapéuticas para el tratamiento de los delirios.

Los supuestos disfuncionales son principios o reglas fundamentales que guían el comportamiento. Se piensa que el origen de estos supuestos tiene su origen en la niñez y es por eso que suelen ser implícitas, pero pueden ser deducidas al ver la conducta interpersonal del individuo.

Los pacientes suelen ser concientes de las inferencias que realizan. Las inferencias pueden tomar la forma de palabras, imágenes o fragmentos de imagen o imperativos. Por otra parte, suelen ser menos

concientes de las evaluaciones que realizan y muy raramente de los supuestos disfuncionales.

Al trabajar con el modelo cognitivo de ABC, se deben tener en cuenta cinco postulados que contienen los principios fundamentales del mencionado modelo:

Principio 1. Todos los problemas clínicos psicológicos son Cs:

La terapia cognitiva esta dedicada a mejorar los problemas severos de malestar emocional y conductual.

El modelo cognitivo sostiene que un evento es problemático si es asociado con malestar emocional significativo. Un problema conductual puede ser tal porque el individuo está haciendo algo que realmente no quiere hacer o no está haciendo algo que realmente quiere hacer. De igual forma, un problema emocional puede ser sentir algo que no quiere sentirse (como por ejemplo, un intenso nivel de ira o ansiedad) o por el contrario no sentir nada.

Es un error común creer que el problema se localiza en B (una creencia disfuncional), pero en realidad la importancia de reconocer y cambiar B no es el fin en sí mismo, sino que es el medio para solucionar C, que es donde se encuentra el problema.

Principio 2. El problema surge de B no de A:

Cuando los pacientes inician la terapia y se les pregunta qué es lo que los esta preocupando o molestando, casi siempre presentan como problema un evento o situación (A), por ejemplo un divorcio, o una emoción o comportamiento (C), como por ejemplo ansiedad o violencia. O presentan A y C como problemas juntos, por ejemplo una persona que ha perdido su trabajo y se siente deprimida.

Sin embargo la terapia cognitiva no considera que C es producto de un evento (A) sino que surge por el significado personal que la persona ha dado a dicho evento. En otras palabras, las acciones o sentimientos (C) surgen de las interpretaciones que la persona hace sobre el evento y no son consecuencia directa del mismo.

Las consecuencias son siempre de acuerdo al significado personal que se le da a un evento y es este el principio cardinal sobre el que se asienta el abordaje cognitivo.

Principio 3. Existen conexiones predecibles entre Bs y Cs:

Existen relaciones específicas entre contenidos de Bs y el tipo de emoción sentida (y conducta realizada) de Cs. Por ejemplo, las creencias relacionadas con amenazas ya sean estas por situaciones de peligro psicológico o físico, se relacionan con ansiedad y una tendencia a escapar o evitar dicha situación.

Principio 4. El núcleo de B surge de experiencias tempranas:

El significado personal que tienen los eventos para las personas, es lo que determina el carácter estresante de dicho evento. Las cogniciones tales como inferencias o evaluaciones están asociadas a esto, generando determinados tipos de emociones y conductas.

Las relaciones tempranas tienen un profundo impacto en las personas y en la mayoría de los pacientes, es allí donde se encuentra el núcleo de sus problemas. Los Bs más fundamentales (suposiciones disfuncionales y evaluación de personas) están relacionados con etapas tempranas y reflejan el monto de apego (acercamiento) y autonomía (auto definición) que el niño tiene.

Se considera que el desarrollo de la personalidad tiene dos motivaciones interrelacionadas:

- 1) Relaciónabilidad: la capacidad de establecer relaciones personales maduras y mutuamente satisfactorias.
- 2) Auto definición: El desarrollo de una identidad consolidada, realista, esencialmente positiva y referenciada de otros.

Cada individuo crecerá y desarrollará una personalidad con diversas características y diversos tipos y grados de vulnerabilidad. Es por eso que un mismo evento puede disparar diversas emociones y conductas, siendo algunos individuos más vulnerables que otros ante determinadas situaciones.

Principio 5. Debilitar las creencias permite debilitar el malestar asociado a las mismas.

La ventaja más grande del modelo cognitivo, es que ha creado un nuevo punto de intervención, las creencias (Bs). Al debilitar las inferencias y evaluaciones asociadas con problemas emocionales, se puede lograr mejorar la situación del individuo debilitando esos problemas.

2. Delirios:

La definición de los delirios como una «creencia falsa» ha sido duramente criticada, ya que la evidencia ha permitido establecer como criterio que el delirio es una «inferencia incorrecta», a través de la consideración de que las personas que deliran, tienen en realidad una tendencia de razonamiento diferente.

Que los delirios sean considerados como «firmemente sustentados» cambia el foco de cómo se forman a cómo se mantienen. La implicación es que todos los delirios se sostienen con total convicción. Aunque esto pueda ser verdad en muchos casos, no lo es en todos. En algunos casos las convicciones de los delirios cambian dramáticamente.

También se piensa que los delirios son casi imposibles de ser cambiados por la insensibilidad que presentan estos pacientes al razonamiento y aunque esto ha ido cambiando, sigue siendo considerado por muchos profesionales.

Es razonable pensar que los delirios son difíciles de modificar. Las creencias llamadas delirios varían considerablemente y son muchos y muy diversos los factores que determinan el resultado terapéutico, que deben ser examinados. También debe ser considerado si es más difícil modificar un delirio o una creencia religiosa o política muy arraigada.

Otra característica de los delirios es su contenido bizarro, el cual marca una diferencia entre lo que el delirante cree y otras personas que no sufren delirios. Los delirios son creencias que la gran mayoría de las personas no sostienen. Sin embargo, es necesario preguntarse cuál es realmente el punto de referencia, para determinar que tan bizarro es el contenido de un delirio.

Con el tiempo ha habido un cambio en lo que respecta a continuidad – discontinuidad y diferencias cualitativas y cuantitativas. El conocimiento acerca de los delirios ha cambiado y ya no son considerados como parte de una ruptura entre salud y enfermedad, racional e irracional sino que son pensados como parte de un continuo y en el intento por normalizar la situación delirante, es donde se puede lograr su mejoría, con el correspondiente bienestar del paciente.

Dentro del Modelo ABC, los delirios ocupan un lugar obviamente en la B, ya que son interpretaciones delirantes de un evento (A) y pueden o no traer asociado malestar significativo de índole emocional o comportamental (C).

Los delirios son una de las posibles formas de interpretar una situación. Un delirio siempre contiene una inferencia explícita, pero las evaluaciones suelen estar implícitas y deben ser alcanzadas mediante una cadena de pensamientos para lograr ir más allá de la interpretación delirante y descubrir las creencias evaluativas críticas. Solo cuando ambas, las inferencias (delirantes) y las evaluaciones son expuestas y conocidas es que pueden comprenderse las consecuencias emocionales y comportamentales.

Las dos metas de la terapia cognitiva para los delirios son, debilitar el delirio y debilitar el pensamiento evaluativo asociado.

El modelo cognitivo sostiene que las inferencias, como las interpretaciones delirantes de los eventos, son necesariamente influidas por antecedentes (estímulos internos o externos) y creencias resistentes (evaluaciones y suposiciones disfuncionales). Es por eso que las interpretaciones delirantes no pueden ser consideradas como resultado únicamente de un estímulo específico o las creencias de la persona. Lo que sí es cierto es que algunos delirios son influidos más fuertemente por eventos activantes y otros lo son más por creencias evaluativas.

3. Voces:

Se han reportado alucinaciones auditivas con personas ordinarias que no presentaban cuadros clínicos, bajo condiciones de laboratorio. Es por este fenómeno que muchos investigadores han propuesto la teoría de que existe una predisposición a escuchar voces dentro de la población y que esta puede o no desarrollarse por determinados eventos y condiciones.

La opinión actual de los investigadores dentro de la Psicología, es que existe la posibilidad de que las alucinaciones sean partes de un continuum con la normalidad y no parte únicamente de cuadros psicopatológicos (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

Esto nos llevaría a pensar una vez más que no existen polos de normalidad y enfermedad, sino que ambos son partes de un continuo y dentro del mismo pueden aparecer diversos fenómenos. Dichos fenómenos por ser parte de este continuo y no una ruptura con la realidad pueden ser tratados al punto de mejorar notablemente la situación de la persona.

Las alucinaciones auditivas compuestas por voces, son percibidas por aquellos que las presentan como alguien hablando. Sin embargo cada experiencia es muy personal y es por eso que varían tanto las características de las voces así como su contenido.

Volviendo al modelo ABC, podríamos destacar que las voces no son creencias (B) sino eventos activantes (A).

Esta manera de entender el fenómeno de las voces brinda una nueva perspectiva al entendimiento y tratamiento de las voces, porque permite comprender que el malestar y la conducta de afrontamiento son consecuencias no de la alucinación en sí misma, sino del significado individual que la persona otorga a dichas alucinaciones. De hecho, las creencias acerca de las alucinaciones, serían delirios secundarios.

Por mucho tiempo con estos pacientes se pensó que era la alucinación el motivo por el cual aparecían estos problemas. Con este pensamiento, el tratamiento enfocado a disminuir el malestar y alterar la conducta del individuo al mismo tiempo que eliminar las alucinaciones, traía implícito el tratamiento de los problemas secundarios que tenían y que fueron antes mencionados. Estos tratamientos se basaban en la premisa de que la forma de afrontamiento individual y el afecto que aparecían, dependían de la naturaleza de la alucinación.

Sin embargo esta explicación fue muy simple. Las investigaciones han demostrado cómo voces con contenido similar evocaban diversas formas de afrontamiento. Parecería entonces que la naturaleza y fortaleza con la cual cada individuo responde al fenómeno de las voces esta mediado por procesos psicológicos.

El modelo cognitivo de las voces se apoya sobre una fuerte base empírica, que a su vez se asienta sobre dos predicciones esenciales. La primera de ellas, es que las emociones y las conductas de afrontamiento están conectadas con las creencias que las personas tienen sobre las voces; esta es la premisa fundamental del modelo. La segunda predicción, es que las creencias no son interpretaciones directas sobre el contenido de las voces. Si así fuera, las diferencias en la conducta de afrontamiento y el malestar podrían ser entendidos con el solo hecho de investigar el contenido de las voces (A) como creencias (B).

Existen cuatro tipos de creencias de particular importancia: aquellas voces que hacen referencia a la identidad; aquellas que tienen una intención (por ejemplo que según refiere el paciente «tratan de lastimarme o ayudarme»); aquellas que poseen poder o son omnipotentes, y; creencias acerca de las consecuencias de obedecer o desobedecer a las voces.

Un gran porcentaje de las voces oídas son pensadas como extraordinariamente poderosas u omnipotentes y esta creencia es sostenida por cuatro tipos de evidencia.

