

MODELO FUNCIONAL Y EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS POSITIVOS DE UN CASO CON ESQUIZOFRENIA

Daniel Navarro Bayón

Departamento de programas de rehabilitación psicosocial de FISLEM.
Castilla-La Mancha.

RESUMEN

Se presenta un modelo clínico basado en el análisis funcional de los síntomas psicóticos positivos persistentes de un caso con esquizofrenia. Se enfatiza la metodología conductual para elaborar hipótesis explicativas y organizar la intervención de las alucinaciones y delirios del paciente. Las actitudes disfuncionales, un autoconcepto negativo, trastornos de ansiedad y procesos cognitivos atribucionales estaban asociadas como variables claras responsables del origen y mantenimiento de los síntomas psicóticos. Se sugiere la utilidad de los modelos conductuales como estrategia para diseñar la intervención de casos que presentan una complicada mezcla de síntomas psicóticos resistentes.

Palabras clave: ESQUIZOFRENIA, TERAPIA DE CONDUCTA, SÍNTOMAS PSICÓTICOS RESISTENTES.

SUMMARY

This article presents a clinical model based on the functional analysis and cognitive-behavioral intervention of the resistant psychotic symptoms of a case with schizophrenia. It emphasizes the behavioral methodology in order to elaborate explanatory hypotheses and to organize the intervention to modify hallucinations and delusions. Dysfunctional attitudes, negative self-concept, anxiety disorders and attributional processes were considered as key variables associated to formation and maintenance of the psychotic disorder. It is suggested that behavioral models are a useful strategy with patients that shows a complicated mixture of positive symptoms.

Key words: SCHIZOPHRENIA, BEHAVIOR THERAPY, RESISTANT PSYCHOTIC SYMPTOMS.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una de las categorías psiquiátricas que genera más polémica debido a la heterogeneidad de sus síntomas, curso y formas clínicas (Bentall, 1996; Cuevas y Perona, 1995, 2002; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996). Entre la variedad de síntomas que genera (ausencia de motivación, comportamiento extravagante, alteraciones en las relaciones sociales y de actividad, alteraciones en los procesos cognitivos, etc.) las alucinaciones y los delirios se consideran signos con un alto valor y cuya aparición indican al clínico casi indudablemente, la determinación del diagnóstico.

Aunque los síntomas positivos se encuentran fundamentalmente entre los síntomas de las psicosis funcionales, también se asocian a otras patologías y condiciones clínicas (alteraciones sensoriales ligadas a la edad, fiebre, consumo de drogas, lesiones cerebrales, etc.). Incluso se ha hipotetizado que estos fenómenos se pueden

dar en la población general, defendiendo la existencia de un continuo entre las ideas y percepciones normales con los delirios y alucinaciones (Barret, 1993; Morrison, 2001; Rodrigo et al. 1996; Valiente, 2002). De cualquier forma, los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) experimentados por sujetos psicóticos son una fuente significativa de angustia e interfieren en el funcionamiento social. Al mismo tiempo, la mayoría de los pacientes con esquizofrenia presentan un deterioro en el desempeño psicosocial que les impide vivir en la comunidad. Estos déficit personales y sociales pueden estar relacionados funcionalmente con la sintomatología positiva, pero también la naturaleza de la esquizofrenia ocasiona esos déficit de manera independiente a la sintomatología, requiriendo el paciente de intervenciones de rehabilitación psicosocial específicas que reduzcan tales desventajas y discapacidades (Cañamares et al., 2001).

El curso de la esquizofrenia presenta una gran variabilidad, con exacerbaciones y remisiones de los síntomas, o con un mantenimiento crónico (APA, 1994). Entre un 25% y un 40% de los pacientes experimentan delirios y alucinaciones que no ceden al tratamiento farmacológico (Cuevas y Perona, 2002; León y Mueser, 1996). La resistencia de estos síntomas posee una enorme relevancia clínica, ya que están asociados a niveles importantes de malestar e interferencia (Garety, Fowler y Kuipers, 2000). Estos síntomas se han relacionado con ansiedad, depresión y suicidio entre otros (León y Mueser, 1996). También se ha hipotetizado que el malestar emocional y las reacciones cognitivas y conductuales que provocan, contribuyen al mantenimiento de los mismos síntomas psicóticos (Cuevas y Perona, 2002; Freeman y Garety, 1999; Garety et al., 2001; Perona et al., 2003). Es fácil que con el tiempo el sujeto mantenga procesos de razonamiento (errores atribucionales, sesgos autoconfirmatorios, autoevaluaciones negativas) y conductuales (conductas de evitación y estrategias de afrontamiento inadecuadas) que van elaborando lo que Jaspers (1962) llamó el "trabajo delirante", que iba llevando al sujeto a un complejo sistema psicopatológico cada vez más intrincado. De todo lo dicho se deduce la importancia que cobran los procesos psicológicos en el desarrollo, mantenimiento y desintegración de los síntomas psicóticos (Drury, 1995; Drury, Birchwood y Cochrane, 2000).

Durante la última década el desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales se ha ido refinando y orientando al tratamiento de los aspectos residuales de la enfermedad, así como de las variables mantenedoras: capacidades cognitivas, control de estrés ambiental, técnicas de autocontrol, terapia familiar, habilidades sociales, control de síntomas positivos, prevención de recaídas, etc. En lo que se refiere a la terapia de síntomas positivos residuales estas intervenciones están incluidas en las guías de tratamientos recomendados por las mayores organizaciones profesionales de salud mental (APA, 2004; NICE, 2002). En nuestro país se ha ido avanzando en este campo con la aparición de protocolos de intervención y manuales de tratamiento que especifican los procedimientos a seguir para la terapia de las alucinaciones y los delirios (Birchwood y Tarrier, 1995; Caballo, 1996; Cuevas y Perona, 2002; Perona et al., 2003; Valiente, 2002). También contamos con revisiones provenientes de la investigación empírica que demuestran el apoyo experimental de estos tratamientos en lo que se refiere a la reducción de la gravedad, cantidad y consecuencias de los síntomas positivos residuales (Vallina y Lemos, 2003). Sabemos cuales son los componentes terapéuticos clave de los tratamientos cognitivo-conductuales (Garety, Fowler y Kuipers, 2000; Vallina y Lemos, 2003) y contamos con análisis detallados de investigaciones de caso único (Cuevas y Perona, 2002; Perona y Cuevas 1996; 1999).

Este tipo de terapia es altamente estructurada y tiene como objetivo general: enseñar estrategias para reducir la interferencia causada por los síntomas, reducir el trastorno emocional, ayudar al paciente a lograr una comprensión de sus síntomas y, según la gravedad del caso, reducir o eliminar la aparición de los síntomas positivos (Perona et al., 2003). Así mismo, es necesario administrar los tratamientos cognitivo-conductuales integrados dentro de un paquete global de intervención psicosocial (psicoeducación, intervenciones familiares, habilidades sociales, control de estrés, etc.) ya que el deterioro en el rendimiento social exige el diseño combinado de terapias que ofrezcan mejoras respecto a los abordajes orientados a una única variable (biológica, cognitiva o conductual) (Alvarez, 2002; AEN, 2002).

MODELO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO BASADO EN LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

El diseño de un modelo de evaluación conductual y tratamiento debe basarse en la elaboración del análisis topográfico y funcional de los síntomas positivos. Elementos topográficos relacionados con los síntomas psicóticos son por ejemplo, la procedencia y frecuencia de las alucinaciones, la duración del síntoma, descripciones y listados de las evidencias y creencias asociadas a los delirios. Algunos autores también incluyen en el análisis topográfico la evaluación de dimensiones que han mostrado una gran utilidad clínica, en concreto: grado de convicción, nivel de preocupación, intensidad de la angustia y grado de interferencia (Haddock et al., 1999; Hustig y Hafner, 1990). Por otro lado, el análisis funcional se basa en la idea de que los síntomas positivos se encuentran funcionalmente relacionados entre ellos y con otras variables situacionales y orgánsmicas.

Modelo psicopatológico

Para la formulación y diseño de tratamientos en el caso de los síntomas positivos de la psicosis, la mayoría de la literatura se centra en los métodos y los instrumentos de la evaluación, siendo escasas las referencias acerca de cómo se forma el juicio clínico sobre el caso. En nuestro país ha habido varias series de artículos de casos sobre este tema (Cuevas, Perona y Martínez, 2003; Cuevas y Perona, 1997; Perona y Cuevas, 1997; 2002). En el caso de la formulación de un juicio clínico de los síntomas psicóticos positivos para un caso con esquizofrenia la complejidad de la información obtenida frecuentemente supera la capacidad integradora del clínico. Así, a menudo hay que formular análisis funcionales integrando múltiples informaciones, en múltiples modalidades, sobre múltiples problemas, con múltiples variables causales (Haynes, 1994). Por ejemplo, las creencias delirantes de un paciente de que la gente le espía, vigila e insulta, porque creen que es un delincuente, pueden ser consecuencia de un estado constante de alerta/ansiedad, pensamientos autorreferentes previos, predisposición o hipersensibilidad a una

valoración externa, esquemas de gran autoexigencia y perfeccionismo social, síntomas obsesivo-compulsivos, errores cognitivos de confusión imaginación-realidad y conductas de evitación social (Cuevas, Perona y Martínez, 2003). De ahí la importancia de utilizar un modelo psicopatológico para la formulación de los análisis funcionales complejos.

La formulación clínica en un modelo psicopatológico es, esencialmente, una recopilación gráfica de los componentes de los análisis funcionales. Se trata de hacer un modelo teórico del caso para determinar los objetivos y la intervención. Entre las ventajas clínicas del modelo psicopatológico se encuentran: ayuda a organizar los datos de la evaluación, permite predecir el impacto esperado de los cambios sobre determinadas variables, permite comprobar la modificabilidad de las variables de la intervención, ayuda a determinar el centro de atención del programa de intervención y facilita el entendimiento del problema entre terapeuta y paciente.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS POSITIVOS

El diseño de la intervención a partir de la formulación del caso consiste en la aplicación de las técnicas tradicionales cognitivo-conductuales aplicadas a otros trastornos psicológicos. Tradicionalmente se pensaba que este tipo de técnicas estaban reservadas para patologías "menores", considerando los síntomas psicóticos como entidades inmodificables. No obstante existen informes de caso sobre la comprensión psicológica y tratamiento de las ideas delirantes desde hace casi 100 años, como el caso Wagner (AEN, 1998) con un trastorno delirante paranoico, así como antecedentes del tratamiento de los delirios y alucinaciones como el tratamiento cognitivo de las ideas delirantes de Beck (1952), o las intervenciones para eliminar las alucinaciones auditivas de West (1962). En lo que se refiere a la formulación clínica de los síntomas psicóticos, se trata de un enfoque que construye un nuevo marco conceptual que de sentido a los síntomas. Se centra en los síntomas positivos resistentes a la medicación en un intento de comprenderlos que facilite

la reducción de los mismos y la ansiedad asociada. La formulación clínica también busca favorecer la colaboración entre paciente y terapeuta, mediante una conceptualización que sea coherente.

