

Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia

Salvador Perona-Garcelán y Carlos Cuevas-Yust
Servicio Andaluz de Salud

Se presenta un estudio de caso en el que se aplica la Terapia Cognitivo-Conductual para la modificación de las creencias delirantes y las alucinaciones auditivas verbales en un sujeto con un diagnóstico de trastorno esquizofrénico. El procedimiento utilizado fue similar al descrito por Chadwick, Birchwood y Trower (1996), en el que se destaca el abordaje de las evidencias de las creencias delirantes, la disputa verbal de la coherencia interna de los delirios y la formulación de una nueva concepción de los síntomas. Respecto a las alucinaciones auditivas, se destaca el abordaje de las creencias básicas sobre las voces (identidad y propósito, poder y omnisciencia y creencias sobre las consecuencias del sometimiento o resistencia a las voces). Los resultados se evaluaron a partir de grado de convicción en las creencias delirantes y con la PANSS. Se apreció una mejoría moderada del paciente, en la que las ideas delirantes desaparecieron, y las voces, aunque no desaparecieron, mostraron un cambio significativo en la concepción de las mismas y en su topografía, predominando las voces neutras frente a las voces persecutorias.

Application of cognitive-behavioural therapy to delusions and hallucinations in a patient with the diagnosis of schizophrenia. A case study is presented in which Cognitive-Behavioral Therapy is applied to the modification of delusions beliefs and auditory hallucinations in a patient with the diagnosis of schizophrenia. The procedure used is similar to that described by Chadwick, Birchwood and Trower (1996), where the treatment of evidence of delusions beliefs, the verbal challenge of the internal coherence of the patient, and the formulation of a new conceptualization of the symptoms are emphasized. With respect to auditory hallucinations, the treatment concerning basic beliefs about voices (identity and meaning, power, omniscience and beliefs regarding the consequences of submission to or resistance against the voices) are stressed. Results are evaluated according to degree of conviction in the delusions beliefs and with the PANSS. A moderate improvement in the patient is observed in which delusions ideas disappeared, and voices, although they did not completely disappear, a significant change is demonstrated in their conceptualization and topography, as is the predominance of neutral versus persecuting voices.

Tradicionalmente se ha considerado que la psicosis no podía ser abordada con tratamientos psicológicos (más concretamente con las psicoterapias de corte psicodinámico), pues los resultados de algunos estudios controlados no aconsejaban su utilización (por ejemplo, Stanton, Gunderson, Knapp, et al. 1984). Actualmente, los avances teóricos y técnicos de las psicoterapias cognitivas y conductuales han permitido arrojar resultados prometedores, aunque no definitivos, en el tratamiento de sujetos que padecen un trastorno psicótico.

No obstante, estos avances han sido bastante tardíos si se comparan con los que se han producido en otras áreas desde la década de los años cincuenta y sesenta (como por ejemplo, la ansiedad o la depresión). La mayoría de dichos avances se han centrado fun-

damentalmente en el entrenamiento de habilidades para la mejora de la competencia social, o la creación de estrategias para el apoyo de los familiares o de sus cuidadores (Liberman, 1988). Ninguno de ellos abordaban directamente los síntomas psicóticos como los delirios y las alucinaciones, pues se los consideraban resistentes a cualquier tipo de intervención cognitivo o conductual.

Desde los años setenta hasta la actualidad, se han publicado unos pocos estudios de casos en los que se demostraba la aplicabilidad de estas técnicas en pacientes con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico (por ejemplo, Watts, Powell y Austin, 1973; Hartman y Cashman, 1983; y en nuestro país, Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1997; Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 1997). Sin embargo, en las décadas de los años 80 y 90, se han realizado estudios experimentales, tanto con una metodología de caso único como de comparación de grupos, que si bien no son definitivos, muestran resultados esperanzadores respecto a la eficacia de dichas intervenciones (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 1996, 1999 a y b).

Durante todo ese tiempo, se ha podido apreciar que los procedimientos y técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual se han

ido adaptando para su aplicación en el abordaje de los síntomas psicóticos positivos, y paralelamente a esto, se ha desarrollado un importante número de trabajos de investigación que han aportado datos y modelos teóricos explicativos de los delirios y de las alucinaciones (por ejemplo, Garety y Freeman, 1999; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001; Morrison, 1998).