- 1) Los síntomas colaterales que sufren estos pacientes contribuyen a pensar en la omnipotencia de las voces, al creer que son las voces las que generan dichos síntomas.
- 2) Las personas generalmente atribuyen determinados eventos a las voces que escuchan, y luego citan dichos eventos como prueba del gran poder que tienen las voces.
- 3) Tres cuartos de pacientes que escuchan voces no tienen la suficiente influencia sobre las voces como para «prenderlas» o «apagarlas» y esto se debe al poder que tienen las voces.
- 4) Finalmente, casi todas las voces dan la impresión de saber todo acerca de la historia de quien escucha dichas voces. También saben acerca de los pensamientos actuales, sentimientos o acciones y lo que el futuro les depara. Frecuentemente, las voces se refieren a comportamientos o pensamientos de alto contenido emotivo, que el individuo teme que otros conozcan. Al tener las voces semejante poder y conocimiento sobre la persona, hace que los pacientes se sientan expuestos y vulnerables.

Dos aspectos importantes de las voces son, su identidad y propósito, o sea para qué se comunican con la persona. Las personas suelen considerar a las voces como malévolas o benevolentes. Las creencias sobre las voces malévolas pueden tomar dos formas; o las voces comunican un castigo merecido o una persecución no merecida.

Las respuestas comportamentales y emocionales a las voces entran dentro de tres categorías. La primera es el compromiso, lo cual implica una actitud cooperativa con la voz y afecto positivo para con la misma. Resistencia es la segunda, e implica un comportamiento resistente y combativo, así como el intento de evadirla y trae aparejado un afecto negativo ya sea este miedo, ansiedad o depresión. La tercera es la indiferencia que implica no comprometerse con la voz y es muy inusual.

Es entonces fundamental comprender qué significado tienen las voces para aquel que las escucha, ya que sólo así se podrá entender la emoción y el comportamiento que traen aparejado las mismas.

La terapia cognitiva trabaja produciendo cambios a través de la modificación de las inferencias y evaluaciones que realizan las personas, con las cuales construyen su mundo, a sí mismos y su futuro.

Existen al menos dos prerrequisitos para poder practicar terapia cognitiva de forma efectiva con estos pacientes. La primera es el uso de una buena base de trabajo a través de: establecer una buena alianza, lograr que el cliente participe colaborativamente, comprender la perspectiva individual y única de los sentimientos de cada paciente y ayudarlos a atravesar el difícil y muchas veces doloroso camino del trabajo terapéutico.

El segundo requisito es el conocimiento de los principios cognitivos y sus características interventivas, tales como el modelo ABC, que sostienen como se comprende a estos pacientes y cual es la mejor forma de tratarlos. En otras palabras, el terapeuta debe estar bien informado acerca de la teoría para utilizarla correctamente como guía de su práctica.

4. Delirios: Su evaluación y formulación.

4.1 Evaluación desde el modelo ABC, de los delirios.

Para evaluar los delirios se ocupan al menos seis sesiones y en ellas se considera tanto su funcionamiento actual como la historia de su desarrollo, porque se considera que ambas son fundamentales para el tratamiento cognitivo.

Generalmente se considera que en las primeras dos sesiones no se debe casi dirigir al paciente, sino escuchar su historia y empezar a detectar áreas de malestar. Se reflejan los sentimientos y experiencias que parecen importantes y se comenta al paciente cuando no es comprensible su relato y se le piden clarificaciones.

Se debe evitar iniciar el proceso discutiendo la experiencia delirante del paciente, a menos que él así lo quiera. En vez de eso, deben explorarse dos áreas; primero, cómo se siente el paciente con el hecho de venir a la sesión, los pensamientos e impulsos relacionados con él, y segundo, quien lo ha derivado hacia nosotros.

Quién lo ha derivado es importante, sobre todo con pacientes psicóticos, quienes no ven sus síntomas como un problema y carecen de conciencia de enfermedad. En general estos pacientes llegan a la consulta traídos por un familiar o derivados por otro profesional, sin que los pacientes lo sepan o hayan consentido.

Cuando el paciente dice que no tiene ningún problema y que no necesita terapia esto debe ser tomado en serio. Estos pacientes están cansados de escuchar una y otra vez que sus creencias son erróneas o que lo que perciben no existe y que solo se los puede ayudar medicándolos. Esto no implica dejar de tratar al paciente sino dialogar con él teniendo en cuenta sus necesidades, pero estableciendo, que las decisiones referidas a su tratamiento son con el fin de mejorar su situación.

La terapia cognitiva debe establecer que su interés es en los problemas emocionales y comportamentales del paciente. En particular, que desea explorar si el paciente tiene problemas de esta índole que le gustaría cambiar. El terapeuta y el paciente deben entonces buscar dichos problemas y luego acordar un número de sesiones.

A muchos pacientes se les ha dicho que su problema está en A (por ejemplo la voz que escuchan) o B (el delirio que tienen). Este tipo de acercamiento produce rechazo y debe ser evitado, estableciendo entonces una visión conjunta de los problemas en términos de Cs.

La terapia cognitiva es un proceso colaborativo que intenta establecer un foco de cambio acordado entre paciente y terapeuta. Si esto no está presente, entonces el progreso utilizando este modelo es imposible.

4.2 Evaluando los eventos activantes:

Evaluar los eventos activantes es importante y puede obtenerse a través de una discusión cuidadosa con el paciente, o el uso de un diario ABC (que contiene eventos que generan malestar emocional y que han ocurrido entre sesiones), o a través de otros métodos.

Generalmente el tipo de eventos que disparan el pensamiento delirante y malestar asociado, ofrecen indicios acerca del nivel de vulnerabilidad psicológica que tienen estos pacientes y de cuánto pueden soportar.

La primera regla al evaluar As, es lograr que el paciente pueda enfocarse en un evento específico asociado con malestar emocional. Al hacerlo, el terapeuta debe tener en cuenta además, que aquello que dispara el malestar, puede ser tanto interno como externo.

Los delirios son intentos sostenidos de dar sentido a eventos que generan un gran monto de malestar que no puede evitarse.

Parte de la terapia cognitiva para los delirios incluye trabajar sistemáticamente, buscando evidencias e interpretaciones no delirantes para el evento estresante que da lugar al delirio.

4.3 Evaluando la emoción y el comportamiento.

Emoción: el problema del individuo es definido en términos de malestar emocional y comportamiento alterado y el objetivo de la terapia cognitiva es cambiar esto. El método consiste en debilitar las creencias asociadas, por lo que medir el nivel de malestar emocional y comportamental es vital.

La elección de qué emoción o emociones a estimar son guiadas por la evaluación ABC, que indicarán qué sentimientos de aquellos que generan malestar están asociados con los pensamientos delirantes.

Comportamiento: Medir el comportamiento asociado con los delirios es más difícil que medir el afecto o emoción.

Una forma de acceder a esta información es preguntar qué sería diferente en su vida si no creyera aquello en lo que cree. Este proceso puede tomar algún tiempo, pero es una poderosa forma de inducir al paciente a involucrarse con la terapia cognitiva, porque le permite llegar a reconocer que es la creencia y no determi-

nados eventos, lo que le impiden hacer determinadas cosas que le gustaría hacer (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

4.4 Evaluando las Creencias (Bs): Delirios

Los delirios son creencias complejas, que reflejan la necesidad de considerar diferentes características o dimensiones del pensamiento delirante. Esto incluye: convicción, preocupación, formación, evidencia a favor y en contra y susceptibilidad de cambio.

Convicción: Se refiere a cuan seguro está el paciente sobre determinada creencia. La preocupación implica el monto de tiempo que el paciente pasa pensando en la creencia.

Tanto la convicción como la creencia son las formas de medición fundamentales del pensamiento delirante y cómo puede cambiarse en la terapia.

Generalmente cuando el terapeuta esta evaluando las convicciones delirantes, el paciente le preguntará si cree en su delirio y tal vez incluso diga que debe creerlo.

El terapeuta tiene entonces dos posibilidades, una de ellas es aceptar el delirio y la otra es desafiarla de una forma confrontativa y no del todo preparada. En vez de esto el terapeuta necesita transmitir su incertidumbre y generar una atmósfera de empiricismo colaborativo. Esto implica mantener en duda el delirio hasta poder comprobar su verdad o falsedad.

Existe una tercera respuesta, que es de fundamental importancia en la terapia cognitiva. Esta es, que el terapeuta transmite que lo que realmente le preocupa acerca del paciente es su malestar y su comportamiento alterado (las Cs); dado que estos son consecuencias de creencias y no de eventos, es importante para el paciente y el terapeuta evaluar la certeza de esas creencias.

Preocupación: Tiene que ver con cuanto tiempo el paciente dedica a pensar en sus creencias delirantes.

Como parte del proceso de cambio en terapia cognitiva con delirios, muchos individuos pasan gran parte del tiempo pensando en sus creencias delirantes, tal vez incluso probándolas, y por eso pueden parecer más preocupados que antes. De hecho la terapia cognitiva estimula al paciente a prestar mas atención al delirio y a considerar mas sus pensamientos y creencias que generan malestar.

Formación: Al conocer cómo se ha formado la creencia, sin lugar a dudas, debe haber influencias importantes de las que no se tiene registro, no obstante puede tenerse de algunas de ellas, por lo menos parcialmente.

Al examinar los recuerdos que tiene el paciente sobre cómo se ha formado su delirio, no se debe asumir que todo lo que recuerda ocurrió tal cual lo describe y tampoco que el paciente tiene noción de todas las influencias que lo generaron. Lo que se busca son los pasos y los temas interpersonales, contenidos en el proceso de formación del delirio.

La intención es buscar los diferentes estadios del pensamientos delirante del paciente, y ver si los delirios están conectados a determinados eventos o experiencias de importancia que le darían sentido.

Evidencia: juntar evidencia a favor y en contra es una parte esencial de la evaluación cognitiva. Se recolecta información de la historia del paciente y eventos que haya vivido, que podrían ser el soporte del delirio. Lo que se debe tener en cuenta es la veracidad de la información pasada que nos da el paciente, ya que una vez que se ha formado el delirio, éste suele generar una reinterpretación de la experiencia pasada.

Existe la posibilidad de medir el potencial del paciente para aceptar la disconfirmación del delirio. Un posible evento hipotético inconsistente con el delirio es descripto y se le pregunta al paciente si tal evento podría alterar el delirio. El terapeuta debe primero preguntar si puede pensar si existe un evento que lo llevaría a dudar o modificar su creencia. Esto es lo que permite evaluar las posibilidades del paciente de dudar, modificar o disconfirmar su delirio.

4.5 Evaluando Creencias evaluativas nucleares (Bs):

Al evaluar las Bs el terapeuta no solo busca clarificar el delirio, sino también las creencias evaluativas o temas asociados al delirio. De especial importancia son las evaluaciones de sí mismo y de otros, o sea las evaluaciones de persona.