A continuación se presenta un caso clínico con un trastorno de esquizofrenia en el que se analiza de forma pormenorizada la sintomatología psicótica positiva del paciente mediante un modelo psicopatológico que ayuda a conceptualizar el caso de forma empírica. Se expone el proceso y la manera de hacer del clínico para elaborar la formulación del caso mediante un modelo multifactorial que conduce al diseño del tratamiento. La fase del tratamiento no se expone ya que el principal objetivo es exponer cómo se hace la elaboración cognitiva conductual de los síntomas psicóticos del paciente. La formulación del caso se basa en el modelo teórico conceptual de la causalidad multivariada (Haynes, 1994; 1995).

PRESENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL CASO

El tratamiento cognitivo conductual de los síntomas positivos del caso comprendió varias fases: establecer una relación terapéutica, evaluar los síntomas, explicación y comprensión de las experiencias, aplicación de técnicas cognitivas y conductuales y prevención de recaídas.

El objetivo general consistió en establecer un modelo explicativo de sus síntomas, para que el paciente entendiera las variables asociadas al origen y el mantenimiento de los síntomas psicóticos, y a partir de ahí enseñar estrategias psicológicas para reducir las alucinaciones y delirios y suavizar el malestar provocado por los mismos.

También se recabó información sobre las áreas de desempeño psicosocial, con el objetivo de identificar las dificultades en su funcionamiento diario. Aunque la evaluación del funcionamiento conductual es el primer paso en la esquizofrenia, en el presente artículo no se describe tal proceso. Se describe el análisis funcional de los síntomas psicóticos positivos llevado a cabo que guió el diseño de un modelo psicopatológico explicativo y la intervención terapéutica posterior, demostrando su utilidad y validez en este tipo de casos.

MÉTODO

Sujeto

Datos sociodemográficos:

- Nombre: A.M.
- Edad: 27 años
- Situación laboral: pensión por incapacidad
- Convivencia: con padres y una hermana
- Diagnóstico de la Unidad de Salud Mental: esquizofrenia tipo Paranoide. Trastorno esquizoafectivo.

Descripción del problema

En el momento de la derivación del caso al Centro de Rehabilitación Psicosocial, A.M. estaba diagnosticado de esquizofrenia paranoide y trastorno esquizoafectivo desde hacía 6 años. Había tenido 4 ingresos psiquiátricos, uno en los últimos dos años por motivo de ideación de suicidio con planificación.

Presentaba una complicada mezcla de síntomas delirantes y alucinaciones resistentes a la medicación neuroléptica. El delirio central consistía en la creencia de estar poseído por el demonio que controlaba sus pensamientos y sus comportamientos. Refería alucinaciones auditivas en forma de mandato y amenazas (“no salgas a la calle”, “tu madre es una puta”, “¡cállate!”, ...), el paciente reaccionaba a las voces obedeciendo en la mayoría de las ocasiones, por miedo a “represalias”. También pensaba que el demonio le había robado su pasado, ya que no se acordaba de partes de su vida anterior.

Otros delirios eran autorreferenciales, de difusión y de perjuicio. Pensaba que fragmentos de su vida eran transmitidos por la televisión y la radio local, que podían verle a través de la pantalla de televisión, que le imitaban y le mandaban “indirectas” burlándose de él, que la gente de la calle se reía de él, le odiaban y le llamaban “marica”.

El paciente evitaba el contacto social y permanecía aislado en casa con las ventanas y persianas cerradas. Fue abandonando

progresivamente las actividades de la vida diaria: antiguos contactos sociales, aficiones como salir al cine o al video-club, ver la televisión, salir a hacer compras y gestiones bancarias, evitaba cualquier reunión familiar, montar en bicicleta, etc.

A consecuencia de su aislamiento e inactividad los delirios se fueron fortaleciendo y fue desarrollando nuevas creencias: que la gente le escuchaba a través de las ventanas, que hacían ruidos para molestarle (claxon de coches), que la gente que pasaba hablando en alto por su ventana era para ridiculizarle. Todas estas experiencias encontraban su explicación en un sistema delirante que consideraba responsable de todo al demonio. La sintomatología interfería pues, en todo su funcionamiento diario, viviendo el paciente con una elevada ansiedad y aislamiento social.

A.M. presentaba también un elevado nivel de activación fisiológica mantenido, que le suponía una tensión muscular constante, problemas para conciliar el sueño y elevada sudoración. Este estado de hiperactivación psicofisiológica ya existía años antes de la aparición del cuadro psicótico, asociada a situaciones sociales.

Además de los síntomas directamente relacionados con la psicosis presentaba el siguiente cuadro:

- Fobia social. Se considera este problema no como consecuencia de las ideas delirantes sino independiente, ya que existía antes de la psicosis y adquiriría una importante relevancia clínica, así como implicaciones terapéuticas.

- Sintomatología depresiva. Presentaba fuertes síntomas depresivos secundarios a todo el cuadro psicótico y ansiógeno, con ideas de indefensión y en ocasiones de suicidio.

- Trastorno por estrés-postraumático. A raíz de abusos sexuales durante la infancia.

En el momento de la evaluación del caso también presentaba los siguientes problemas psicosociales: ausencia de conciencia de enfermedad, déficit en habilidades sociales, apatía, dificultades en atención sostenida, dependencia de la madre para todas las gestiones instrumentales, clima familiar estresante con críticas del padre y tolerancia de la madre, desequilibrio de horarios de sueño y alimentación.

Tenía pautada la siguiente medicación: Motiván (20mg): antidepresivo indicado para la fobia social, dosis: 1-1-0; Idalprem (5mg): benzodiazepina indicada para estados crónicos de ansiedad, dosis: 1-1-0; Neurotín (400mg): antidepresivo usado como fármaco de segunda línea con antipsicóticos, dosis: 1-1-1; Norebox (4mg): antidepresivo, dosis: 0-0-1; Zyprexa (10mg): antipsicótico con efectos sobre los síntomas positivos y negativos; dosis: 1-0-1. El tratamiento farmacológico pautado lo seguía desde la USM de su zona y no había reducido las alucinaciones ni los delirios. El objetivo con el que se derivó el caso era aumentar su número de actividades y la red social.

Debido a que la sintomatología positiva impedía realizar cualquier actividad social y ocupacional, se decide analizar e intervenir sobre dichos síntomas, antes de incluirlo en programas de rehabilitación.

Evaluación

Durante 5 meses se llevaron a cabo un total de 10 sesiones en las que se estableció una relación terapéutica favorable para la evaluación y se recogió información detallada sobre el estado mental general del paciente así como sobre la topografía y funcionalidad de los síntomas psicóticos. Se realizó un análisis biográfico del paciente y un análisis retrospectivo del problema.

La duración de las sesiones de evaluación fue variable (entre 20 y 80 minutos), con especial énfasis en construir las condiciones facilitadoras del trabajo terapéutico. Entre los principales elementos que se tuvieron en cuenta en esta relación de trabajo fueron: no fijar un límite de tiempo para la evaluación, duración corta de las primeras sesiones y poco estructuradas, acuerdos sobre la duración frecuencia y contenido de las sesiones, graduar los temas abordados (neutros – tolerables – estresantes), dar la opción de abandonar el tratamiento voluntariamente, libertad para plantear objetivos personales en las sesiones. En resumen, se trató, debido a las creencias autorreferenciales así como al cuadro ansioso asociado a las relaciones interpersonales, de proporcionar control al paciente sobre el contenido y programación de las sesiones.

Instrumentos y medidas

.- Entrevista

Se realizaron entrevistas con el paciente para la exploración de los síntomas psicóticos y reacciones asociadas. Durante las entrevistas se observaba con claridad el incremento de los síntomas psicofisiológicos de ansiedad: temblores, sudoración, tensión muscular, limitación de movimientos y evitación del contacto ocular, lo que informaba del papel limitador en su vida.

También se tuvieron 4 entrevistas con la madre que confirmó los datos obtenidos por el paciente.

.- Cuestionarios y escalas

1. *Escala de evaluación de síntomas positivos (SAPS, Andreasen, 1984)*. Mide la gravedad de los síntomas positivos de la esquizofrenia. Consta de 34 ítems repartidos en 4 categorías: alucinaciones, delirios, comportamiento extravagante y trastorno formal del pensamiento. La puntuación total del paciente fue de 16 (rango 0-20), evidenciándose la gravedad de los síntomas. No presentaba trastornos formales del pensamiento ($p=1$).

2. *Entrevista estructurada de alucinaciones (HIS, Bentall, 1996)*. Evalúa las alucinaciones en el pasado y en el presente. Permite un análisis topográfico y funcional. Valora una buena cantidad de variables: tipo de alucinaciones, duración, número, frecuencia, localización, antecedentes características físicas, contenido, percepción de controlabilidad, atribuciones causales, consecuentes, creencias de poder, estrategias de afrontamiento y expectativas de autoeficacia.

3. *Entrevista estructurada de delirios (DIS, Bentall, 1996)*. Presenta la misma estructura que la HIS. Valora el tipo de delirios, duración, frecuencia, antecedentes, consecuentes, controlabilidad, atribuciones causales, grado de convicción, evidencias asociadas, resistencia, interferencia, ganancias secundarias, estrategias de afrontamiento y expectativas de autoeficacia.

4. *BDI. (Beck et al., 1979)*. Se utilizó para medir sintomatología depresiva (versión española de C.Vázquez) La puntuación fue de 24,

lo que indica sintomatología depresiva importante. Destacaban los pensamientos de culpa y fracaso.

5. *STAI (Spielberger et al., 1970)*. Evalúa ansiedad estado y rasgo. Puntuó en el STAI/E centil 76 y en el STAI/R centil 95.

6. *Escala de valoración del desempeño psicosocial (EVDP, protocolo de evaluación del centro)*. Mide el desempeño psicosocial en distintas áreas: autocuidados, hábitos saludables, afrontamiento, capacidades cognitivas, autonomía, capacidad laboral, adherencia al tratamiento, red de apoyo, autonomía económica y residencial. Se confirmó el alto nivel de deterioro en todas las áreas. Se descartó la presencia de déficit en procesos cognitivos.

7. *FNE (Watson y Friend, 1969)*. Evalúa componente cognitivo de la ansiedad social (temor a la evaluación negativa). La puntuación obtenida fue de 28 (rango 0-30). Esto indica temor intenso ante el escrutinio de otros. Esta prueba se pasó con el objeto de evaluar sucesivas mediciones del cambio terapéutico, ya que se ha mostrado como buen predictor de la mejoría terapéutica a largo plazo.

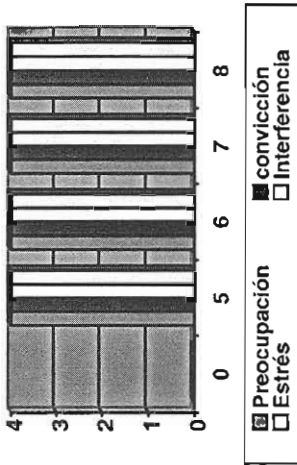
8. *Escalas subjetivas del propio paciente*. Se tomaron medidas en 4 sesiones de línea base. Se tomó como referencia la entrevista sobre las dimensiones del delirio de Haddock (1994) que utiliza escalas tipo Likert de distintos parámetros, en concreto: 1) grado de preocupación (entre 0: "pienso menos de una vez por semana" y 4: "pienso todo el tiempo"); 2) convicción (entre 0: "ausencia de convicción" y 4: "convicción al 100%"); 3) grado de estrés (entre 0: "ningún estrés" y 4: "estrés extremo"); 4) interferencia (entre 0: "ninguna" a 4: "incapacidad para mantener actividades diarias"). Las creencias seleccionadas para evaluar las dimensiones en la línea base fueron: 1) "el demonio me posee y tiene un gran control sobre mí"; 2) "algunas personas pueden verme y oírme por la televisión y la radio"; 3) "algunos se ríen de mí, me odian y conocen todos mis fracasos".