En la actualidad los procedimientos más utilizados están basados en los trabajos de autores como Chadwick, Birchwood y Trower (1996). De forma muy resumida, el procedimiento de intervención cognitivo-conductual aplicado a los síntomas positivos está formado por las siguientes fases:

- Fase 1: Entrevista preliminar. Consiste en varias entrevistas llevadas a cabo con cada sujeto, cuyo objetivo es definir las creencias a modificar y establecer un buen *rappor*t entre terapeuta y paciente.
- Fase 2: Línea Base. En esta fase se recogen todos los datos relevantes sobre las creencias delirantes y las evidencias que las apoyan. Además se administran los registros y escalas necesarios para medir cuantitativamente dichas creencias.
- Fase 3: Disputa verbal. Este es el primer componente de la intervención. Consiste en animar al cliente a considerar la creencia delirante como una posible interpretación de los eventos que las activan. En ningún momento se le dice al paciente que su interpretación es errónea, sino simplemente que es una alternativa entre otras, y se le estimula a que ofrezca otras alternativas y las valore críticamente todas ellas. Resumidamente, la estrategia es discutir primero las evidencias que el sujeto aporta para demostrar la veracidad de cada una de las creencias delirantes, antes que el delirio en sí mismo, pero siempre desde un punto de vista basado en la colaboración y no en la confrontación; en segundo lugar, se cuestiona la coherencia y plausibilidad interna del sistema de creencias del paciente; en tercer lugar, se conceptúa el delirio como una forma comprensible de dar sentido a las experiencias anómalas del paciente; y en último lugar, se formulan interpretaciones alternativas de esos eventos y se analiza cada una de esas alternativas en función de la información y evidencias disponibles.
- Fase 4. Prueba de realidad. Cuando en la fase anterior no se consigue modificar las creencias delirantes, el mismo paciente junto con el terapeuta planean conjuntamente una serie de acciones y actividades para comprobar empíricamente la veracidad o no, de dichas creencias delirantes.

Por otro lado, aunque en el abordaje de las voces se utiliza la misma metodología y aproximaciones que en los delirios, hay que destacar que en este contexto se conceptúan las voces como antecedentes en el análisis funcional de cada episodio, y se centran la atención en las creencias que el paciente tiene respecto a ellas como antecedentes. Desde esta perspectiva el objetivo de la intervención no son las voces, sino el significado y las creencias que el paciente tiene respecto a las mismas (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Para Chadwick y colaboradores, esta estrategia es de suma importancia para la comprensión y tratamiento psicológico de las voces, pues deja claro que la angustia que padece el paciente y sus conductas de afrontamiento no es consecuencia directa de las voces, sino de las creencias que tiene sobre ellas. En este sentido y desde un punto de vista formal, se puede considerar que las creencias sobre las voces son delirios secundarios, y por tanto, la aproximación que estos autores proponen para su abordaje es la misma que para los delirios.

La investigación realizada hasta la fecha (por ejemplo, Chadwick y Birchwood, 1994) ha identificado cuatro tipos de creencias que marcan de forma considerable el impacto emocional que las voces tienen sobre el paciente que las padece. Estas creencias son:

1. Creencias sobre la identidad de las voces.
2. Creencias sobre los propósitos y significados de las voces.
3. Creencias sobre el poder y omnisciencia de las voces.
4. Creencias sobre las consecuencias del sometimiento o resistencia a las voces.

Por tanto, el abordaje de las alucinaciones auditivas verbales se centra en el debate sistemático y en la comprobación empírica de estos cuatro tipos de creencias identificadas en las investigaciones sobre este tema (para una extensa descripción véase Chadwick y Birchwood, 1994).

A continuación presentamos un estudio de caso en el que se aplican estos procedimientos terapéuticos en un sujeto esquizofrénico que padece delirios y alucinaciones resistentes al tratamiento psicofarmacológico.

Método

Sujeto

JM es un paciente de 26 años de edad con un diagnóstico de trastorno esquizofrénico paranoide. Cuando fue derivado a nuestra Unidad presentaba desde hacía tres años un cuadro clínico caracterizado por alucinaciones auditivas verbales, ideas delirantes de persecución y de grandeza, aislamiento social, niveles de ansiedad muy altos relacionados con sus alucinaciones, y no conceptuaba lo que le pasaba como una enfermedad, expresando un alto grado de convencimiento sobre la veracidad de sus voces e ideas delirantes.