Este es uno de los aspectos más desafiantes de la terapia cognitiva con delirios, pero también uno de los mas críticos, porque permite acceder al conocimiento de posibles funciones defensivas del delirio y este material puede ser usado en la terapia para hacer el delirio más comprensible.

Esta función defensiva suele ser entendida como un intento de defender al self de una amenaza, especialmente prevenir pensamientos auto evaluativos dominantes, asociados a desesperanza, culpa o vergüenza.

4.6 **Desafiando los delirios:**

Es razonable pensar que los delirios son difíciles de cambiar. Esta posición mantiene que las creencias denominadas delirios, varían dentro de numerosas dimensiones y son por lo tanto muchos los factores que influyen en el resultado terapéutico.

Otra idea que ha disuadido a los terapeutas de aplicar terapia psicológica a los delirios, es la que sostiene que debilitar o remover los delirios puede ser perjudicial para el individuo que los presenta. Aquí cambia la perspectiva desde « ¿puede ser modificado un delirio? » hasta « ¿debe ser modificado un delirio? ». La idea es que si el delirio se forma para proteger al individuo de una amenaza inaceptable, entonces removerlo implicaría re-exponer a la persona a la amenaza.

La evidencia obtenida en investigaciones sobre terapia cognitiva para delirios, sugiere que debilitar un delirio está asociado con una notable disminución en el malestar emocional y el comportamiento alterado.

En todo proceso terapéutico se espera que el paciente atraviese un período durante el cual se incrementa su malestar y el trabajo del terapeuta es estar alerta a esta posibilidad y tomar las medidas necesarias.

La terapia cognitiva funciona bien cuando el terapeuta y el cliente comparten un propósito común y trabajan juntos en la persecución de dicho propósito. El propósito compartido es reducir el malestar, debilitando los delirios.

5. Voces: Compromiso y evaluación

5.1 Lograr un compromiso con pacientes que escuchan voces:

El logro del momento inicial o período en el cual se intenta establecer el compromiso terapéutico, es lograr que el cliente vea el malestar como proveniente de las creencias que tiene sobre las voces y no como un producto de la alucinación.

Tres de las estrategias centrales para lograr el compromiso terapéutico son:

- 1) debilitar aquellas creencias específicas que amenazan el progreso;
- 2) fomentar el hecho de que el paciente no es el único que padece alucinaciones y que se ponga en contacto con otras personas que escuchan voces, y
- 3) realzar las conductas de afrontamiento que el paciente ya posee.

La relación entre paciente y terapeuta debe ser colaborativa y segura. El terapeuta debe conferir la idea de que está comprometido a reducir el malestar del paciente y mejorar su calidad de vida.

Existen ciertos temores acerca de la terapia con pacientes que oyen voces, por ejemplo el hecho de que el terapeuta no puede hacerse la idea de cómo es escuchar voces. Sin embargo es tranquilizador para el paciente que el terapeuta le transmita cómo trabaja, cómo ve a aquellas personas que escuchan voces y cómo ve el proceso terapéutico con ellas.

El paciente suele estar preocupado acerca de que el terapeuta pueda ser controlador o forzarlo a hacer o decir cosas durante la terapia. Dado que estos pacientes ya de por sí están lidiando con voces poderosas, es importante que el terapeuta tenga esto en cuenta y lo trate con el paciente. El terapeuta debe aclarar que no forzará al paciente a hacer o decir nada que no quiera, ya que no tiene necesidad de hacerlo y no lograría nada con eso.

El modelo ABC es muy útil con respecto a que el terapeuta no puede comprender como se siente escuchar voces.

Al trabajar con voces se deben tener en cuenta los conceptos de omnipotencia y omnisciencia, benevolencia y malevolencia, afecto y comportamiento, ya que todas pueden permitir comprender como se siente el paciente y predecir sus emociones o conductas y tal vez también qué es lo que cree.

Omnipotencia: Es la creencia de que la voz es muy poderosa y no se puede escapar de ella. Esto lleva a los pacientes a sentirse atrapados por el poder de las voces. También suelen sentirse deprimidos y desesperanzados.

Omnisciencia: Esto hace referencia al conocimiento que las voces parecen tener acerca de los pensamientos, conductas, temores, experiencias y autoevaluaciones del individuo que las escucha. Esto hace sentir al individuo expuesto y vulnerable.

Conformidad: La conformidad o acuerdo con las voces es un tema muy complejo. Las personas que consideran a las voces benévolas, están dispuestas a obedecer las órdenes de las mismas, pero se sienten conflictuados cuando las órdenes son amenazantes para la vida.

Las personas que obedecen a voces malévolas es porque temen las consecuencias de no hacerlo, ya que las voces pueden ser amenazantes si no se hace lo que ordenan.

Pérdida de confianza: Las voces benévolas despiertan un afecto que no suele ser problemático. Sin embargo la falta de poder, la dependencia y la falta de confianza en sí mismos suele aparecer en personas que escuchan voces con estas características. La dificultad se encuentra por ejemplo en que las personas

obedecen por estar de acuerdo y las voces suelen ser las que dirigen las situaciones o toman decisiones debilitando a la persona.

Una de las dificultades con las que se encuentra la terapia, son aquellas voces que hacen comentarios negativos sobre la terapia misma. Los terapeutas, sabiendo que esto puede pasar se lo anticipan al paciente. Este es un método preventivo, ya que le da credibilidad a la terapia el hecho de que el terapeuta supiera que esto podía pasar.

Al iniciar el proceso terapéutico los individuos toman conciencia de que parte del proceso implica cambiar la relación que tienen con las voces y muchos de ellos pueden expresar preocupación, porque consideran que las voces son muy poderosas como para ser desafiadas.

Existen varias formas de ir normalizando las voces, al mostrar al paciente que pueden ser predecibles y comprensibles. Muchas de las situaciones que disparan o exacerban las voces son aquellas que el paciente considera estresantes. Establecer una conexión entre el estrés y la actividad de las voces, hace que la persona empiece a dudar de las voces como poderosas y sobrehumanas y las vea como débiles y malas, por querer llegar a las personas cuando estas se sienten vulnerables. Los pacientes reconocen entonces que las voces se alimentan de la vulnerabilidad y la inseguridad y ven entonces que si ellos son menos vulnerables e inseguros, las voces serán menos controladoras y temidas.

Una buena forma de introducir este punto es probar si la actividad de las voces es mayor los días que el paciente tiene sesión terapéutica, porque para muchos pacientes estas son consideradas como estresantes.

Al aumentar las estrategias de afrontamiento del paciente, se busca darles más poder y debilitar la omnipotencia de las voces. Esto supone desarrollar un repertorio de estrategias de afrontamiento para facilitar una respuesta de afrontamiento automática y se puede hacer de la siguiente manera:

1. Resaltar la fuerza de los intentos que hace el individuo para enfrentar a las voces. Esto es fundamental también para lograr una alianza terapéutica
2. entender cuales son los factores que disparan a las voces
3. desarrollar un sentido de conciencia sobre las habilidades que tiene la persona para lidiar con las voces.

5. 2 Evaluación cognitiva de las voces:

Se debe distinguir entre la forma de la voz, el contenido (órdenes, insultos, comentarios) y la relación del individuo con la voz (creencias, afecto, comportamiento).

El modelo ABC en relación a las voces es importante, ya que permite revelar cómo las respuestas emocionales y comportamentales reflejan las creencias que la persona tiene sobre las voces y no son producto directo de las alucinaciones. Las creencias delirantes más significativas son las que se relacionan con la identidad de la voz, su propósito, su poder, sus conocimientos y sobre las consecuencias del acuerdo o desacuerdo y resistencia con lo que las voces dicen.

5.3 Eventos Activantes (As): Contenido.

Muchas veces los pacientes confunden el contenido de la voz con lo que ellos creen sobre la voz. Para poder conocer el contenido de las voces, puede usarse por ejemplo un diario para monitorear lo que las voces dicen o han dicho.

Las voces generalmente hablan claramente y con un nivel de volumen normal, son repetitivas y sus palabras tienen un gran peso emocional. Suelen también ser breves. Muchos de los pacientes que escuchan voces suelen alegar que oyen más de una voz.

El contenido de la voz está determinado por cómo lo percibe el individuo que la oye. Por ejemplo, que la voz diga « ve a Londres» puede ser percibido como una orden o como un consejo y escuchar «ten cuidado» puede considerarse una amenaza o una advertencia. La distinción entre una orden y una sugerencia reside en la interpretación, que no siempre es clara. La percepción de una declaración como una orden puede verse reflejada en el tono de la voz o en la creencia que la persona tiene sobre la voz. La clave es tomar nota de lo que la voz exactamente dice y clarificar por qué el paciente la interpreta como lo hace.

Las voces más frecuentes suelen hacer referencia a abusos, vulgaridades o insultos. Las críticas suelen ser más personales y tienen significado subjetivo. El criticismo suele apuntar a la naturaleza del paciente de hacer autoevaluaciones negativas.

En base a lo que los pacientes expresan, las voces pueden venir desde los oídos (voces externas) o como originadas dentro de su cabeza o mente (voces internas).

La mayoría de los pacientes que escuchan voces no reconocen que las voces son disparadas por eventos o sentimientos. Es una parte importante de la evaluación clarificar que esto es así y explorar el sentido psicológico de los disparadores. Para muchos el disparador es la ansiedad, antes y durante las sesiones de terapia. Otras voces pueden activarse por silencios incómodos en las sesiones. Pensar en las voces es otro disparador común, o que la persona recuerde eventos que le generan culpa o ira.

5.4 Evaluando el comportamiento y el afecto (Cs):

El comportamiento y el afecto (Cs) asociado a las voces reflejan las creencias que la persona tiene sobre las voces. Por ejemplo aquel que considera las voces como malévolas suele resistirse a ellas y los que las consideran benevolentes, obedecen a las voces sin problema alguno y acuerdan con ellas. La resistencia suele acompañarse de sentimientos negativos como temor, culpa, ira, ansiedad y depresión; en contraste, el compromiso implica regocijo, reverencia, etc.

Las conductas de afrontamiento solo son entendibles cuando están conectadas con las creencias del paciente acerca de las voces.

5.5 Evaluando las creencias (Bs):

Los individuos interpretan las voces, no como sus propios pensamientos, sino que son atribuidas a otras personas. Consecuentemente se puede ver la vinculación de la persona con la voz como interpersonal, y de hecho, la relación muestra mucho de la dinámica ordinaria del modo de relacionarse de la persona.

El presunto poder de las voces es sintetizado por dos creencias nucleares que se refieren a conformidad y control.