9. *Autoobservación*. Se pidió al paciente que anotase los siguientes autorregistros:

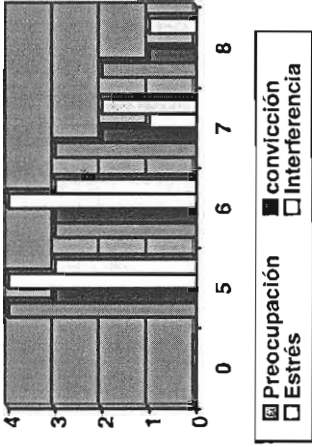
a. Objetivos a conseguir en la intervención (Anexo 1)

b. Situaciones evitadas, pensamientos, reacciones emocionales y conductuales asociadas a los síntomas. Debido a que el paciente no tenía problemas para describir el contenido de sus síntomas positivos, cada semana se le pidió que registrara sus experiencias

Creencias del Demonio



Creencias de Difusión



Creencias Autorreferenciales

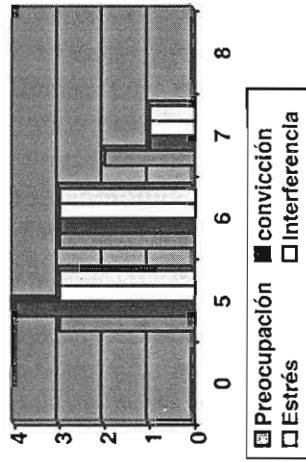


Figura 1.- Puntuación del paciente en escalas subjetivas del delirio en las sesiones de línea base

y su relación con antecedentes y consecuentes (dónde estaba, qué sentía, qué pensaba y qué hacía). El objetivo fue evaluar las secuencias funcionales asociadas a los síntomas psicóticos informados en las entrevistas. Destacaba la alteración emocional y conductual en función de pensamientos delirantes y de situaciones interpersonales (Anexo 2)

c. A medida que iban avanzando las sesiones A.M. fue capaz de etiquetar las creencias delirantes, por lo que se le fueron mandando autorregistros de secuencias concretas relacionadas con cada una de ellas. Los autorregistros corroboraron un comportamiento retraído, autoevaluaciones negativas, percepción inadecuada de los estímulos sociales, errores atribucionales acerca de sus experiencias y la conexión entre sus interpretaciones y la intensidad de la ansiedad y la desesperanza.

ANÁLISIS FUNCIONAL

La sintomatología psicótica fluctuaba en forma de aumento y disminución de intensidad e interferencia, por lo que se acordó con el paciente precisar los estímulos desencadenantes de dichas fluctuaciones mediante el análisis funcional secuencial de las ocurrencias más recientes de sus síntomas. Debido a la dificultad para diferenciar las creencias delirantes entre sí, se estimó oportuno listar el tipo de delirios que presentaba y a partir de ahí analizar los principales antecedentes y consecuentes de los mismos. Se acordó este procedimiento de cara a facilitar el centrar las sesiones de evaluación sobre síntomas concretos y establecer las implicaciones terapéuticas a partir del análisis.

Análisis funcional de las alucinaciones

A.- Descripción de las alucinaciones y respuestas asociadas

Descripción de las alucinaciones

Experimentaba alucinaciones auditivas de contenido negativo. Identificaba una sola voz, hablándole en segunda persona, ordenán-

dole y amenazándole. Eran en forma de frases cortas y los mandatos se relacionaban con hacer daño a otros, cometer ofensas verbales, insultos y predicciones catastróficas sobre su futuro y el de su familia (p.e. que se van a morir). En alguna ocasión le ordenaban que se suicidara, llegando A.M. a elaborar algún plan para ello. A veces las voces también insultaban a los demás. Aunque el paciente ya había experimentando creencias delirantes poco estructuradas desde los 21 años, es a partir de los 25 cuando empiezan las voces de forma brusca. Durante los años posteriores refería que habían estado presentes de forma continua, aunque no estaba seguro de que siempre estuvieran con él.

A continuación se presenta un fragmento de la descripción de las voces que hacía el sujeto: "... la voz es diabólica. Me amenaza con que me voy a morir. Me dice que a través de mí pone enferma a mi madre. Evito mirar a una foto de mi abuela o a mi madre porque empieza a insultarlas y a amenazarlas. Si no le hago caso empieza a gritar con más fuerza. A veces me dice una fecha y se que en esa fecha pasará algo malo, ..."

Respuestas asociadas a las alucinaciones

Respuestas cognitivas.

- Atribución del origen. Atribuía la voz al demonio, aunque haciendo un análisis de las características físicas de la voz, llegó a reconocer que se trataba de su propia voz. Esto lo explicaba por "el poder sobrenatural de la voz para adoptar cualquier forma".

- Percepción de control. No percibía control sobre la voz y creía que podía hacer cumplir sus amenazas.

- La percibía como muy poderosa y con capacidad para controlarle el pensamiento (p.e. atribuía sus lagunas de memoria a que la voz le había borrado los recuerdos).

- Creencias asociadas al propósito de la voz. Castigarle, aunque no sabía explicar por qué. De forma ambigua dudaba que fuera por pecados "de otra vida".

- Creencias sobre las órdenes. Creía que podía resistirse a cumplir lo que le ordenaba, aunque le angustiaba pensar que esto haría que "tuviera represalias" por desobedecer.

- Otras respuestas cognitivas relevantes consistían en: una excesiva autoatención propiciada por su situación de aislamiento, déficit de autocrítica respecto a sus explicaciones, pensamientos de autorreproche y culpa por experimentar alucinaciones auditivas, imágenes relacionadas con el contenido de la alucinación (p.e. visualizar el entierro de su madre)

Respuestas conductuales

- Un exceso de conductas pasivas y acordes con el contenido de la alucinación. Hacía lo que le decía la voz: callarse, no salir a la calle, encerrarse en su cuarto, insultar a alguien en voz baja, etc.

- Otras veces no hacía caso y hacía lo contrario (salir o hablar con alguien), especialmente cuando interpretaba que la voz tenía "menos poder e influencia".

- Evitación de contactos con miembros de la familia

- Déficit en planificar actividades programadas, ya que pensaba que la voz se lo haría pasar mal (salir, asearse, colaboración en tareas domésticas, etc.).

- Conductas pasivas para evitar que aparecieran las voces: dormir, tumbarse, fumar.

Respuestas fisiológicas

- Tensión muscular, cambios fuertes de temperatura y sudoración intensa. Se quejaba de nerviosismo constante, fatiga y dolores por todo el cuerpo.

Respuestas emocionales

- Experimentaba afectos negativos: miedo, ansiedad y culpa. La sensación de indefensión y desesperanza era fruto de la atribución de incontabilidad. Oscilaba entre un estado de ánimo de moderada a intensamente deprimido.

Estrategias de afrontamiento

- Le habían funcionado: leer en alto, hablar con otra persona, hablar en alto consigo mismo, decir mentalmente lo contrario a las voces, hacer lo contrario de lo que le ordenaba la voz. Apenas utilizaba ninguna de ellas.

- Otras estrategias menos adaptativas consistían en formas de evitación o evasión cognitiva: visualizarse a sí mismo "siendo feliz y con amigos", recordar eventos positivos del pasado, anticipar que en una fecha concreta todo "terminaría", etc.

La utilidad y frecuencia de uso de las estrategias dependían del grado de importancia otorgado a la voz en ese momento, el contexto en el se encontrara y su estado de ánimo.

B.- Antecedentes y consecuentes de las alucinaciones

- Las alucinaciones se producían en mayor medida en situaciones sociales dentro de su casa. Por ejemplo: estar en la misma habitación con su madre o su abuela, llegar alguien de visita. Estas situaciones le elicítaban una gran ansiedad, así como pensamientos del tipo: "no voy a saber hablar, pensarán de mí que soy raro y un fracasado, el demonio hará que me muestre tonto y patético". Estos pensamientos incrementaban la intensidad de la ansiedad, y cuanto peor se encontraba mayor era la intensidad de la voz. En este contexto aparecían otros pensamientos negativos sobre su forma de interaccionar y autorreproches ("soy un fracaso, me lo merezco"). Con relación a estos pensamientos se encontraba triste y solo, emoción que incrementaba la voz y su sensación de incontrolabilidad sobre la misma, confirmándose su poder y la enorme influencia negativa que ejercían en su vida. En estas ocasiones se quedaba tumbado, a oscuras, sin responder a su madre si le llamaba. En otras ocasiones no podía evitar el contacto social y aguantaba la situación con un importante nivel de ansiedad, comportándose de forma áspera y cortante para intentar dar fin a la situación.

- Mientras las otras personas estaban hablando la voz se incrementaba y disminuía cuando hablaba él. En las situaciones en las que se encontraba bien y con buen humor, las alucinaciones no aparecían, experimentando mayor controlabilidad sobre las mismas.

- Otro grupo de antecedentes era estar en casa con poca o ninguna estimulación (a oscuras y en silencio). Reaccionaba a la voz con las evitaciones cognitivas y ensoñaciones antes mencionadas, obteniendo cierto control, así como gratificación de sus pensamientos. Sin embargo, pasada la situación le venían pensamientos de su gran inadecuación social, y sentimientos de gran desesperanza.

- Cuando se preparaba para hacer una actividad programada de antemano (p.e.: salir a comprar algo, ir al centro de rehabilitación

o ir al banco), antes de hacer la actividad, anticipaba la aparición de la voz, lo que incrementaba su ansiedad, y cuanto mayor era la ansiedad más aparecía la voz y su contenido era más negativo. En estas ocasiones la voz le solía ordenar no hacer la actividad o le decía que algo malo le pasaría si la hacía. Esto lo interpretaba pensando que le iban a empujar por la calle, que le atropellaría un coche o haría el ridículo. La mayoría de las ocasiones hacía caso a la voz para evitar las consecuencias temidas.

- Cuando salía de casa, yendo por la calle, si alguien le miraba sentía que le estaba evaluando, incrementaba su ansiedad y aparecía la voz con mayor frecuencia.

- Como antecedentes internos estaban: pensar sobre el demonio, estar con ánimo negativo y pensamientos de autorreproche y culpa.

- Las situaciones en las que no aparecía eran cuando veía algo en la televisión que le gustaba, montar en bici y en una interacción social gratificante para él.