Se trata de una persona de raza negra que fue adoptado el mismo día de su nacimiento. Su madre biológica falleció en el parto. Tuvo un desarrollo normal, aunque era un niño tímido y con pocos amigos. A los 14 años su padre le comunicó que fue adoptado, siendo para él una información muy traumática. A los 16 años falleció la abuela paterna con la que había mantenido una vinculación afectiva muy estrecha. A partir de entonces la relación con su padre se hizo muy complicada, con discusiones y peleas frecuentes. A los 18 años se fugó de casa durante unos días debido a la mala relación con su padre. A los 19 años comienza la carrera de Empresariales. Sólo fue capaz de llegar al segundo curso, abandonado ese año.

A los 21 años comienza el trastorno. A partir de sus lecturas de la Biblia, y más concretamente del libro del Apocalipsis, llegó a la conclusión de que su madre biológica era un personaje descrito en ese libro («una mujer vestida del sol y sobre su cabeza una corona de doce estrellas»), y él era su hijo (el «hijo varón», que «regiría con vara de hierro a todas las naciones»). A los 22 años comienza a tener alucinaciones auditivas verbales en segunda y tercera persona. Las voces le confirman esas creencias llegando a ser cada vez más complejas y barrocas.

Según JM, las voces provenían de dentro de su cabeza y eran transmitidas por una serie de personajes que decían ser obispos, monjes y santas que vivían en un convento en Toledo (creencias sobre la identidad de las voces). Cuando comienza a asistir a nuestra Unidad estaba absolutamente convencido de que las voces eran reales, que era el «hijo varón» descrito en el Apocalipsis, que se-

ría un superviviente de tal evento y sería también rey de la humanidad. Consideraba que sus voces eran muy poderosas y conocían toda su vida íntima presente y pasada (creencias sobre omnipotencia y omnisciencia de las voces), que le perseguían y le querían hacer daño injustamente (creencias sobre propósito malévolos y de tipo persecutorio), y que le tenían impuesto una serie de normas de vida para llegar a ser santo, y si no las cumplía asesinarían a sus padres adoptivos y a él también (creencias sobre las consecuencias de la falta de cumplimiento de lo que las voces ordenan). Por último, consideraba que no podía hacer nada para pararlas o hacerlas desaparecer, por lo que se sentía indefenso ante ellas.

Las voces aparecían todos los días y a todas horas; eran muy desagradables pues solían ser insultos en relación con su color de piel, su adopción y sobre terribles castigos que recibiría en un futuro próximo. Le estaban continuamente haciendo predicciones sobre el fin del mundo que solía coincidir con fiestas religiosas (Navidad, Semana Santa, Corpus, etc.). Las voces se intensificaban cuando salía a la calle y leía letreros con anuncios, cuando iba en coche, cuando tenía que relacionarse con gente conocida o desconocida y cuando tenía que tomar una decisión sobre algún tema importante para él.

Medidas utilizadas

Para valorar los resultados se utilizaron medidas antes y después de finalizada la intervención. Una de ellas fue la PANSS (*The Positive And Negative Syndrome Scale*; Kay, Opler y Lindenmayer, 1988) que es una escala empleada para medir la intensidad de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, en la que se ha demostrado unos buenos índices de fiabilidad y validez. La escala está compuesta por 30 ítems: 7 de síntomas positivos, 7 de síntomas negativos y de 16 de psicopatología general. Cada ítem se puntúa de 1 (síntomatología ausente) a 7 (máxima gravedad del síntoma) según una escala tipo «Likert».

También se empleó una medida del grado de convicción en las creencias delirantes y en las creencias relacionadas con las voces, basada en el trabajo de Hole, Rush y Beck (1973). Consiste en preguntar al paciente el porcentaje de convicción que tiene de cada una de sus creencias, en el que una puntuación de cero se refiere al valor mínimo de convicción y una puntuación de 100 indica el valor máximo de convicción.

Objetivo de la intervención

El objetivo de la terapia era disminuir o eliminar el malestar emocional que le producían la idea delirante de ser el «hijo varón» y que su madre biológica era «una mujer con una corona de doce estrellas», personajes citados en el libro del Apocalipsis. Las evidencias que mantenían y justificaban estas creencias eran las alucinaciones auditivas verbales. Por esto, el terapeuta se planteó intervenir sobre dichas alucinaciones, socavando gradualmente las creencias de omnisciencia y omnipotencia, las creencias sobre las consecuencias de no obedecerlas y de identidad, cambiando en definitiva, el tipo de relación entre JM y sus voces, de forma que disminuyese el grado de convicción en sus ideas delirantes.