Las creencias de conformidad vienen en dos formas. La primera concierne la inferida consecuencia de la obediencia o desobediencia a las voces imperativas. La segunda conformidad que opera, es la referida a las consecuencias de no escuchar a la voz o no tomarla en serio. Evidencia de esto son conductas de las voces, como que le gritaron o amenazaron, o eventos que son atribuidos a las voces, por ejemplo un sujeto que asegura que por haber ignorado a la voz no puede hablar y estuvo inmovilizado por una hora.

La mayoría de los oyentes cree que las voces son omnipotentes o muy poderosas. Esto puede verse en cuatro tipos de evidencia. Primero, muchos pacientes refieren síntomas colaterales, que contribuyen a dar sentido a la omnipotencia de la voz. Por ejemplo un paciente que oyó que la voz le ordenaba matar a su hija y pudo sentir su cuerpo moviéndose hasta ella, como si estuviera dirigido por alguien o algo. Segundo, los individuos dan ejemplos de cómo atribuyen eventos a las voces y luego citan los eventos como pruebas del gran poder de las voces.

Tercero, la mayoría de los oyentes de voces no pueden apagar o prender las voces y esto es también una prueba del poder de las mismas.

Finalmente, muchas de las voces dan la impresión de saber todo sobre la historia del individuo, sus pensamientos, sentimientos y acciones y lo que el futuro les depara, eso ocurre porque las voces son omniscientes.

5.6 Evaluando las creencias evaluativas:

Al buscar creencias evaluativas asociadas a voces, es muy útil comenzar con lo referido a la identidad y significado de las voces, en particular en cuanto lo que respecta a la benevolencia o malevolencia de las mismas. Las creencias acerca de la benevolencia o malevolencia de las voces son las que conforman los delirios secundarios. Uno de los delirios tiene que ver con ideas paranoicas y el otro con ideas de grandiosidad, ambos usados como defensas del sí-mismo.

Al utilizar la cadena de pensamiento, es posible ir mas allá de la defensa delirante y revelar las defendidas autoevaluaciones negativas. El terapeuta puede entonces utilizar este tema para buscar significado psicológico en otras áreas de la experiencia alucinatoria, tal como identificar qué da pie a las voces y su contenido (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

Capítulo III. Tratamiento psicoterapéutico de los síntomas positivos de la Esquizofrenia.

La esquizofrenia es un trastorno que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y puede llevar también a un alto riesgo suicida, así como a otras condiciones de vida amenazantes. El cuidado de los pacientes requiere entonces múltiples esfuerzos para reducir la frecuencia y severidad de los episodios así como reducir la morbilidad y mortalidad que este desorden acarrea.

Los pacientes requieren cuidados continuos y comprensión durante el curso de sus vidas, ya que dada la posible cronicidad de la esquizofrenia, el tratamiento puede no tener límites en lo que respecta a su duración.

Ya se ha establecido que el trastorno puede tener comienzo de una forma aguda o insidiosa. Vamos a centrarnos en este momento en la etapa aguda, dado que los síntomas positivos se hacen presentes en la misma.

Durante la etapa aguda, incluso en aquellos pacientes que no son peligrosos para sí mismos o para terceros, el hospital suele ser el lugar más indicado para que puedan atravesar este período, ya que son observados por psiquiatras y médicos, quienes regulan la condición física del paciente, así como la medicación y los efectos secundarios que esta pudiera presentar; porque están contenidos y cuidados por el personal del hospital y porque cuentan con el apoyo de psicólogos y otros profesionales para una mejoría más rápida y efectiva (Herz, Riberman & Lieberman, 1997).

Es entonces fundamental establecer los siguientes objetivos durante la fase aguda: evaluar la posibilidad de internar al paciente, trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales para lograr la disminución de la sintomatología, logrando también una mejoría en el estado de ánimo del paciente, por la disminución del malestar y ansiedad que los síntomas le generan; entablar una buena relación con el paciente y con su entorno familiar para un trabajo más efectivo; y formular planes terapéuticos a corto plazo (Alvano, 2000).

En lo que respecta al tratamiento de la esquizofrenia, las técnicas de la terapia cognitiva facilitan el distanciamiento de los pensamientos. «Distanciamiento» se refiere a la habilidad de ver los pensamientos propios (o creencias) como construcciones de la «realidad» en lugar de verlos como la realidad misma. Teniendo esto en cuenta, una técnica para tratar este tipo de pacientes, es aquella en la cual se le pregunta si otras personas parecen coincidir o no con las creencias que él tiene con respecto al material delirante. El paciente puede ser guiado a través de un proceso de reconocimiento hacia la discrepancia que parece haber entre su perspectiva y la de otros. Luego, el terapeuta lleva adelante un diálogo con el paciente para discutir como mejor dar cuenta de la diferencia. Ambos se centran directamente en la evaluación de la evidencia sobre la cual se basa la creencia. Cuando los pacientes esquizofrénicos son impulsados a tener en cuenta la perspectiva de otras personas temporalmente, pueden tomar más distancia de sus creencias disfuncionales.

Dado que el desafío directo de los delirios ha sido asociado con reacciones negativas de algunos pacientes, la estrategia alternativa es utilizar una técnica socrática para lograr, colaborativamente con la persona, poner a prueba sus creencias. Por ejemplo el terapeuta puede preguntarle si otras personas parecen acordar con su estimación del delirio, y si el paciente contesta que no, entonces el terapeuta puede preguntar como da cuenta de eso. Esto será seguido por un diálogo para considerar la evidencia sobre la cual se asienta el delirio. Este acercamiento evita que sea el terapeuta quien parezca tener todas las respuestas. En lugar de ser el profesional tratante quien tiene la solución, el paciente y el terapeuta trabajan colaborativamente, para desarrollar una forma de poner a prueba sus creencias, de una manera con la cual ambos estén de acuerdo.

El terapeuta cognitivo debe prestar atención a las emociones asociadas con los pensamientos y creencias delirantes. En algunos casos, el hecho de saber cuál es el estado emocional del paciente al activarse determinadas creencias, puede ayudar al terapeuta a comprender qué es lo que mantiene dichas creencias. En otros casos, el tratamiento exitoso de las creencias delirantes, puede verse facilitado al poner atención a los sentimientos positivos asociados con explicaciones alternativas de los eventos, que hasta el momento han sido malinterpretados en términos delirantes negativos. Si el afecto consecuente ha cambiado para convertirse en positivo, entonces el paciente se sentirá más fuertemente motivado para considerar la evidencia incongruente con la creencia desadaptativa (Alford & Beck, 1997).

Una clave fundamental en el trabajo con los síntomas positivos, es la suposición de una continuidad entre fenómenos psicóticos y no psicóticos, y un rechazo de la suposición tradicional de discontinuidad y ruptura. Una vez que este término fue rechazado, se pudo hipotetizar acerca del síndrome y considerar a los delirios como cualquier otra creencia. Desde este punto de vista, la aproximación cognitiva estaría buscando normalizar la experiencia de estos individuos. Por lo tanto, en la terapia cognitiva con delirios y voces la tarea más importante es normalizar los procesos psicológicos, pero sin querer dar a entender con esto que se normaliza el contenido del delirio.

El foco del enfoque cognitivo está puesto en el significado que da la persona. La B del modelo ABC es la clave para la evaluación y el tratamiento. Es entonces el significado el corazón del proceso terapéutico.

Para poder entender el sistema de creencias del paciente, el terapeuta debe trabajar colaborativamente con él. Solo así se podrán conocer entonces los significados personales que tienen las voces o el contenido de los delirios para los pacientes (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

El gran poder que tiene el modelo ABC, es que permite obtener una evaluación del paciente tal, que nos brinda la clave del tratamiento. En cuanto el terapeuta ha identificado el malestar y la alteración y las ha unido a una creencia, ya tiene una estrategia terapéutica para tratar de mejorar la situación del paciente.

La terapia cognitiva es sumamente útil para conectar los síntomas con la vulnerabilidad psicológica y las experiencias tempranas. Al realizar estas importantes conexiones, permite hacer los síntomas más comprensibles tanto para el terapeuta como para el paciente. Cuando vamos más allá de tener en cuenta solo los síntomas porque estos deben ser entendidos dentro de una perspectiva más amplia, teniendo en cuenta una teoría sobre el desarrollo psicológico del individuo y su vulnerabilidad.

El rol del sí-mismo es un componente central en la psicoterapia cognitiva, las creencias autoevaluativas son la piedra angular de B en el modelo ABC descrito con anterioridad. La amenaza al sí-mismo se experimenta en el punto B, en la forma de inferencias sobre las intenciones de otros y las evaluaciones que los otros hacen de sí. La amenaza más significativa es tanto una autoevaluación asociada a culpa o desesperanza, o la pérdida del sí-mismo como uno mismo.

No se debe dejar de tener en cuenta que existe además de una vulnerabilidad psicológica, una biológica que favorece la emergencia de los síntomas que ya han sido vistos.

Las personas que oyen voces o deliran, tienen en común con otras personas que tienen la necesidad de construir un sentido de sí-mismos y están sujetos a exponerse a amenazas en el proceso de dicha construcción.

La tarea terapéutica fundamental es entonces entender la vulnerabilidad psicológica del individuo, en términos de apego y autonomía, creencias evaluativas y otras asociadas a malestar emocional y comportamiento disfuncional. Esto es que lo que busca hacer al trabajar con alucinaciones y delirios.

Son ocho los pasos entre la evaluación del paciente y el momento de la intervención: Las primeras dos o tres sesiones con el cliente debe conducirse de una forma no directiva, dando lugar a una atmósfera de empatía y escucha para lograr que el paciente cuente su historia, incluyendo su problema actual, los eventos que lo precipitaron y conocer posibles experiencias traumáticas que han contribuido a las características de vulnerabilidad que presenta el paciente.

Cuando se ha arribado al punto en el cual el terapeuta tiene ya una idea general sobre lo que al paciente le pasa y se ha establecido un buen rapport, es el momento adecuado para obtener información más específica y comenzar con el tratamiento cognitivo.

Los ocho pasos son entonces:

1. Centrarse en el problema

Una vez obtenida la información que brinda un panorama sobre la situación del paciente, el terapeuta debe comunicar al paciente que ya tiene una idea sobre lo que le ocurre y que es momento de comenzar a trabajar con los problemas principales. Se le puede preguntar al paciente: «¿cuál es el problema con el cual le gustaría comenzar a trabajar primero?», o «¿qué es lo que más lo está molestando en este momento?»

El problema que el paciente describe debe contener por lo menos elementos de A (un evento o situación o experiencia subjetiva), y de C (como se siente al respecto o como se ha comportado frente a dicho problema). A veces también aparecen elementos de B (una interpretación de alguna índole sobre lo sucedido).

El terapeuta puede ir entonces formulando intuitivamente hipótesis acerca de las creencias disfuncionales, que subyacen a dichos problemas.