- Las consecuencias de las alucinaciones consistían en irse a casa, no salir a la calle, encerrarse en su cuarto y evitar contactos sociales. De esta forma evitaba exponerse a situaciones que le generaban ansiedad. Otra consecuencia era la pérdida de reforzadores positivos por su comportamiento pasivo/evitativo. Con sus evitaciones y cuando hacía caso a la voz trataba de evitar las consecuencias temidas (amenazas), incrementando la fuerza en las creencias y manteniendo los síntomas por una pauta de reforzamiento negativo.

Análisis funcional de los delirios

A- Descripción de los delirios y respuestas asociadas

Descripción de los delirios

Los pensamientos delirantes eran múltiples pudiendo identificarse de control, difusión de pensamiento y autorreferenciales.

Delirios de control. Pensaba que el demonio controlaba sus pensamientos y emociones. Creía que era capaz de borrarle o insertarle pensamientos. Tenía miedo a las consecuencias negativas

de estar poseído como: rechazo de la gente, ir “al infierno”, etc. También pensaba que, a través de él, tenía influencia para controlar el estado de ánimo y las enfermedades de su madre. Las alucinaciones auditivas las achacaba al demonio. La temática de control delirante está relacionada funcionalmente con las creencias de difusión, pues pensaba que el demonio era quien difundía sus pensamientos y recuerdos por la televisión y la radio. El origen de esta creencia comenzó, según el paciente, porque “hizo un pacto con el demonio para liberarse de un estado depresivo profundo” en una época pasada. También asociaba el origen de la creencia al comienzo de las alucinaciones auditivas.

Creía que la posesión del demonio duraba desde hace 7 años aunque solo recordaba su presencia durante los últimos 3 ó 4 años. La creencia apareció por tanto, de forma brusca y asociada a las alucinaciones auditivas, a un trastorno depresivo grave y al resto de creencias delirantes (especialmente de difusión).

Respuestas asociadas

No percibía control, sobre la temática del demonio. Además de atribuir su afectividad ansiosa y depresiva al delirio de control, también le atribuía la causa de parte de la sintomatología negativa de la esquizofrenia. Otras respuestas cognitivas eran rumiaciones de culpa y soledad. Creía que la causa de los delirios tenía que ver con él, aunque el origen lo atribuía a un agente externo (“el demonio”). Entre las consecuencias temidas asociadas a esta creencia estaban: quedarse sin recuerdos, no ser feliz, que todos pensarán que se lo merecía, ser una influencia negativa para su madre y los que le rodean, y que la gente le hiciera daño.

No encontraba evidencias en contra de estas ideas. El grado de convicción era del 100%. Como evidencias mantenedoras de la creencia de control sólo estaban sus experiencias subjetivas: las alucinaciones auditivas, los delirios de difusión, las respuestas psicofisiológicas de ansiedad y la sintomatología negativa de la esquizofrenia.

Entre las respuestas conductuales asociadas al delirio se encontraban: comportamientos de inactividad (tumbarse, no hablar, no salir, etc.), permanecer callado en situaciones interpersonales y evitar contactos sociales. Entre las estrategias de afrontamiento principal-

mente estaban: evitación (no mirar a su madre, no salir, etc), fijar una fecha concreta al azar en la que “todo terminaría” y resistirse a los mandatos. Estas estrategias se consideran altamente disfuncionales, especialmente la última, ya que durante semanas el paciente se encontraba esperanzado, pero cuando llegaba la fecha predicha entraba en un intenso estado de ánimo depresivo.

Delirio de difusión de pensamiento. Creía, como consecuencia del delirio de control, que la gente podía ver lo que hacía y lo que pensaba por el canal de la televisión local. Refería que podían verle a través de la pantalla, o también “ver lo que él veía por sus ojos”. También creía que podían oírle por lo que permanecía en muchas ocasiones callado y con la luz apagada. Esta creencia estaba relacionada funcionalmente con los delirios autorreferenciales ya que pensaba que si la gente “hablaba de él o se reía del él”, era porque “sabían cosas de él o porque le habían visto”.

Respuestas asociadas.

Las respuestas asociadas a los delirios de difusión consistían en un exceso de autoatención asociado al temor de que los demás le estaban viendo, lo que le mantenía en alerta constante; errores de interpretación acerca de comentarios de la radio (“eso lo dice porque ahora me está viendo”); llamadas a la televisión y a la radio para comprobar si le conocían; trataba de poner la mente en blanco, no pensar en nada o permanecer dormido la mayor parte del día para evitar que los demás viesen lo que estaba pensando; pensamientos distorsionados sobre los demás cuando salía a la calle (“seguro que me ha estado viendo”).

La frecuencia de las ideas era continua, refiriendo sentirse observado constantemente. La principal evidencia que argumentaba como causa de estas experiencias era el “poder sobrenatural” del demonio. En las primeras entrevistas mantenía un grado de convicción máximo. Otras evidencias menos sólidas que argumentaba para sostener estas ideas eran: el tono de voz de los presentadores, las miradas y gestos de los otros y el malestar emocional fruto de su actividad psicofisiológica permanente. A medida que en las entrevistas se le fue preguntando por más evidencias (cámaras ocultas, posibilidad de que las interpretaciones fueran fruto de la fobia social, ausencia de pruebas objetivas, ...), la creencia disminuyó en intensidad y frecuencia (ver figura 1).

Delirios autorreferenciales. Creía que la gente hablaba y se burlaba de él. Relacionaba los comentarios de la radio y la televisión consigo. También atribuía ruidos molestos (motos y coches) a la intención de la gente de provocarle y molestarle. Esta temática fue la primera en aparecer en el primer brote, atribuyendo el paciente ya en el instituto, las risas o miradas de compañeros de clase a malas intenciones y burlas.

Respuestas asociadas.

Consistían en distorsiones perceptivas de los estímulos sociales, anticipaciones negativas (“hablarán mal de mí, se reirán, notarán algo raro en mí, etc.”), temor a la crítica y al rechazo social, pensamientos de autocrítica e inferioridad y conductas de evitación social. Cuando permanecía en la situación social se comportaba apresuradamente y hacía evitaciones sutiles (no mirar, sentarse lejos, buscar sitios con poca luz, ...). También aparecían pensamientos de autoinculpación por experiencias negativas de su pasado (experiencias homosexuales).

Las respuestas fisiológicas consistían en una fuerte activación que se expresaba en sudoración, temblores, tartamudeo y dolores musculares.

Como estrategias de afrontamiento se daba autoinstrucciones (“pasa de la gente”), daba rodeos e iba rápido por la calle para evitar zonas concurridas y evitaba contacto el visual.

Al rastrear las evidencias el paciente se quedó bloqueado en esta fase de las entrevistas, reconociendo la posibilidad de que esta creencia fuera más fruto de su fobia social. Entre algunas evidencias aportó: las alucinaciones auditivas de amenaza antes de salir de casa, insultos que alguien dijera en alto por la calle y risas de las pandillas de adolescentes.

El paciente fue capaz de encontrar en este punto de las entrevistas alguna relación entre sus creencias y problemas anteriores de autoestima, complejos y ansiedad social. Ante esta posibilidad, el porcentaje de convicción en los delirios autorreferenciales fue disminuyendo durante las sesiones, pues fue reconociendo que estas ideas estaban relacionadas con situaciones sociales específicas. A su vez, estas creencias básicas que parecían estar en el origen de las experiencias psicóticas de A.M. (autoevaluaciones negativas de

sí mismo, sensibilidad al rechazo social, complejos y experiencias negativas fruto de periodos de malestar psicológico), sirvieron para planificar futuras sesiones de evaluación acerca de las variables psicológicas que contribuyeron a la formación y mantenimiento del trastorno actual.

B.-Antecedentes y consecuentes de los delirios

Experimentaba un estado delirante permanente en el tiempo con múltiples respuestas cognitivas, conductuales y emocionales relacionadas con las temáticas delirantes. Este estado era de duración continua, siendo difícil identificar contextos y situaciones claras que antecedan o intensifiquen los problemas. Teniendo en cuenta esto, se pasan a analizar los principales determinantes y consecuentes de las diversas manifestaciones delirantes.

Antecedentes

- *La actividad delirante asociada al demonio* era continua. Un grupo de antecedentes que incrementaba la intensidad de la creencia era: estar solo en su habitación, estar en la misma habitación que su madre, mirar o estar cerca de elementos religiosos y permanecer en ausencia de estimulación sensorial. Como ya se ha dicho estas ideas delirantes eran fruto de la interacción del sujeto consigo mismo, así, como antecedentes internos se encontraban: experimentar las alucinaciones auditivas negativas de mandato y estados emocionales depresivos. En el mismo sentido, el análisis parecía indicar que las ideas de difusión funcionaban a modo de antecedentes para las ideas de control demoníaco. Esta idea le causaba gran ansiedad ya que pensaba que la gente podía verle o saber cosas de su pasado. Entonces cerraba las ventanas y las puertas, apagaba la luz y se encerraba en su cuarto. También cerraba los ojos y permanecía callado como un intento de tener sus pensamientos bajo control. Sin embargo este estado forzado incrementaba su ansiedad y por tanto, aumentaba la probabilidad de ocurrencia de las alucinaciones auditivas, que a su vez reforzaban los delirios.

- Los delirios de difusión del pensamiento se asociaban claramente con la presencia de estímulos como televisión, radio y a veces teléfonos. Las ideas eran más frecuentes cuando se encontraba en casa que en la calle. Como antecedentes internos estaban las ideas autorreferenciales, pensamientos relacionados con las consecuencias de "estar poseído", anticipaciones cognitivas de pasarlo mal en situaciones sociales y permanecer en casa desocupado y aburrido. Otro grupo de antecedentes que incrementaba la probabilidad de aparición de las creencias de difusión eran aquellas situaciones sociales que provocaban ansiedad, por ejemplo, pasar por sitios donde hubiera gente joven, estar expuesto a miradas de otros (como en lugares de espera), errores de atribución de señales sociales (que las risas de una pareja son por él). Cuando tenía que hacer una actividad gratificante (como salir a comprar algo que deseara o ver algo programado por la televisión) era capaz de olvidar las creencias de difusión.

Sin embargo, al igual que las ideas de control, las ideas de difusión aparecían en muchas ocasiones sin guardar relación con estímulos antecedentes, estando presentes permanentemente y fluctuando en intensidad en función de los determinantes descritos arriba.

- Los antecedentes asociados a los *delirios autorreferenciales* eran fundamentalmente situaciones sociales, en especial pasar por calles concurridas y permanecer en lugares donde había gente (p.e. cafeterías). El grupo de antecedentes sociales que se relacionaba en mayor medida con los delirios autorreferenciales eran: personas más jóvenes que él, personas conocidas y situaciones que exigían iniciar la interacción social (pedir una consumición o estar en la ventanilla del banco). En dichas situaciones sentía gran ansiedad y generaba respuestas asociadas con un cuadro de fobia social. Cuanta más ansiedad sentía en esas situaciones, mayor era la intensidad de las creencias delirantes.

Otro grupo de antecedentes eran ruidos provocados por coches, motos y gente que pasaba al lado de su ventana. Las creencias de difusión también incrementaban las creencias autorreferenciales, pues pensaba que la gente le miraba y se reía de él porque podían "ver sus pensamientos".

Los pensamientos anticipatorios relacionados con este delirio consistían en pensar que si se exponía a los demás, le ridiculizarían, le insultarían y se reírían de él. Siempre que podía evitaba estas situaciones, quedando luego con una fuerte sensación de impotencia y cobardía. Cuando permanecía en estas situaciones estaba hipervigilante ante los comentarios y miradas de los otros.

Consecuentes

- Las consecuencias consistían en respuestas de escape y evitación de los estímulos antecedentes descritos, como un intento de reducir la ansiedad y la ocurrencia de las consecuencias temidas asociadas a la actividad delirante. El efecto era de refuerzo negativo de las creencias delirantes y las respuestas asociadas a ellas.

- Los autorrefuerzos positivos provenientes de las ensoñaciones cognitivas contribuían al mantenimiento de las creencias y reforzaban el aislamiento social, así como la posibilidad de desarrollar contra-argumentos a sus explicaciones psicóticas.

- Otras consecuencias eran la pérdida de reforzadores positivos debido a sus conductas pasivas/evitativas, lo que disminuía el estado de ánimo y la motivación por emprender o retomar conductas.

- La creencia de estar poseído por el demonio también evitaba que el paciente se enfrentara con la idea de tener una enfermedad mental grave, así como trastornos psicológicos que acumulaba desde la adolescencia, contribuyendo al reforzamiento negativo de las explicaciones psicóticas. El hecho de que los fármacos no hayan reducido la actividad delirante también reforzaba la idea de que lo suyo no era una enfermedad mental, sino experiencias reales que venían de las causas que él argumentaba.

- A.M. fue perdiendo su red de apoyo social y se iba percibiendo cada vez más "raro" y con menos expectativas de mejorar. La desesperanza hacia el futuro y los sentimientos de inutilidad se iban incrementando y facilitando un estado depresivo en ocasiones acompañado de ideas suicidas.

ANÁLISIS HISTÓRICO

Se recogen los datos sobre el funcionamiento pasado y el desarrollo personal, ya que se considera importante identificar todas las vías por las que llegó a los síntomas psicóticos, así como los procesos psicológicos que estuvieron implicados (estados emocionales, cognitivos, conductuales, variables contextuales, experiencias, etc.). Este análisis se considera crucial en el caso de los pacientes psicóticos ya que la formulación clínica debe conectar sus experiencias tempranas, acontecimientos significativos y la vulnerabilidad con la formación de los síntomas. Un componente terapéutico importante consiste en generar una visión global del problema y crear un modelo que aporte sentido al terapeuta y al paciente y sirva de guía para la aplicación de las técnicas de tratamiento.

Adquisición del problema

A los siete años sufrió abusos sexuales de su hermano mayor de 24. Los abusos consistían en tocamientos y masturbaciones. A.M. no entendía los que pasaba y lo mantenía en secreto con su hermano, como "algo normal entre hermanos". Como consecuencia, a los 21 años desarrolló un Trastorno por Estrés Postraumático (T.E.P.) de comienzo *diferido*. Durante 15 años permaneció asintomático del T.E.P., pues desarrolló una amnesia disociativa referida a estos acontecimientos. El comienzo de estresores relacionados con la vida adulta y la exposición a una situación vital novedosa (especialmente el traslado de domicilio y el deseo de iniciar una relación de pareja), pudieron actuar como desencadenantes que reactivaron el T.E.P. Aunque con el tiempo los síntomas del T.E.P. han ido disminuyendo, durante los tres primeros años desde su comienzo se caracterizaron por rumiaciones continuas, flashbacks sobre los abusos en forma de imágenes o secuencias acompañadas de una gran angustia, rabia y pérdida de control, fuertes sensaciones de culpa y humillación, y, evitación de todo contacto con su hermano mayor. En el momento actual presentaba aún todos los síntomas del T.E.P. aunque no tan intensos como en el origen del cuadro.

A.M. experimentó problemas de ansiedad desde la infancia. En concreto padeció un problema de Fobia Social (F.S.) desde los 12 años con fuertes conductas evitativas y temor a la evaluación negativa en las situaciones sociales. Este patrón de síntomas ha estado presente desde la infancia, generando una incapacidad para interactuar con los demás. Fruto de la F.S fue desarrollando un estilo cognitivo atribucional compuesto por ideas autorreferenciales y errores de interpretación (que los demás le miraban y se reían, que cuchicheaban y hablaban de él, autofocalización en sus reacciones por si le encontraban raro, etc.). El problema de F.S. ha ido incrementándose con el tiempo contribuyendo al mantenimiento de un estado de tensión emocional, así como de aislamiento social.

A los 17 años ya experimentó los primeros síntomas pre-psicóticos (pródromos). Interpretaba los comentarios y comportamientos de los compañeros como acciones para burlarse y perjudicarlo. Pensaba que los profesores también participaban del mismo trato. Así, vivió con gran angustia su última época de instituto, aunque en ese momento era capaz de razonar tales pensamientos y atribuirselos a él mismo debido a sus dificultades y ansiedad en el plano interpersonal..

Como consecuencia de los problemas psicológicos acumulados, su carencia de habilidades de afrontamiento y la falta de apoyo social, a los 4 meses de generarse el T.E.P. las ideas autorreferenciales se hicieron más intensas, aumentando sus sensaciones de indefensión e incontrolabilidad, su preocupación porque los demás le notaran o descubrieran lo que le pasaba, vivía obsesionado por el temor a las críticas y burlas de otros, y permanecía con una fuerte sensación de angustia e incertidumbre de si contar a su madre o no el tema de los abusos sexuales. Como consecuencia de todo lo anterior, en este periodo permaneció aislado, encerrado en sí mismo y con un nivel de activación psicofisiológica que facilitaba sensaciones de extrañeza, mareos, sudoración, etc. Empezó a desarrollar un estado de ánimo depresivo caracterizado por ideas de desesperanza, culpa y falta de motivación. Abandonó el trabajo y regresó a casa, donde tuvo un primer intento de suicidio con sobredosis de fármacos. Permaneció ingresado durante un mes y comenzó tratamiento antipsicótico para las creencias delirantes autorreferenciales, que remitieron parcialmente. Sin embargo, no se

comenzó tratamiento para los trastornos de ansiedad, que continuaban generándole respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales discapacitantes.

Durante los tres años posteriores permaneció en casa evitando el contacto social con la familia y otras relaciones, abandonó definitivamente el mundo laboral y perdió la motivación por implicarse en conductas gratificantes (ocio, deporte, lectura, etc.). En este estado de aislamiento, a los 24 años comenzó a experimentar alucinaciones auditivas en forma de insultos a seres queridos. Su reacción inicial fue de miedo y cuando se tornaron en amenazas sentía que era culpable o era "un castigo divino". Las primeras voces ocurrieron en una de las pocas situaciones en que salía de casa, ir a la iglesia. También en esta época, y parece que de forma abrupta, comenzaron los delirios de difusión. Recuerda que estaba escuchando la radio, un programa de dedicatorias, y se "dio cuenta" de que los locutores y algunas personas que llamaban, "sabían cosas de él". Desde este momento empezó a relacionar los comentarios de la radio y la televisión local con su persona, al mismo tiempo que se reforzaron sus ideas autorreferenciales paranoides, llegando a la conclusión de que le espían a través de la pantalla de televisión, la radio, cámaras ocultas, etc. Unido a la inactividad y aislamiento la psicosis empezó a afectar a la totalidad de la esfera psíquica de A.M.. El cuadro delirante fue evolucionando y perfilándose hasta cristalizar en el delirio demoníaco. Con el delirio de control llegó a construir un sistema cerrado que lograba explicar todas sus experiencias pasadas y actuales (amnesia psicógena, burlas de otros, difusión de pensamientos, alucinaciones, rechazo social, etc.).

Desde entonces y durante los últimos 4 años este sistema delirante se repite y perpetúa, generalizándose a todos los ámbitos de su vida actual y a sus recuerdos y vivencias pasadas, desarrollando todo el entramado de respuestas delirantes especificado en el cuadro psicótico.

Variables de predisposición

Antes del comienzo de los síntomas psicóticos existieron factores de predisposición para el desarrollo de los mismos.

Cuando A.M. era niño manifestaba un comportamiento inhibido en las situaciones sociales, con un exceso de timidez y una gran dificultad para desarrollar habilidades sociales. También refería estar siempre "intranquilo y nervioso" por tener que exponerse a estímulos sociales. Era muy posible que experimentara una predisposición heredada ya desde la infancia que consistía en un bajo umbral para la activación psicofisiológica y una lentitud en la reducción dicha activación, lo que le ponía en una situación de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos psicológicos.

A.M. describía a su madre como tímida y evitaba buscar relaciones. El comportamiento era inhibido y así lo expresaba en su comunicación no verbal (evitando el contacto visual, yendo por aceras con menos gente, tono de voz muy bajo, etc.). Siempre la recuerda padeciendo dolores de cabeza, problemas de tensión alta, temblores y depresiones. Estaba en tratamiento psicofarmacológico por estos problemas desde hacía más de 10 años. Su relación con él la percibía de sobreprotección y de cierta indiferencia.

El padre había sido una figura ausente. Había persistido siempre una pauta de incomunicación entre ellos. Le describía como desinteresado de sus problemas y le reprochaba su actitud ya que le gustaría tener más contacto con él.

Describía su educación familiar como flexible a carente de modelos. Nadie le dictaba las normas, viviendo en un ambiente que definía como "indiferente". A pesar de ello se encontraba más cercano a su madre y a su hermana compartiendo sus pautas de educación que eran profundamente religiosas. Así, creció con fuertes convicciones éticas respecto a su comportamiento y el de los demás.

Había tenido escasas relaciones sociales, caracterizándose durante la infancia y adolescencia por el rechazo y las burlas por parte de compañeros de grupo y de clase. Consistían en burlas por su aspecto (sobrepeso) y su timidez. Como consecuencia desarrolló ideas de autocrítica y autoimagen negativa y una gran hipersensibilidad a la crítica y al rechazo de los demás.

A.M. ha tenido desde los 12 años problemas acerca de su identidad sexual, con una gran confusión respecto al objeto de deseo sexual y sentimientos de vergüenza y temor al rechazo si comentaba estos problemas. Refería atracción física y sexual hacia los hombres

desde siempre. Tuvo una experiencia homosexual a los 13 años con un compañero del colegio. A partir de este hecho desarrolló un fuerte temor a que los demás se enteraran o a que este chico lo contara y sufriera las burlas y el rechazo de los demás. A los 17 años también tuvo otra experiencia similar con un compañero de instituto, pero enseguida cortó la relación por el pánico de que los demás le descubrieran. También refería que cuando se masturbaba pensaba en chicos, lo que le dejaba con importantes sentimientos de culpa por considerar este acto inmoral y en contra de los valores y actitudes que se suponía que tenía que tener. Los sentimientos de autoinvalidación e inadecuación se incrementaban por la imposibilidad de compartir estas emociones con alguien cercano, ya que según A.M., recibiría las críticas y el abandono de los pocos amigos que tenía.