2. Evaluar las C

El centro del problema es la c, el malestar emocional y el comportamiento alterado o autflagelante del paciente.

Las C se pueden dividir en reacciones emocionales o comportamentales y dentro de la práctica unas pueden servir para deducir otras.

Cs Emocionales: Dentro de estas hay dos elementos, la intensidad de la emoción y el tipo de emoción.

Conocer la intensidad de la emoción es una información útil para evaluar si el paciente realmente necesita terapia o simplemente apoyo moral y consejos prácticos, y segundo para poder progresar lentamente hasta el establecimiento de la creencia que dio lugar a esta emoción.

Para muchos pacientes es muy difícil expresar la intensidad de la emoción o admitirla. Para poder fomentar esto es necesario que el terapeuta logre establecer un ambiente de seguridad y empatía. Es importante considerar que las emociones se expresan no solo desde lo verbal sino también desde el comportamiento no verbal.

Una segunda tarea es establecer el tipo de emoción que el paciente está experimentando. Generalmente, los pacientes no pueden expresar claramente el tipo de emoción que experimentan en una determinada situación.

Existen tres emociones primarias negativas, la ansiedad, la ira y la depresión, que presentan a su vez numerosas emociones secundarias que son permutaciones de estas, como culpa depresiva o vergüenza depresiva. El terapeuta generalmente puede lograr que el paciente nombre una de estas emociones primarias, como la más cercana a lo que está sintiendo.

Cs Comportamentales: Estas pueden ser una acción o un impulso para actuar. El tipo de comportamiento esta usualmente relacionado con el tipo de emoción, y esto se debe a que las personas no solo responden emocionalmente ante las interpretaciones que hacen sobre un determinado evento, sino que también hacen algo al respecto.

Es raro que un paciente distinga netamente las Cs emocionales y comportamentales. En realidad la separación ABC está en la mente del terapeuta. Desde el punto de vista del paciente los tres componentes son experimentados como uno solo y es el trabajo del terapeuta distinguirlos.

3. Evaluar las A:

La tarea al clarificar la A es lograr que el cliente brinde información sobre los hechos objetivos de un evento específico que pudieron haber disparado la C (consecuencias comportamentales y emocionales).

Los A más obvios son aquellas situaciones o incidentes que se inician en el aquí y ahora de la vida diaria del paciente, memorias de eventos recientes o distantes o predicciones sobre eventos futuros.

Sin embargo, las A también pueden ser los sentimientos y comportamientos propios de una persona (las Cs pueden ser As), o los pensamientos y creencias de una persona (Bs pueden ser As). Es importante que el terapeuta ayude al cliente a construir una detallada y objetiva descripción de los aspectos de la situación en orden, para luego poder desafiar las imágenes distorsionadas del paciente.

4. Confirmar que A-C es el problema:

El terapeuta comunica al paciente su comprensión sobre A-C parafraseando lo dicho por el paciente. El terapeuta no debe desestimar el poder de la conexión A-C. Los pacientes se sienten más de una vez a merced del poder de A, se sienten sobreexcedidos por eventos o experiencias y sienten también que han perdido el control.

5. Evaluar las B:

La tarea del terapeuta es evaluar las imágenes, inferencias, evaluaciones y supuestos disfuncionales. Antes de hacer esto el terapeuta desea que el paciente comprenda que los significados que los eventos tengan para él (B), son centrales para poder comprender el problema.

Hay ciertas formas rápidas de ayudar al paciente a adquirir insight en este punto.

Una de ellas es brindar una A y mostrar las diversas formas acerca de cómo se puede reaccionar ante A (C) y mostrar como los pensamientos diversos (B) que surgen sobre A, dan lugar a las diversas C.

El terapeuta vuelve luego al problema A-C del paciente y le propone que la siguiente tarea será explorar las creencias que tiene sobre el problema (B). Para lograr la conexión B-C, lo mejor es utilizar un proceso de cadena de pensamientos. El encadenamiento empieza casi siempre con una inferencia. Así, irá conectando pensamientos hasta obtener la interpretación más cercana al evento.

6. Formulación: (1): Conectar Bs con Cs (2): Conectar ABC con el desarrollo psicológico temprano:

En el proceso de evaluar las As, Bs y Cs, el terapeuta también ha producido una formulación acerca del problema actual. Esta formulación muestra específicamente qué cogniciones de B están generando malestar a nivel emocional y comportamental en C, dado A. En otras palabras, conecta los sentimientos y comportamientos de la persona en una situación, con el significado personal que dicha situación tiene para él.

Para entender la reacción ante el evento, el terapeuta debe conocer la vulnerabilidad del paciente. La vulnerabilidad es entendida como evaluación personal negativa que trae consigo un gran malestar para la persona. Esto lleva a su vez a tratar de entender de donde proviene esta vulnerabilidad. Generalmente es de experiencias infantiles, entre ellas pueden estar las ya mencionadas, falta de apego o falta de autonomía y que son sumamente importantes a la hora de definir cómo serán las relaciones interpersonales de la persona y también su nivel de vulnerabilidad ante determinadas situaciones.

7. Establecer la meta y proponer las opciones:

El terapeuta pide al paciente reestablecer el problema en términos de ABC y comparar esto con la formulación original A-C del problema. Después, se pide al paciente que plantee la primera meta terapéutica, qué es lo que le gustaría cambiar. Aún conociendo la B, muchos pacientes pueden ver como meta cambiar A.

Es el deber del terapeuta mostrar al paciente las cuatro formas principales de responder a un problema:

- 1) Se puede tratar de evadirlo o huir de él.
- 2) Se puede no hacer nada al respecto.
- 3) Se puede tratar de cambiarlo de alguna manera.

El hecho de que el paciente en terapia sugiera que todas las respuestas anteriores han fallado es lo que permite al terapeuta ofrecer la opción 4:

- 4) Puede reducir el malestar emocional y comportamental discapacitante trabajando para cambiar sus creencias nucleares.

También se puede destacar que si se logra cambiar B con éxito también se cambiará exitosamente A.

8. Desafiar las creencias:

Si el paciente considera al igual que el terapeuta, que es el momento indicado, se inicia el proceso de intervención cognitiva para desafiar las creencias a través de discusiones y testeo empírico. Esto requiere algunas habilidades, tales como tratar de dar la menor cantidad de consejos al paciente y en su lugar lograr que sea el paciente quien provea las sugerencias y posibles soluciones, logrando así construir las capacidades del cliente de aprender a resolver sus problemas.

La discusión y puesta a prueba de las inferencias está basado en un método científico, a través del cual las hipótesis son hechas y sostenidas o desconfirmadas al obtener la evidencia relevante. A través de esta técnica, el terapeuta ayuda al paciente a ser más conciente acerca de posibles distorsiones cognitivas.

1. El proceso de desafiar los delirios.

Los delirios deben ser conceptualizados como declaraciones inferenciales, que pueden o no ser ciertas. El desafío es reunir evidencia para comprobar su veracidad o falsedad, generar marcos alternativos y buscar pruebas empíricas de los delirios.

Etiquetar a los delirios como inferencias, muestra que el terapeuta necesita tratar de identificar y debilitar no sólo los delirios sino también las creencias asociadas, especialmente las evaluaciones del sí-mismo (Ej.: Soy muy malo) y de otros (Ej.: Sos totalmente inferior).

El terapeuta espera que a través de la terapia cognitiva el cliente logre cuatro insights respecto del delirio. Primero, reconocer que el delirio es una creencia, no un hecho de la vida. Segundo, que representa una reacción a algo o un intento de darle sentido a ciertos aspectos de su vida. Tercero, que reconozca que el delirio trae consigo un costo emocional y comportamental. Cuarto, cuando el paciente considera, discute y pone a prueba el delirio, llega a reconocer que es falso y lo abandona buscando en su lugar una explicación más plausible y gratificante a nivel personal (una nueva B) que le da sentido a la experiencia (A).

En términos del modelo ABC, esto significa:

1. El paciente reconoce que el delirio es una creencia y no un Evento Activante.
2. El paciente entiende mejor cómo el delirio (creencia) fue una reacción a algo y una forma de explicar la experiencia (eventos activantes).
3. El paciente reconoce que mucho de su malestar (consecuencias emocionales y comportamentales) estaban relacionadas con el delirio (creencia) y que no es por lo tanto una inevitable consecuencia de una experiencia (evento activante).
4. A través de un proceso de discusión colaborativa y testeo directo, el paciente rechaza el delirio a favor de una alternativa explicativa (nueva B) que le genera menos malestar emocional y comportamental (nuevas Cs).

El proceso de desafiar las creencias asociadas implica tener en cuenta cómo se conectan los delirios con éstas, ya sea inferencias o pensamientos automáticos y la forma de asociarlas es través de una cadena de pensamientos. Hay dos momentos en el proceso de desafiar las creencias asociadas. Uno en que cual el terapeuta ayuda al cliente a conectar el delirio con las creencias asociadas, buscado que el delirio se vuelva más comprensible en términos de su posible función psicológica. En otras palabras, son las creencias asociadas, las que brindan las huellas hacia la interpretación del posible significado psicológico y función que cumple el delirio.

Segundo, el terapeuta desea debilitar las evaluaciones negativas, en particular las del sí-mismo, para reducir el malestar del paciente y su vulnerabilidad.

2. Desafiando la evidencia que sostiene la creencia.

Se suele iniciar con el desafío verbal de los delirios, preguntando acerca de la evidencia que tiene el paciente para sostener la creencia. Se empieza indagando las porciones menos significativas de la evidencia, hasta llegar a las más significativas. El acercamiento más utilizado es que para cada porción de evidencia, el terapeuta pregunta al paciente cuál es la interpretación que hace de ella y luego le propone una más razonable y probable. Lo que se busca es que el paciente pueda también pensar interpretaciones alternativas en lugar de que sea el terapeuta quien se las de.

Cuando el terapeuta pregunta acerca de la evidencia que tiene la persona sobre sus delirios, tiene en mente dos objetivos. Uno de ellos es fomentar que el paciente se cuestione o incluso rechace la evidencia que sostiene la creencia, y tal vez de esta forma socavar la convicción del paciente sobre el delirio mismo. Para algunos pacientes, desafiar la evidencia es una intervención muy poderosa, que produce substancialmente una reducción en la convicción delirante.

El segundo objetivo es transmitir lo esencial del modelo ABC. Esto es, que las creencias fuertemente sostenidas influyen el comportamiento, el afecto y la interpretación de lo que hacen las personas. Nuestras creencias más arraigadas, conforman nuestro prejuicio, que es el que impregna las inferencias que hacemos todos los días y conforman nuestro pensamiento automático.

Los delirios además de interpretar la experiencia presente y futura, reinterpretan la experiencia pasada en base a las creencias actuales.