Fruto de todo lo comentado anteriormente se consolidó la idea de ser inferior y que los demás se lo notaban. Fue desarrollando excesivamente su autoconciencia y focalizando su atención en sus pensamientos y conductas y, especialmente, en la discrepancia entre sus objetivos deseados y la realidad conseguida, poniendo en cuestión constantemente su autoestima. A medida que pasaba el tiempo la discrepancia percibida entre logros y objetivos era más alta, así como el sentimiento de que sus conductas constituía el centro de atención de las personas de su alrededor. Cabe destacar que el problema de autoestima y los sentimientos de inferioridad han estado presentes desde la infancia, convirtiéndose en autoevaluaciones negativas subyacentes directamente relacionadas con la formación y mantenimiento de los síntomas psicóticos.

FORMULACIÓN CLÍNICA

El cuadro psicopatológico del paciente es consistente con las hipótesis de Maher (1988) y Garety et al. (2001): una vulnerabilidad anterior resulta activada por avatares de la vida y, bajo alteraciones emocionales negativas aparecen las alucinaciones y los delirios. Las experiencias primarias anómalas llevarían a una búsqueda de explicación en la que las distorsiones cognitivas y los esquemas disfuncionales contribuyen a la formación y mantenimiento de los delirios.

Hipótesis de origen

El paciente presentaba un trastorno esquizofrénico con síntomas delirantes y alucinatorios que puede explicarse en su origen por la influencia que tuvieron un conjunto de factores que crearon en él una vulnerabilidad psicológica que junto con acontecimientos vitales estresantes le llevaron a disociar formando los síntomas psicóticos. Esta vulnerabilidad estuvo presente desde la infancia en forma de un comportamiento sumiso, introvertido y tímido, una mayor sensibilidad a dar respuestas de estrés, una menor habituación de dichas respuestas y un déficit cognitivo en las habilidades perceptivas de las señales sociales. Las variables citadas junto con otros factores psicológicos y contextuales (abusos sexuales, presencia de modelos paternos inadecuados, ausencia de figuras cercanas estables, educación en ética y religión, confusión de identidad sexual, experiencias sociales críticas y aversivas, carencia de habilidades de afrontamiento adecuadas, procesos fóbicos en situaciones sociales, etc.) fueron incrementando su vulnerabilidad psicológica con el paso del tiempo (fruto de la combinación de factores genéticos y características adquiridas por aprendizaje y exposición a experiencias negativas). Las variables de predisposición citadas en combinación con los hechos y experiencias comentados en el análisis histórico contribuyeron a formar esquemas y pensamientos disfuncionales sobre él mismo y los demás caracterizados por el miedo a la crítica y al rechazo, así como un estilo atribucional sesgado hacia ideas de fracaso, incompetencia e inferioridad. Por otro lado, el ambiente familiar caracterizado por establecer relaciones basadas en la inhibición y falta de apego, y las relaciones con iguales basadas en la frustración y el rechazo, facilitaron el desarrollo de esquemas cognitivos basados en la desconfianza ante los demás.

Una serie de acontecimientos vitales estresantes (comienzo de la vida laboral, traslado de domicilio, necesidad de relación afectivo-sexual, aislamiento, problemas de sueño, etc.) y la aparición de un fuerte estado de ansiedad (aparición de los síntomas del T.E.P.), modulado por las características de personalidad negativas y su sentido de sí mismo y los demás, hizo que aparecieran las alucinaciones auditivas y las creencias delirantes. El paciente comenzó

a experimentar sensaciones automáticas fuera de su control que generaban una gran angustia, en concreto: acceso de estímulos a la conciencia de forma incontrolable y con independencia del contexto en el que se encontrara (voces, flashbacks de los abusos, recuerdos negativos, lagunas amnésicas), respuestas condicionadas de ansiedad e incapacidad para ejercer control y establecer regularidades en esas experiencias. En esa situación la aparición de las creencias delirantes supuso un mecanismo compensatorio (un mecanismo de control consciente que explicaba sus experiencias). En la formación de las explicaciones que se dió jugaron un papel fundamental los sesgos cognitivos desarrollados en su evolución, explicados anteriormente. El estilo atribucional anterior caracterizado por el miedo a que descubrieran sus fallos y a relacionar las conductas de otros consigo mismo, provocaron un salto atribucional externo de todas sus vivencias en ese momento (como causadas y atribuidas a causas externas a su persona). También las alucinaciones auditivas contribuyeron en gran medida a dar este salto atribucional. Este salto tenía la función de salvaguardar al autoestima del paciente, evitando así enfrentarse a su propia realidad, facilitando la disociación psicótica.

En resumen, en la base del origen, A.M. tuvo varios problemas de ansiedad y acontecimientos traumáticos durante su desarrollo que contribuyeron definitivamente a la creación de un estilo cognitivo negativo y de afrontamiento que interaccionó con la vulnerabilidad necesaria para facilitar la aparición de los síntomas psicóticos.

Hipótesis de mantenimiento

El patrón de comportamiento de escape/evitación ante los estímulos que disparan una respuesta de ansiedad, y por tanto, elicitan con gran probabilidad las alucinaciones, contribuye a eludir o a reducir esa ansiedad, por lo que mantienen la capacidad de dichos estímulos para generar ansiedad (y por tanto alucinaciones). Además, las conductas de evitación contribuyen al aislamiento del paciente, que impide obtener pruebas de realidad diferentes a sus creencias y consecuencias temidas. También los comportamientos

orientados a disminuir la probabilidad de sufrir las consecuencias temidas (hacer caso a las voces, escapar de la situación rápidamente, no mirar, cerrar las puertas y ventanas, etc.) contribuyen al refuerzo negativo, y por tanto tienden a perpetuarse, impidiendo que A.M. se enfrente a las situaciones temidas, anticipando las consecuencias aversivas y la falta de recursos de afrontamiento y reforzando la intensidad de las creencias delirantes. No obstante, tales conductas le provocan aversividad a medio y largo plazo debido a los autorreproches por no hacer frente a las situaciones. Además, le impiden la realización de actividades comunitarias placenteras y el contacto con la gente, lo que facilita la pérdida de gratificaciones y las expectativas de fracaso e indefensión. Tales ideas le llevan a un estado deprimido en el que la motivación por afrontar situaciones nuevas disminuye, los razonamientos distorsionados aumentan y la desesperanza facilita la aparición de ideas suicidas.

Los trastornos de ansiedad (F.S. y T.E.P.) provocan respuestas condicionadas de ansiedad por mecanismos de condicionamiento clásico, así como respuestas conductuales de evitación y cognitivas de incontrolabilidad de sus pensamientos y emociones, que contribuyen a mantener sus síntomas psicóticos. Así, procesos de ansiedad como la autofocalización atencional, el miedo a la evaluación negativa, las ideas de culpabilidad y los errores atribucionales, facilitan la aparición de otros procesos cognitivos para la búsqueda de significados congruentes con su estado de ánimo como son las *inferencias arbitrarias* y los *sesgos atribucionales externos* que están manteniendo las creencias delirantes. Así, el delirio se ve reforzado, convirtiéndose en un razonamiento plausible para el paciente y reduciendo la confusión y la ansiedad.

La ansiedad en las situaciones sociales está relacionada con una falta de habilidades sociales. Además los esquemas disfuncionales de sí mismo y los demás, que estaban en la base de las creencias delirantes, son reforzados por los trastornos emocionales. Por otro lado, debido a la evitación de las emociones relacionadas con los abusos sexuales, el recuerdo traumático aún no se ha procesado, impidiendo construir explicaciones más válidas que las ideas de culpa o vergüenza, que le impidían admitir su orientación homosexual. No contando su orientación sexual evita la posibilidad de

sufrir el rechazo de los otros, lo que incrementa el nivel de ansiedad y hace que dote de un mayor significado a las propias emociones.

Todo el cuadro contribuye a mantener un estado de tensión emocional permanente, fortaleciendo la asociación entre respuestas psicofisiológicas de ansiedad, rumiaciones cognitivas y comportamientos inadecuados.

También los propios síntomas psicóticos se refuerzan entre sí. Las alucinaciones suponen un antecedente y una evidencia que reafirma su creencia de estar poseído por el demonio. Los delirios de difusión también consisten en una "prueba" del control demoníaco para el paciente y funcionan como antecedentes y consecuentes de dicha idea. Así mismo, los delirios autorreferenciales suponen para el paciente un recuerdo y una prueba de que sus pensamientos estaban siendo difundidos. De esta forma el sistema delirante se autorrefuerza a sí mismo, perpetuándose.

También deben incluirse aquí otras variables que facilitan el mantenimiento como: la resistencia de los síntomas al tratamiento con fármacos que le sirve de evidencia de que lo suyo no es una enfermedad mental y, el rechazo de la idea de tener esquizofrenia como algo que no puede soportar, sirviendo en este caso las creencias delirantes para preservar de forma precaria un autoconcepto positivo de sí mismo.

MODELO PSICOPATOLÓGICO

Como se puede comprobar el paciente presenta un cuadro psicopatológico muy complejo, por lo que la tarea de decidir qué variables serán objeto de la intervención se convierte en algo complicado. Se puede caer en la idea de tratar de modificar todas las variables causales o en no hacer el énfasis adecuado en las variables centrales del cuadro. Por tanto, haciendo un esfuerzo integrador y partiendo de la complejidad del caso y de los análisis previos (análisis funcional, análisis histórico y formulación clínica) se realiza un modelo causal para establecer las relaciones funcionales más relevantes entre las distintas variables independientes inferidas para la explicación de los síntomas psicóticos del paciente.

Tabla 1.- Características y componentes del modelo psicopatológico (tomado de Haynes, 1995)

- 1- Problemas de conducta. Debe especificar todos los problemas que tiene el paciente (baja autoestima, estado de ánimo deprimido, déficit en habilidades sociales, aislamiento, sesgos cognitivos, alucinaciones y delirios actuales, etc.)
- 2- Relaciones entre problemas de conducta. Por ejemplo la ansiedad social puede servir como variable para el aislamiento y la evitación y éstos, a su vez, para el mantenimiento del delirio.
- 3- Las variables causales de los problemas de conducta. Se enfatizan las variables clínicamente útiles (modificables). Por ejemplo el reforzamiento negativo mediante la reducción del estrés por conductas de evitación, las creencias negativas de sí mismo, el reforzamiento de la familia ante las conductas delirantes, la hiperactivación provocada por un exceso de estimulación cognitiva de una situación social, o la excitación causada por el consumo de alcohol.
- 4- Las relaciones entre las variables. Por ejemplo la desconfianza ante los demás puede deteriorar las habilidades sociales y a su vez provocar el rechazo social, y éste a su vez ayudar a mantener un autoconcepto negativo. Estas variables interrelacionadas pueden servir como variables mantenedoras o disparadoras de una creencia delirante.
- 5- La fortaleza y forma de las relaciones. Se debe recoger la dirección de las variables, así como el grado de fortaleza, impacto y modificabilidad.
- 6- Las variables mediadoras. Afectan a otras variables. Por ejemplo el apoyo social, las atribuciones sobre las voces o el deterioro cognitivo pueden mediar en la interferencia conductual de los síntomas psicóticos.

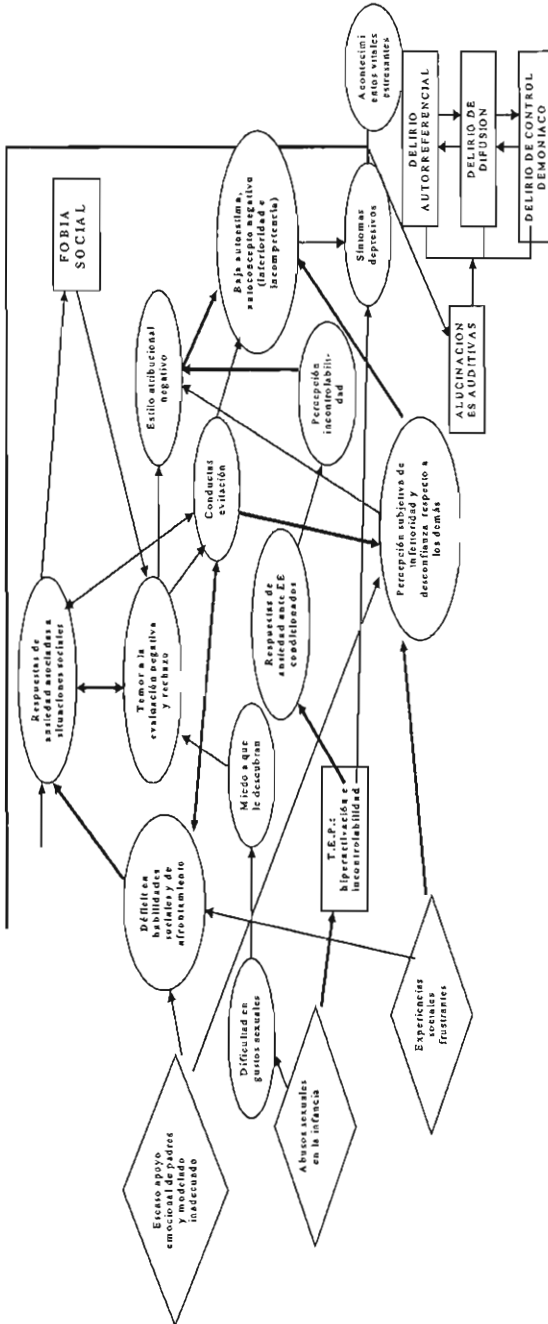


Figura 2.- Modelo psicopatológico de los síntomas psicóticos: variables relacionadas con el origen

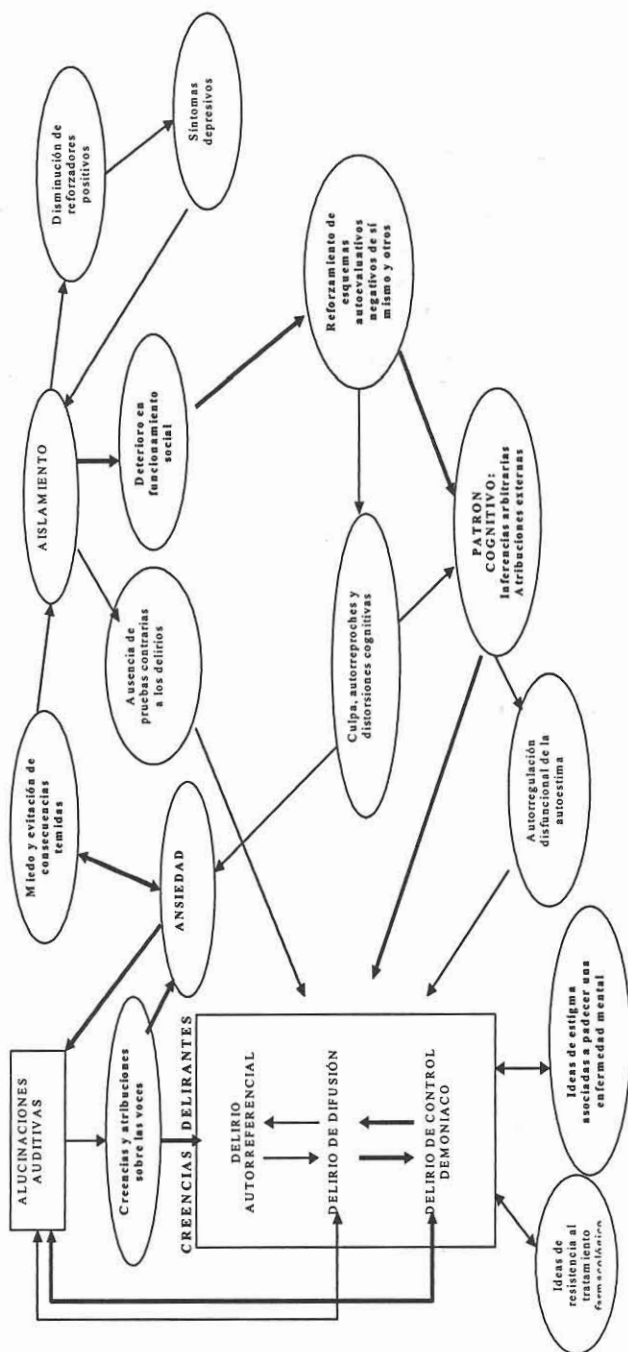


Figura 3. Modelo psicopatológico de los síntomas psicóticos (cont.): variables relacionadas con el mantenimiento

En el modelo se enumeran las relaciones de causalidad entre las variables independientes y las variables dependientes. Los rectángulos hacen alusión a las variables dependientes, los círculos a las independientes, la negrilla explica la importancia de la variable en el modelo, el rombo indica una variable causal no modificable (p.e. vulnerabilidad psicológica), las flechas describen la direccionalidad de las relaciones establecidas, y el tipo de flechas indican la potencia de las relaciones establecidas entre las variables. (Graña y Navarro, 2000a; 2000b).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A partir del modelo es posible identificar las variables que tienen más peso en el momento actual por su importancia y relación funcional que adquieren, así como aquellas otras que deben ser objetivo de modificación. Las principales variables identificadas son:

En la adquisición (aparecen en negrita en el modelo):

- La vulnerabilidad psicológica que dio lugar a la hipersensibilidad al estrés.
- Los abusos sexuales de la infancia responsables del T.E.P. y las respuestas cognitivas y emocionales asociadas.
- La F.S. fruto de la asociación entre situaciones sociales y la reactividad al estrés, también facilitada por su historia de aprendizaje social.
- La hipersensibilidad a la crítica y el miedo al rechazo
- El déficit en habilidades sociales y de afrontamiento.
- El desarrollo de una pobre autoestima y creencias de sí mismo negativas como consecuencia de las variables de predisposición.

En el mantenimiento (aparecen en negrita en el modelo):

- Las creencias sobre el poder, influencia y procedencia de la voces.
- Las conductas de evitación asociadas a los síntomas psicóticos debido a la alta convicción en las consecuencias temidas.
- Las respuestas de ansiedad como antecedentes de las alucinaciones auditivas.
- Deterioro en su funcionamiento y participación social.

- El estilo cognitivo atribucional externo como explicación de las experiencias extrañas.
- La interpretación de tener una enfermedad mental como algo horrible e insoportable.

Elaboración del plan de intervención

Basándose en el modelo formulado, una primera propuesta de objetivos secuenciados temporalmente para la intervención sería la siguiente:

1. Comprender la relación entre su vulnerabilidad, las interpretaciones negativas de sí mismo y los demás, con los síntomas.
2. Reducir la ansiedad asociada a las alucinaciones.
3. Aprender estrategias de afrontamiento para las voces.
4. Reatribución de las creencias sobre las voces.
5. Reducir el grado de convicción en los delirios, graduándolos en grado de importancia para el paciente.
6. Disminuir el nivel de ansiedad mantenido dotando de estrategias de autocontrol y manejo de la ansiedad.
7. Reducir la perturbación emocional asociada a los trastornos de ansiedad, en concreto: extinguir las respuestas de ansiedad asociadas a los estímulos sociales y relacionados con los abusos infantiles.
8. Reducir las conductas de evitación en presencia de las alucinaciones y creencias delirantes.
9. Entrenar en conductas sociales eficaces para hacer frente a situaciones interpersonales. Al mismo tiempo corregir distorsiones cognitivas y atribucionales asociadas a dichas situaciones, en especial el miedo a la evaluación negativa.
10. Introducirle en actividades ocupacionales y sociales, incrementando su funcionamiento diario y sentimientos de autoeficacia.
11. Modificar los esquemas disfuncionales de sí mismo y mejorar su autoimagen y autoestima.
12. Cambiar el significado que tiene de padecer una enfermedad mental.

DISCUSIÓN

En este caso fue clave el desarrollo de un estilo cognitivo atribucional gestado desde la adolescencia, que fue evolucionando en base a trastornos emocionales, una pobre autoestima y factores contextuales desfavorables. Se dió además en un contexto de vulnerabilidad, en el que el delirio se convirtió en un mecanismo compensatorio que ayudó a desarrollar una explicación estable y a reducir la ansiedad, aunque es altamente disfuncional, pues perpetúa todo el cuadro. Esta explicación de la psicosis ya ha sido puesta de manifiesto por otros autores (Garety et al., 2001; Perona et al., 2003) planteando que tras el comienzo del primer bote, son los procesos controlados del razonamiento, influidos por el estilo atribucional y el estado emocional, los que están en la base del delirio, y por tanto, son estos procesos los que deben ser objeto del tratamiento psicológico.

Un aspecto que merece la pena destacar es que, a medida que el paciente se fue sometiendo a las sesiones de evaluación, se fueron debilitando los delirios autorreferenciales y de difusión. Al final de estas sesiones el paciente se cuestionaba la veracidad de sus impresiones de que hablaban y se reían de él, y de la posibilidad de que sus pensamientos estuvieran siendo difundidos había desaparecido. Sin necesidad de trabajar abiertamente estas creencias en terapia, este hecho favoreció que el paciente tuviera una mayor disposición a salir a la calle, y por tanto, a centrar su atención en otras alternativas cognitivas a las que se planteaba, y a exponerse en mayor medida a pruebas de realidad. Una posible explicación a esta circunstancia es el hecho de que las sesiones de evaluación se centraban en describir con gran detalle y exactitud las características de los delirios, por lo que, en lugar de evitarlos, los debía observar muy de cerca. Por tanto, y sobretodo, debido a que el paciente accedía a ello, la evaluación inicial se convirtió en un doble proceso: analizar la fenomenología de su pensamiento y someter sus evidencias a un escrutinio racional. Transcurrido un tiempo empezó a cuestionar sus planteamientos pensando que quizá se había precipitado en sus conclusiones y podrían ser fruto de su estado emocional ansiógeno. Además, el hecho de salir de casa de forma

más asidua para acudir a las sesiones suponía una exposición en vivo en la que basarse en la evaluación, lo que pudo facilitar una mayor habituación de la ansiedad y una mayor sensación de autoeficacia. Sin embargo el delirio de control permaneció inalterable durante toda la evaluación.