3. Desafiar el delirio directamente.

Esto implica una serie de pasos. Primero, cualquier inconsistencia o irracionalidad que pueda apreciarse en el sistema de creencias del paciente debe señalarse. Segundo, el delirio se muestra de otra manera, como un intento de dar sentido a una determinada experiencia, y tercero, se muestra como desde la perspectiva del paciente, el delirio carece de validez interna y externa y trae consigo un enorme costo personal.

Los delirios son reacciones e intentos de darle sentido a una experiencia específica, generalmente a una experiencia amenazante. Es una forma comprensible y razonable de encontrar sentido, a momentos en los cuales el individuo está desconcertado, ansioso o asustado. Pero el delirio tiene un gran costo a nivel emocional y altera notablemente el comportamiento, lo cual el individuo no toma en cuenta y debe ser remarcado por los terapeutas.

Es sumamente importante trabajar este período pre-delirante, en el cual son emociones tales como la ansiedad o el miedo, las que llevan a la persona a explicar delirantemente la situación con el fin de aminorar estos miedos que se presentan y que lo llevan a temer volverse loco. Todo esto debe ser tratado en el período pre-delirante, a través del trabajo terapéutico con estos pacientes.

Hasta ahora, el terapeuta ha iniciado el proceso de desafiar las creencias delirantes, ha dado un nuevo marco al delirio, como un intento de darle sentido a una determinada experiencia (por ejemplo síntomas de alguna índole) y ha logrado generar en el paciente la idea de que el delirio está psicológicamente motivado.

El terapeuta y el paciente pueden proseguir con esta idea de que el delirio está psicológicamente motivado, intentando buscar otras funciones psicológicas para las que el delirio podría servir. Las creencias evaluativas asociadas a las creencias delirantes, son la clave para el funcionamiento psicológico del delirio. El terapeuta procede entonces una vez más a conectar las evaluaciones y creencias delirantes, segundo transmite la naturaleza de esta conexión en términos de función psicológica (por ejemplo que los delirios son una defensa contra evaluaciones del sí-mismo negativas) y tercero pone a prueba las creencias asociativas.

Finalmente el paciente y el terapeuta evalúan el delirio a la luz de la evidencia alternativa discutida previamente. El terapeuta puede mostrar las ventajas y desventajas de este nuevo marco interpretativo.

4. Pruebas Empíricas.

Parte de la terapia cognitiva implica poner a prueba la creencia o supuesto en cuestión. Esta prueba empírica involucra planear y llevar adelante una actividad que valide o invalide la creencia o parte de ella. Son lo que Beck (1979) ha llamado «experimentos comportamentales».

Aunque estas actividades pueden tener efectos terapéuticos directos, el propósito principal por el cual la terapia cognitiva usa un testeo empírico es para lograr cambios cognitivos.

Fennell (1989) propuso un procedimiento para que el terapeuta negocie la prueba a realizar con el paciente. Esta es:

1. Especificar la inferencia que el test está evaluando (sí... entonces...)
2. Rever evidencia existente para el resultado predicho.
3. Crear un experimento específico para testear la validez de la predicción.
4. Tomar nota de los resultados.
5. Sacar las conclusiones de este test específico.

La preocupación central de la terapia cognitiva para voces, no es eliminar la actividad de las voces, sino debilitar las creencias que dan lugar al malestar. La intervención cognitiva que se utiliza pone el foco en buscar formas de cambiar las inferencias de los individuos acerca del significado de las voces (por Ej.: «estoy siendo castigado por mis errores») y las relaciones asociadas (Ej.: «soy totalmente inútil»).

Por las creencias acerca de las voces, son vistas como intentos razonables de dar sentido a una experiencia extraña y emocionalmente provocativa.

Para un mejor abordaje de las creencias sobre las voces, lo mejor es seguir un orden. Se recomienda empezar trabajando con las creencias concernientes al poder de la voz (y la impotencia del individuo), especialmente en lo referido a complacencia y control. Esto se debe a dos razones. Primero, porque al desafiarlas baja más el monto de ansiedad que al tratar aquellas referidas a la identidad y el significado. Si

esto es exitoso, entonces las voces son vistas como menos poderosas y los individuos como más poderosos, y esto hace que el malestar disminuya también.

Antes de proceder a discutir y poner a prueba las creencias, el paciente y el terapeuta necesitan haber compartido tres puntos. Primero, que las creencias sobre las voces no son hechos sino hipótesis, inferencias, y que como tales pueden o no ser ciertas. Segundo, que las creencias y no las voces mismas son las que generan el malestar en la persona. Finalmente que la razón para cuestionar y poner a prueba las creencias de una forma colaborativa, es con el fin de disminuir el malestar que el paciente padece.

Habiendo establecido que las creencias son meras posibilidades, el terapeuta desea ahora mostrar al paciente que su malestar y alteración están ligados al particular significado que el paciente ha dado a las voces y que no es un rasgo automático de escuchar voces. Para poder asumir esto, se le pide a los pacientes que imaginen por un momento que sus creencias sobre las voces son falsas y que consideren el impacto del malestar. Para hacer este ejercicio más seguro, no se le pide al paciente que imagine que las voces son sus propios pensamientos porque esto puede ser muy amenazante, lo que se le pide es que piense en ellas como un impostor del algún tipo. Esto prepara el camino para desafiar las creencias más adelante.

Se ha de construir una motivación para el cambio. Lo que ya se ha logrado con el paciente es mostrarle que las creencias sobre las voces tienen un costo, que pueden o no ser ciertas y que las creencias pueden cambiar y de hecho lo hacen. Este punto se hace explícito cuando terapeuta y paciente logran una colaboración mutua para trabajar.

Lo que el terapeuta hace ahora es motivar al paciente para que se cuestione sus creencias, al considerar las ventajas y desventajas de que estas sean verdaderas o falsas.

Habiendo establecido que el paciente estaría mejor si las creencias fueran falsas, el terapeuta sugiere que sería bueno que él y el paciente exploren juntos las creencias dentro de la seguridad de la terapia.

Como ya hemos visto, las creencias son reacciones o intentos a dar sentido a las alucinaciones auditivas. Tienen entonces una motivación psicológica, que es disminuir la ansiedad, al dar sentido a lo que está ocurriendo. Para poder ayudar al paciente, el terapeuta debe practicar el cuestionamiento socrático y trabajar colaborativamente.

Es bien sabido que las voces suelen aparecer tras episodios de abuso sexual, duelo y otras formas de trauma emocional. Se las puede pensar entonces como una respuesta a una amenaza psicológica extrema. Esta idea no deja de lado la influencia de factores biológicos, ya que no hay explicaciones de por qué sólo algunas personas que experimentan situaciones amenazantes y traumáticas, escuchan voces.

En terapia se trabaja con el paciente para intentar dar sentido psicológico al significado de las voces. Esto se logra al conocer la historia del individuo y explorar el significado implicado en las voces, que se puede alcanzar a través de una cadena de pensamientos.

Existe una prueba específica para aquellas personas que aseguran no poder controlar las voces, y que puede influir sobre la actividad de las voces, especialmente lo que refiere a «prenderlas y apagarlas». En efecto, el paciente y el terapeuta aprenden a pensar situaciones que pueden iniciar o incrementar las posibilidades de escuchar las voces, y luego de reducirlas o pararlas. De esta forma el paciente adquiere control sobre la voz.

La evaluación inicial brinda información acerca de situaciones y sucesos que provocan la aparición de las voces en un individuo en particular. La verbalización simultánea detiene o disminuye las voces temporalmente. Son cinco los pasos a seguir para lograrlo:

1. Identificar situaciones o sucesos que generan un incremento o disminución de las voces.
2. Practicar el uso de estrategias para «disminuir» o «aumentar», dentro de la sesión.
3. Proponer la noción de que «control» implica demostrarse a sí mismo que la actividad de la voz puede ser encendida/ subida de volumen o apagada/ bajada de volumen.
4. En sesión, fomentar que el paciente inicie o incremente la actividad de las voces por cortos períodos de tiempo y luego las disminuya o termine.
5. Una vez que los pacientes han logrado cierta fluidez, considerar implicaciones acerca de las creencias sobre el control y el poder de las voces.

La mayor dificultad para realizar este tipo de prueba es con pacientes que presentan una actividad infrecuente de las voces. Sin embargo, es posible iniciar la actividad de la voz de la forma descrita anteriormente y eso puede ser suficiente con pacientes con actividad infrecuente (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

5. El problema del compromiso terapéutico.

Muchos afirman que no puede usarse un tratamiento terapéutico ordinario con pacientes que alucinan o deliran, pero esta afirmación está lejos de ser verdadera y ha retrasado el tratamiento de este tipo de pacientes.

No existe evidencia alguna para sostener dicha afirmación, los pacientes psicóticos no son totalmente diferentes de otros pacientes que padecen trastornos mentales. Ellos también experimentan problemas emocionales y conductuales como cualquier otra persona. Es por eso que la terapia cognitiva ordinaria es tan relevante y efectiva para estos pacientes como para cualquier otro.

Sin embargo hay un obstáculo que debe atravesarse, el problema de que este tipo de pacientes presentan más dificultad a la hora de establecer un compromiso terapéutico. De hecho establecer una alianza terapéutica con pacientes psicóticos es uno de los desafíos más grandes que debe enfrentar el terapeuta.

Muchos pacientes no se presentan a la consulta o lo hacen por un breve período de tiempo y luego no van más. Existen varias grandes amenazas al compromiso terapéutico y al trabajo terapéutico:

1) Fallas en la empatía del terapeuta:

Muchos de nosotros sentimos depresión, ansiedad o ira y es nuestra experiencia de malestar la que nos permite entender estas emociones en nuestros pacientes, pero no podemos experimentar los mismos síntomas que los pacientes psicóticos. Esto puede entonces dificultar nuestra comprensión y empatía frente a estas personas.

El modelo cognitivo ABC es muy útil en este sentido porque permite clarificar qué partes de la experiencia individual el terapeuta puede o no entender intuitivamente..

Empatizar no requiere que el terapeuta vivencie todo lo que los pacientes experimentan, solamente requiere que reconozcan y entiendan cómo se sienten y qué piensan.

Es este entonces el puente en terapia cognitiva con pacientes que presentan síntomas psicóticos, el entender que determinados aspectos de su experiencia, van más allá de las posibilidades empáticas del terapeuta, pero que la forma en que responden a sus experiencias, no es tan diverso y son estas consecuencias emocionales y comportamentales, con las que podemos empatizar.

2) Las creencias de los terapeutas acerca de los pacientes:

Una segunda amenaza al compromiso terapéutico, es la creencia que tiene el terapeuta acerca de la psicosis y el impacto que tendrá la terapia psicológica sobre dicho trastorno. Esto se verá reflejado en sus sentimientos y comportamientos hacia el paciente durante las sesiones y sus expectativas de cambio.