Otro elemento clave del caso fue el desarrollo de los dos trastornos de ansiedad paralelos a la psicosis. Este aspecto que complicaba el tratamiento facilitó la implicación del paciente en la terapia, ya que reconocía estos trastornos como independientes y tanto o más incapacitantes que las creencias delirantes en sí mismas para hacer una vida normal. El ofertar el tratamiento como posibilidad para llevar una vida normalizada mediante técnicas específicas para estos trastornos, más que como una manera de convencerle de lo equivocado de sus planteamientos, facilitó la colaboración del paciente. Esto coincide con la idea de que, en ocasiones, lo importante de las ideas delirantes no es tanto su convicción como se pensaba tradicionalmente, sino más bien, la ansiedad asociada y el límite que imponen al funcionamiento diario, convirtiéndose estos elementos en diana de la terapia en mayor medida que el grado de convicción.

En consonancia con los modelos explicativos que se basan en la idea de que una pobre autoestima subyace al cuadro psicótico (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994; Bentall, 1996), en el presente caso la identificación de esquemas autoevaluativos negativos resultó ser una variable clave para comprender el surgimiento de los síntomas. Por tanto el tratamiento debería considerar el trabajar el tema de la autoeficacia, de cara a manejar una de las variables explicativas más importantes del modelo y lograr la eficacia de la intervención a largo plazo.

El modelo psicopatológico presentado es una integración de los diversos análisis funcionales de los síntomas psicóticos. De este modo se facilita el dirigir la intervención hacia algunos aspectos específicos y no a todos, es decir hacia aquellos relacionados funcionalmente con un mejor desempeño psicosocial en el entorno. En realidad el modelo consiste en una planificación idiográfica de la formulación del caso. Una vez especificadas las variables dependientes e independientes más relevantes, el diseño y desarrollo del tratamiento se limita a alguna de las siguientes alternativas: a) manipulación de variables

independientes; b) entrenamiento en las habilidades necesarias; c) intervención en el medio ambiente del individuo; d) una combinación de todas ellas. Es más, la finalidad del diseño del modelo está orientada a la acción y se considera complementaria a la clasificación diagnóstica. Es decir, la conceptualización de la psicopatología de un caso en un modelo como el propuesto proporcionará una gran cantidad de información de las circunstancias que rodean al cuadro clínico, incrementará el poder predictivo del diagnóstico sobre las estrategias del tratamiento y la dirección que seguirían las variables implicadas.

Los modelos explicativos deben de ser multifactoriales, siendo las variables relevantes solo cuando interactúan con otras variables en una misma secuencia temporal. Los sucesos psicológicos implicados en la psicosis no son simples, como ningún comportamiento humano lo es. La complejidad de los comportamientos está descrita en Costa y López (1996). Todos los comportamientos son multidimensionales y giran en torno a múltiples relaciones funcionales y recíprocas. De la misma manera ninguna variable del modelo propuesto para este caso queda definida por sí misma, ya que cuando entra en acción todas las demás se ponen en movimiento. Estamos de acuerdo con los mencionados autores: debemos preservarnos de los reduccionismos que pretenden explicar los comportamientos humanos a partir de un solo factor (biológico, cognitivo, conductual o ambiental). Por tanto, la aplicación de la técnicas de evaluación y tratamiento psicológico para la psicosis implica la identificación y movilización de todas las variables implicadas en la naturaleza del fenómeno psicopatológico, como algo integrado y que gira en torno al resto de comportamientos, experiencias y biografía de una persona.

BIBLIOGRAFÍA

- AEN. Cuaderno Técnico N.6 (2002). *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación Actual y Recomendaciones*. Madrid: AEN.
- AEN. Gaupp, R. (1998). *El caso Wagner (original, 1914)*. Madrid: 1998.

- Álvarez, E.** (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la Esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 18-1, 18-26.
- American Psychiatric Association (APA)** (1994-1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV)*. Barcelona. Masson.
- American Psychiatric Association (APA)** (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (segunda edición).
- Andreasen, N.C** (1984). The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). University of Iowa.
- Barrett, T.R.** (1993). Verbal hallucinations in normals, II: Self-reported imagery vividness. *Personality and Individual Differences*, 16, 57-62.
- Beck, A.T.** (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, E.** (1983). *Terapia cognitiva para la depresión*. Bilbao: DDB (original: 1979).
- Bentall, R.** (1996). From cognitive studies of psychosis to cognitive-behaviour therapy for psychotic symptoms. En Haddock G. Y Slade P.D. (Eds.), *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*, Londres: Routledge.
- Bentall, R.P.** (1996). La investigación psicológica sobre las alucinaciones y los delirios: psicopatología y aplicaciones para las técnicas de tratamiento. En: Aldaz, J.A. y Vázquez, C. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos para la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Bentall, R.P.; Kinderman. P. Y Kaney, S.** (1994). The self attributional processes and abnormal beliefs: toward a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Birchwood M. y Tarrier N.** (eds.) (1995): *El Tratamiento Psicológico de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Caballo V.E** (ed.) (1996). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, Vol 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Cañamares J.M; Castejón M.A.; Florit, A.; González, J.; Hernández J.A. y Rodríguez A.** (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Chadwick, P.; Birchwood, M. Y Trower, P.** (1996). *Cognitive Therapy for delusions, voices and paranoia*, Chischester, UK, Wiley.
- Costa, M. y López, M.** (1996). *Educación Para la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Cuevas, C. y Perona, S.** (1995). Evaluación conductual de la Esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas, C. y Perona, S.** (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes en un paciente Esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 275-291.

- Cuevas, C. y Perona, S.** (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*, 13-3, 307-342.
- Cuevas, C.; Perona, S. y Martínez, M.** (2003). Tratamiento cognitivo conductual de un paciente con diagnóstico de Esquizofrenia. *Psicothema*, 15, 120-126.
- Drury, V.** (1995). Recuperación de la psicosis aguda. En Birchwood M. y Tarrier N. (eds.): *El Tratamiento Psicológico de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Drury, V; Birchwood, M. y Cochrane, R.** (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial, 3. Five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.
- Freeman, D. y Garety, P.A.** (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.
- Garety P.; Fowler, D. y Kuipers, E.** (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 73-86.
- Garety, P; Kuipers, E.; Fowler, D.; Freeman D. y Bebbington, P.E.** (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Gavino, A.** (1999). *Guía de Ayuda al Terapeuta Cognitivo-Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Graña J.L. y Navarro, D.** (2000a). Modelo Psicopatológico y tratamiento de un caso con un trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psicología Conductual*, 8-1, 117-146.
- Graña, J.L y Navarro, D.** (2000b). Modelo Psicopatológico y Tratamiento de un caso con un Trastorno de Estrés Postraumático. *Psicología Conductual*, 8-2, 329-355.
- Haddock, G.; McCarron, J.; Tarrier, N y Faragher, E.B.** (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Haynes, S.** (1994). Juicio clínico y diseño de programas de intervención conductual: estimación de la magnitud de los efectos de la intervención. *Psicología Conductual*, 2, 165-184.
- Haynes, S.** (1995). Causalidad Multivariada en Psicopatología: introducción a los modelos causales. En: Caballo, V.; Buéla-Casal, G. y Carrolés J.A.: *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos, V.1.*. Madrid: Siglo XXI.
- Hustig, H. y Hafner R.J.** (1990). Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions of mood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 264-267.
- Jaspers, K.** (1962) *General Psychopathology (7th ed.)*. Manchester: Manchester University Press.

- León J. y Mueser, K.** (1996). Prevención de recaídas. En Aldaz J.A. y Vázquez C. (Eds.): *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos para la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Maher, B.A.** (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. En: Oltmans, T.F. y Maher, B.A. (eds): *Delusional beliefs*. NY: Willey.
- Morrison, A. P.** (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- NICE** (2002). Schizophrenia, core interventions in the treatment and management of schizophrenia. Clinical Guideline 1. (www.Nice.org.uk).
- Perona S. y Cuevas, C.** (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones en una paciente Esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*, 9, 33-45.
- Perona S. y Cuevas, C.** (2002). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con diagnóstico de Esquizofrenia. *Psicothema*, 14, 26-33.
- Perona, S. y Cuevas, C.** (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos: Una revisión. *Psicologemas*, 10, 225-256.
- Perona, S. y Cuevas, C.** (1999). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. 1. Revisión de los diseños experimentales de caso único aplicados al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología*, 17, 31-46.
- Perona, S.; Cuevas, C.; Vallina O. y Lemos S.** (2003). *Terapia Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia. Guía Clínica*. Madrid: Minerva ediciones.
- Rodrigo A.M.; Piñeiro M.M.; Suárez P.C.; Caro M.I. y Lemos S.** (1996). Alucinaciones en población normal: influencia de la imaginación y de la personalidad, *Psicothema*, 8-2, 269-278.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushane, R.E.** (1970). STAI. Manual for the state-trait anxiety inventory. *Palo-Alto California: Consulting psychologist*.
- Valiente C.** (2002). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Síntesis.
- Vallina, O. y Lemos, S.** (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la Esquizofrenia. En: Pérez, A.; Fernández, J.R.; Fernández, C y Amigo, I (Eds.): *Guía de Tratamientos Eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Watson, D. y Friend, R.** (1969). Measurement of social-evaluate anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- West, L. J.** (1962). A general theory of hallucinations and dreams. En West L.J (Ed.): *Hallucinations*. : New York: Grune & Stratton.

Anexo 1.- Autorregistro del paciente

Se elaboró el siguiente listado por el paciente entre la 2ª y 3ª sesión.
En la sesión se acordó qué objetivos serían a corto, a medio y a largo plazo.

“¿Qué me gustaría llegar a conseguir durante la intervención?”

- “Levantar la autoestima”
- “Saber si soy homosexual”
- “Reducir la confusión y la angustia”
- “Liberarme de complejos”
- “Vencer el miedo a la gente”
- “Saber para qué trabajo puedo servir”
- “Del daño sufrido en los últimos 10 años saber qué cosas han sido provocadas por el demonio y cuáles no. Saber diferenciarlas”

Anexo 2.- Autorregistro de secuencias funcionales de comportamientos desadaptativos

DIA	SITUACION	EMOCION (0-100)	PENSAMIENTO	DESPUES
	Estoy cogiendo la bici para volver del quiosco a casa. Veo una moto que está parada ante un semáforo, hay un chico detrás que no para de reírse mientras me mira.	Ansiedad (90)	Pienso que se estará riendo de otro y luego me doy cuenta que se reía de mí. Cuando llego a casa sufro tanto por verme tan feo y por tener indiferencia ante lo que pasa	Luego se me pasa, aunque me quedo pensando que el chico de la moto sabía cosas de mí.
	Tengo intención de salir a la calle pero me quedo en casa	Ansiedad (90)	Pienso que me van a amenazar, el demonio hará que me pase algo malo	No salgo, me tumbo en la cama
	Entrar a una cafetería a la salida de la sesión	Rabia (100)	Me miran, hablan de mí, saben de mi desgracia, me han visto antes	Salgo inmediatamente
	Recibo una visita inesperada de un amigo de la familia	Tristeza (60)	Si hablo no estaré a la altura, el demonio me dejará sin palabras	Me quedo en mi habitación, no salgo a saludar
	Suena el teléfono, el demonio me ordena que no lo coja	Ansiedad (80)	Si cojo el teléfono el demonio me dejará la mente en blanco	Dejo que suene, mi madre se queja de que no hago nada en la casa