Para evitar esta y otras amenazas es de fundamental importancia la supervisión, que permite entre otras cosas desenmascarar y corregir creencias erróneas, analizándolas para limitar así su impacto durante las sesiones.

3) Creencias bloqueadoras del paciente:

Muchos pacientes temen usualmente, que el terapeuta use su poder de una forma controladora o punitiva, por ejemplo, muchos pacientes que escuchan voces o delirán temen que si le comentan al terapeuta acerca de dichos síntomas y el tipo de involucración que tienen con los mismos, los terapeutas intentarán que se suba la medicación que reciben o querrán internarlos, si no están internados aún.

Este temor que tienen los pacientes de que el terapeuta sea un adversario es común y no debe ser un problema si el profesional se atiene a un estilo gentil y colaborativo para con el paciente creando una atmósfera de seguridad y confianza.

Es muy importante que el terapeuta discuta con el paciente de su posición con respecto al posible incremento o disminución de la medicación y de la hospitalización y el tipo de circunstancias dentro de las cuales se deberían discutir estas opciones. Esto da la pauta al paciente de que estas medidas pueden ser tomadas, pero siempre con el fin de proteger al paciente.

Es fundamental que la relación sea segura y colaborativa así el paciente puede tomar parte dentro de la evaluación ABC de sus voces y delirios, sin temer por las consecuencias de lo que comparte con el terapeuta.

El profesional debe fomentar constantemente el hecho de que está comprometido a ayudar al paciente, reducir su nivel de malestar y mejorar su calidad de vida.

4) Comprometerse en la relación terapéutica:

Muchos de estos pacientes tienen un historial de relaciones interpersonales empobrecidas y pueden experimentar la interacción cara a cara como un suceso estresante. Es muy útil en estos casos sacrificar algunos de los límites y principios de la psicoterapia. Empezar el proceso con una actitud informal, un contacto casual, puede ser mejor tolerado por pacientes vulnerables. Es conveniente que las sesiones sean más cortas y más frecuentes. Además, suele ser muy productivo estructurar las sesiones y evitar largos silencios. También es necesario tener en cuenta que no se debe presionar a los pacientes para que revelen el contenido de sus ideas delirantes.

5) Considerar los delirios como creencias, no como hechos:

El propósito de clarificar que los delirios son creencias y no hechos, es el de devolver la sensación de control al paciente y bajar los niveles de malestar. Esto le da la posibilidad de examinar sus creencias y poder cambiar los sentimientos de malestar emocional y comportamental y sentirse en control de sí mismo.

El proceso socrático no es para persuadir al paciente de que está equivocado y de que el terapeuta está en lo correcto. Más bien, el diálogo socrático sirve para que el terapeuta siembre la duda en el paciente acerca de lo que piensa y experimenta en lo relacionado a sus ideas delirantes, con el fin de que se dé cuenta de que hay varias formas en las que puede pensar su experiencia. Entonces, cuando el terapeuta intenta clarificar que el delirio es solo una creencia, tiene en mente sembrar la duda en el paciente. Esto lo lleva a cabo presentando experiencias pasadas y presentes contradictorias, y comportamientos que llevarían al paciente a pensar que tal vez está equivocado con respecto a su delirio.

El terapeuta debe poder aceptar si el cliente no puede alterar su creencia. El proceso debe ser colaborativo y no de adoctrinamiento.

6) Crear una base para cuestionar el delirio:

Otro problema acerca del compromiso, es asegurar que ambos tienen una base común para cuestionar el delirio. Los pacientes están acostumbrados a que sus familiares y cuidadores les digan que sus creencias son erróneas.

La razón crucial por la cual un paciente reconsideraría sus creencias delirantes, es porque le ayudaría a reducir el nivel de malestar y le permitiría sentirse libre de comportarse de otra manera y perseguir aquellas cosas que realmente quiere.

El terapeuta debe explorar con el paciente cómo el delirio afecta su vida, cuales son las ventajas y desventajas de mantenerlo y que tan diferente sería su vida si el delirio fuera falso.

El terapeuta fomenta que el paciente considere el delirio, no como un gran descubrimiento que ha hecho, sino como una creencia que le genera malestar y que lo lleva a comportarse de maneras que a veces quisiera no hacerlo (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

6. Casos desafiantes.

Uno de los desafíos más comunes es cuando el paciente no cambia. Esto lleva al terapeuta a realizar una atribución interna o una externa de la situación planteada. De esta manera, el terapeuta puede cuestionarse si él o su terapia están al nivel de la tarea. O pueden sucumbir a la tentación de etiquetar a todos los pacientes que no cambian como difíciles o desafiantes, y que el paciente por algún extraño motivo se resiste a los mejores esfuerzos del terapeuta. El terapeuta entonces culpa al paciente por no mejorar.

La experiencia terapéutica muestra que no es razonable querer, o peor, demandar que un paciente responda a la terapia cognitiva.

El resultado de la terapia cognitiva para delirios, está reflejado en la interacción entre el terapeuta, la terapia y el paciente. Tanto terapeuta como paciente tienen la responsabilidad de trabajar conjunta y cooperativamente, pero esto no es suficiente para garantizar mejorías clínicas. El resultado está determinado por la interacción de numerosas variables, algunas referidas al paciente, otras al terapeuta y otras a la relación entre ellos.

Por todo lo expuesto, se debe considerar que un caso desafiante no es aquel en el cual un paciente no cambia, sino uno que al profesional le cuestiona acerca de uno o más rasgos o características de la psicología cognitiva. De hecho en muchos casos desafiantes, el resultado terapéutico es bueno.

Se presentarán a continuación cinco desafíos:

1. Cuando aparece una sustitución sintomática:

Esto ocurre cuando un síntoma ha desaparecido y otro nuevo emerge, lo que parece ser una respuesta a la misma amenaza que originó el primer síntoma. En relación a las voces y los delirios, esto implica que un delirio ha desaparecido y aparece otro cuyo funcionamiento es similar al primero.

2. Cuando la terapia parece no hacerle bien al paciente:

El desafío de la terapia cognitiva puede aparecer de la siguiente forma: ¿es nocivo remover los delirios (incluyendo las creencias sobre las voces) incluso cuando estos delirios están asociados con malestar y alteraciones?. Esta posibilidad de que reducir los delirios o voces pueda ser perjudicial para el paciente, seguramente atraviesa la mente de muchos terapeutas cognitivos. Ciertamente, la idea de que los delirios son funcionales y beneficiosos tiene una gran historia, que sigue siendo vigente. Muchos terapeutas a lo largo de la historia, entre ellos Jaspers (1962), han sostenido que los delirios son de vital necesidad para el paciente y que sin ellos el individuo colapsaría.

Es muy desconcertante creer que la terapia empeora a los pacientes en vez de mejorar su situación y es por eso que estas ideas históricas, deben ser escrutadas con cuidado.

El desafío consiste en ignorar el pensamiento, que indica que un paciente que forma estos síntomas no tiene otras opciones. Sí las tiene, así como se ha comprometido con el síntoma, también puede hacerlo con una terapia que lo ayude a disminuir su vulnerabilidad interpersonal y aprender a afrontar las situaciones de otra manera.

Es también importante agregar que no existe fuerte evidencia de que debilitar un delirio en la terapia sea nocivo para todos o casi todos los pacientes. Dado que la mayoría de estos pacientes experimentan un considerable monto de malestar, es dable pensar que si se ayuda al paciente a modificar un delirio, incluso aquellos secundarios a voces, su calidad de vida puede mejorar notablemente, así como su bienestar psicológico.

Los delirios se forman por funciones defensivas esenciales, pero esto no implica que se han mantenido por la misma razón. Es posible que algunos meses o años más tarde, después de que se formó el delirio, este ya no cumpla la función psicológica por la cual se formó.

Cuando el paciente se siente peor cualquiera sea la razón, por la pérdida del delirio, se requiere una respuesta empática y considerada por parte del terapeuta más que detener de un momento a otro el proceso terapéutico. Es sabido que muchos pacientes, durante el proceso terapéutico, suelen atravesar períodos en los que se sienten mal antes de empezar a sentirse bien.

3. Cuando el síntoma no es un problema:

Cuando el paciente no refiere ningún malestar o alteración de alguna índole asociada al delirio o voz, el terapeuta tiene una de dos hipótesis iniciales, puede ser que no haya malestar emocional o comportamental, o puede ser que el paciente sí presente malestar pero no lo reporte.

Muchos pacientes dicen al inicio, que la voz o delirio no los molestan. Es muy común que aquellos pacientes que escuchan voces benévolas, no las consideren un problema ni les causen malestar, alguno. El terapeuta debe lograr un ambiente en el cual el paciente que oculta el malestar pueda reconocerlo.

Si al realizar una cuidadosa evaluación cognitiva, el terapeuta concluye que el paciente no siente malestar alguno, no se debe indicar terapia cognitiva a ese paciente.

Trabajar únicamente con las creencias no constituye un fin terapéutico. La idea es trabajar con el malestar que las creencias han generado, pero para poder trabajar con las creencias debe existir entonces un malestar, que motive al paciente a querer cambiar o modificar dichas creencias.

En el caso de que los delirios no causen malestar en el paciente pero sí en otros, esto debe ser explorado y deben ser consideradas las opciones terapéuticas, pero no indicar terapia cognitiva.

4. Cuando otra terapia parece más apropiada:

Uno de los mayores desafíos que enfrenta el terapeuta es el de saber a quien no indicar terapia cognitiva. Esta decisión puede tomarse porque

- a) el problema del paciente puede ser algo que el terapeuta cree no poder trabajar por ser algo muy cercano a él
- b) por encontrarse en un determinado punto de su vida en el cual no puede lidiar con dicho problema;
- c) porque cree que otro tipo de terapia sería más beneficiosa para el paciente.

El primero es un problema personal, que puede ser pensado y tratado entre el terapeuta y su supervisor, el segundo tiene que ver con la posibilidad de brindarle la mejor guía posible al paciente. Se deben tener entonces en cuenta las necesidades del paciente y las características de su patología.

5. Cuando el terapeuta se siente abrumado:

Una tarea muy importante que deben realizar todos los terapeutas es prestar atención a sus sentimientos y pensamientos durante la terapia. A veces los terapeutas pueden sentirse abrumados por sentimientos o pensamientos acerca del paciente, o sus habilidades como terapeuta, o ambas. En otras palabras, ser un terapeuta es un desafío en sí mismo

Es fundamental entonces para todos los terapeutas la supervisión y realizar con el supervisor un análisis de tipo ABC, acerca de la ansiedad que le genera la problemática o desesperanza de un paciente. El terapeuta puede temer defraudar al paciente o fallar como terapeuta (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

7. La importancia de la supervisión:

La supervisión es esencial para todos los terapeutas. Permite exponer los sentimientos y pensamientos acerca de la terapia con un paciente; acerca de uno mismo como terapeuta, y entender y por ende restringir la influencia perniciosa que esto puede tener en la terapia.

Al considerar nuestras reacciones antes los pacientes, podemos aprender mucho sobre el paciente y su comportamiento interpersonal.

La supervisión es fundamental para todos los terapeutas, pero es un componente esencial en la terapia cognitiva con pacientes que deliran y oyen voces, dada la complejidad que representan estos para el trabajo terapéutico y para el terapeuta (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996).

Conclusiones

A través del presente trabajo se ha intentado comprender desde una perspectiva cognitiva, en qué consisten y cómo se pueden tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Se presentó en el primer capítulo, una descripción acerca de la semiología de la esquizofrenia, sus características patognomónicas, así como una explicación detallada sobre los síntomas positivos del trastorno. En el segundo capítulo, se propuso la comprensión de los síntomas positivos desde el marco teórico cognitivo, con la propuesta explicativa del modelo ABC, propuesto por A. Ellis (1981) y desarrollado luego por otros autores, teniendo también en cuenta al paradigma del procesamiento de la información. En el tercer capítulo, se presentó un modelo de tratamiento respaldado por los mencionados modelos.

La propuesta es que a través del modelo de tratamiento, se pueda obtener una nueva visión acerca de los síntomas positivos y por ende de la patología misma, dado el gran peso que tienen los aspectos cognitivos en la generación y mantenimiento de los síntomas positivos.

Para empezar podemos concluir que la esquizofrenia está lejos de ser una enfermedad originada por una única causa. Es una enfermedad de base biológica mediada por componentes psicológicos y sociales. Cada uno de estos puntos debe ser tenido en cuenta a la hora de comprender y tratar el trastorno, ya que sólo así podremos ayudar a quienes la padecen.

Cada vez se ha vuelto más evidente el enorme peso que tienen los factores psicológicos en la aparición y mantenimiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia y es por eso que no pueden dejarse de lado a la hora de su tratamiento.

Desde el punto de vista psicológico, se puede concluir, que las personas construyen el mundo que las rodea a través de significados. Es por medio de ellos que pueden dar sentido a su experiencia y a sí mismos. Para poder lograrlo, procesan la información que reciben, ya que solo así pueden tener conocimiento de sí y del mundo en el cual viven. El procesamiento de la información es el punto de partida de toda acción humana, ya que a través del conocimiento, las personas construyen la realidad y pueden operar sobre ella (Fernández Álvarez, 1992).

Los pacientes esquizofrénicos, presentan dificultades en los distintos niveles del procesamiento de la información y es por eso que su realidad se encuentra distorsionada. La visión de sí mismos y el mundo que los rodea están distorsionados y por eso también su conducta lo estará.

«Las estructuras psicológicas se preservan en la medida en que los seres humanos pueden dotar de significado a su experiencia. Si las personas fracasan en ello, su existencia misma en cuanto a persona se verá amenazada. Es por esto que podemos decir que todo lo que las personas piensan y sienten, todo lo que hacen o padecen, lo atribuyen a algo, ya sea de manera consciente o inconsciente ya que siempre intentan explicar lo que les ocurre. Lo que las personas buscan a través de las hipótesis atribucionales que realizan, es comprender la causa que ha dado lugar a la experiencia que están viviendo, para así dotar de sentido a la misma» (Fernández-Álvarez, 1992).

Una persona que padece intentará dar una explicación acerca de su malestar, ya sea con una certeza o con una hipótesis acerca de la situación que atraviesa, ya que sólo así conseguirá comprender de alguna manera lo que le ocurre e intentará encontrar la solución a su problema.

En un intento por normalizar la locura y evitar hablar de polos de normalidad y enfermedad, sino referirnos a un continuum, se puede decir que en el caso de la esquizofrenia, los síntomas positivos constituyen una forma de dar sentido a la experiencia del paciente. El paciente intenta otorgar significado al mundo que lo rodea, porque de no hacerlo se vería amenazada su identidad. La única manera en la cual los pacientes esquizofrénicos parecen poder dar cuenta de sí mismos y del mundo que los rodea es a través de estos síntomas, que tomarían la forma, vista desde este punto despatologizante, de atribuciones, acerca de quienes son y de cómo es la realidad que ellos conocen.

Desde la perspectiva elegida, los delirios, son parte de un continuo y no una ruptura entre pensamiento normal y patológico. Los pacientes desarrollan ideas de acuerdo con lo que conocen, lo que esperan, lo que anhelan o temen, el contenido de los delirios es idiosincrático y, en cierta medida, interpretable sobre la base de la historia y el entorno del paciente. De hecho, se puede decir también que las creencias delirantes más habituales son las de persecución y grandeza que reflejan temas existenciales, temas que han preocupado a los humanos desde sus orígenes.

Las alucinaciones, por otro lado y como ha se ha visto a lo largo de este trabajo, son eventos activantes, son experiencias que la persona vive y a las cuales también tiene la necesidad de dotar de significado. Para que un individuo esté adaptado a su medio necesita dar significado a la estimulación que entra por sus sentidos, transformar una sensación sin sentido en una pieza de información con significado (Valiente Ots, 2002).

En el caso de la alucinación, la percepción ocurre en ausencia de un estímulo apropiado. Esta falta de estímulo es la que nos permite hipotetizar, que aquello que la persona alucina está relacionado con sus creencias. Considerándolo de esta forma, las alucinaciones estarían entonces sumamente relacionadas con las creencias de la persona, su historia y su entorno.

No son las alucinaciones, sino lo que la persona cree acerca de ellas lo importante para el proceso terapéutico. Comprendidas desde este punto de vista, es el significado que la persona otorga a las alucinaciones lo que puede generar malestar. Por lo tanto, a través del modelo de tratamiento propuesto, puede ayudarse a los pacientes a mejorar su situación, y aunque no implique cura, sí supone mejorar su calidad de vida, a través de un cambio en los significados, que esa experiencia tiene para la persona.

Podemos entonces decir que los pacientes esquizofrénicos, poseen características comunes a otros pacientes. Es mejor evitar polarizar de manera discontinua la normalidad y la enfermedad. En su lugar es preferible intentar comprender los trastornos y sus

correspondientes síntomas desde una perspectiva que ayude a no caer en la mistificación, refiriéndonos con esto a considerar que no hay posibilidad alguna de mejoría significativa para estos pacientes, ya que esto impide encontrar el camino para ayudar a quienes más lo necesitan.

Es sumamente importante tener en cuenta que estos pacientes están vivenciando un enorme malestar y se debe evitar pensar que son personas que se encuentran fuera de lo conocido como «normal». Este padecimiento que presentan y que tanto sufrimiento les genera, posee una explicación similar a la de otros padecimientos no tan graves y es por eso que los pacientes que presentan esquizofrenia, pueden resocializarse y aspirar a tener una vida similar a la de cualquier otra persona.

Esta postura no desconsidera que muchos pacientes han padecido este trastorno por mucho tiempo y parece ser poco lo que puede mejorarse en estos casos. Sin embargo todos deben tener la oportunidad de ser tratados, y este trabajo es una propuesta acerca de uno de los posibles tratamientos que pueden realizarse.

Se concluye entonces que es fundamental ahondar en los modos de tener en cuenta a la persona que sufre y que es importante contar con los recursos para comprender su padecimiento e intentar desarrollar la mejor forma posible de ayudarlo, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Puedo decir también a un nivel más personal que este trabajo me ha abierto las puertas a nuevos interrogantes, lo cual me motiva a continuar estudiando esta temática.

Uno de los interrogantes se refiere a la relación terapéutica. Cómo entablar una buena relación terapéutica con pacientes, cuya forma de organizar la realidad presenta las características descritas, considerando la importancia del vínculo para el éxito del tratamiento. Asimismo, cómo se establece la resonancia empática con pacientes cuya forma de sufrimiento puede resultar tan difícil de entender.

Bibliografía

- Adams, H. E., Brantley, P.J., Malatesta, U., Turkat, I. D. (1981). Modification of cognitive processes. A case study of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 460-464
- Alford, B.A., & Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Alvano, S.A. (2000). Pautas de tratamiento y manejo clínico. *Revista Alcmeon*, 9, 361-366
- Belloch, A., & Ibáñez, E. (1991). *Manual de Psicopatología, Volumen I y II*; España: Promolibro.
- Belloch A., Sandín, & B.; Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología, Volumen I y II*. España: McGraw Hill.
- Brenner, H., & Hodel, B. (1990). Information processing in schizophrenia: A clinical approach. En S. A. Rabavilas., & C. R Soldatos. (Ed.) *Psychiatry: A world perspective, Volumen I*. New York: Oxford.
- Brenner, H., Roder, V., & Hodel, B. (1994). *Integrated Psychological therapy for schizophrenic patients*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Castilla del Pino, C. (1980). *Introducción a la Psiquiatría, Psiquiatría general, psiquiatría clínica*; Madrid: Alianza
- Castilla del Pino, C. (1984). *Teoría de la alucinación. Una teoría pisco (pato) lógica*. Madrid: Alianza.
- Castilla del Pino, P., & Ruiz Vargas, J.M. (1991). *Aspectos cognitivos de la Esquizofrenia*. Madrid: Trotta.
- Chadwick, P.; & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 165, 190-201
- Chadwick, P., Birchwood, & M., Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for delusions, voices and paranoia*. Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Delclaux, I., & Seoane, I. (1982). *Psicología Cognitiva y procesamiento de la información*. Madrid, Pirámide.
- Ellis, A., Grieger, R. y colaboradores. (1981). *Biblioteca de Psicología. Manual de Terapia Racional – Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós
- Fernández Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12, 229-246
- Goldar, J.C., Rojas, D., & Outes, M. (1994). *Introducción al diagnóstico de las psicosis*. Buenos Aires: Salerno.
- Hemsley, D.R. (1997). What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms?. *British Journal of Psychiatry*, 130, 167-173
- Herz, M.I., Riberman, R.P., & Lieberman, J.A. (1997). Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1-9
- Jackson, D. (1974). *Etiología de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1996). *Sinapsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiátrica*. (7a. ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Lagormarsino, A. (1995). Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 41, 2, 141-147
- Nathan, P., & Gorman, J. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford.
- Pichot, P, López –Ibor Aliño, J. J., & Valdéz Miyar, M. (2001). *DSM IV. Breviario. Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Ruiz-Vargas, J.M. (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Valiente Ots, C. (2002). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Síntesis.
- Vallina Fernández, O., & Lemos Giradles, S. (2001). Intervenciones psicológicas eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Psicothema*, 1, 3-33
- Zubin, J., & Spring, B.J. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