Intervención

El problema que se encontró el terapeuta para poder tratar a JM fue la falta de consciencia de padecer un trastorno mental y el

no saber por qué tenía que ir a un centro sanitario. El primer contacto que se tuvo con él fue a través del padre. Éste le convenció asegurándole que en nuestro dispositivo podría hacer un curso de informática. Si bien esto no era correcto, el terapeuta aprovechó esta situación para empezar a establecer una buena relación, sin dejar al padre en una mala posición por la estrategia que utilizó para convencerle que asistiera a nuestra Unidad. Le explicó que el lugar donde estaba era un centro sanitario que ayudaba y preparaba a personas con dificultades parecidas a las suyas a alcanzar sus objetivos personales y mejorar su calidad de vida. Pero para ello, debían antes conocerse y, a partir de ahí, estudiar qué posibilidades de actuación tenían y, efectivamente, una de ellas podría ser la de formarse en el campo de la informática.

El establecimiento del *rapport* duró aproximadamente tres meses pues JM se mostraba muy desconfiado y remiso para hablar de temas personales. Lo que era más evidente en aquella época era la ansiedad (según él era «espontánea») y los bloqueos que padecía durante las entrevistas, por ello no duraban más de 20 o 30 minutos. Se hablaba de temas intrascendentes, evitando o cambiando de tema cuando pudiera ser comprometido para él. Gradualmente fue adquiriendo mayor confianza en el terapeuta y empezó a admitir que «el año pasado» había tenido problemas, pero expresaba que era un asunto muy desagradable del que prefería no hablar. Un tiempo después le contó que era muy religioso y que le gustaría llevar la vida de un «santo». Posteriormente, refirió sueños en los que el diablo le hablaba del fin del mundo, pero sin admitir en ningún momento que eso fuera real para él.

En una sesión comentó que tenía experiencias «muy fuertes» y no se lo había contado hasta ahora a nadie, ni siquiera a sus padres y al psiquiatra. Decía no poder contarlas porque era un secreto y, además, temía que le tomasen por un loco y le ingresasen (solamente había tenido dos ingresos involuntarios que fueron muy traumáticos para él y sus padres). Esto permitió al terapeuta trabajar este temor, valorando las condiciones y cómo se encontraba antes de cada uno de los ingresos, comparándolas con la situación actual y viendo si había actualmente motivos para tomar tal medida. Además, se trabajó también el significado de ese tipo de intervenciones, no como un evento amenazante, sino como una acción terapéutica provisional y de corta duración.

Este análisis del significado de los ingresos le tranquilizó y permitió, en las siguientes sesiones, contar a su terapeuta toda su patología delirante y alucinatoria que ya ha sido descrita anteriormente.

El primer foco de la intervención fue socavar las creencias de omnipotencia de las voces. En este momento, el terapeuta no confrontó la existencia e identidad de los personajes que, según JM, provenían las voces (los obispos de Toledo, los monjes y las santas). Lo único que quería era ver juntamente con él, si los contenidos de los mensajes eran veraces y si eran tan poderosos como creía. Para él, la evidencia del poder y sabiduría de las voces estaba en las predicciones que hacían sobre su futuro y el de sus familiares; por ejemplo, el fin del mundo iba a producirse en una fecha reciente o a uno de sus padres le ocurriría algo malo (el próximo jueves, en diciembre, etc.), en las amenazas de muerte que recibía si no cumplía las normas de vida santa y por último, en la posibilidad de ser castigado si contaba sus secretos al terapeuta.

JM nunca había puesto en duda la veracidad de esos mensajes, sobre todo porque cumplía estrictamente lo que le ordenaban. Por ello, el terapeuta a través del cuestionamiento socrático de esas evidencias fue poco a poco creando dudas en el paciente. La primera de ellas se produjo cuando le preguntó cómo era posible que

después de varios meses hablándole sobre estos temas, no le había pasado nada a él o a sus familiares. Esta pregunta le provocó cierta confusión, pues si bien era cierto que durante aquel tiempo le estaban continuamente amenazando para que no contase nada, muy gradualmente iban saliendo a la luz todos sus «misterios» y veía que no pasaba nada entre sesiones. Por otro lado, las voces le prohibían que escuchase música, que saliera con sus padres de paseo, que rezase, etc. Cada una de estas prohibiciones fueron puestas a prueba, y en todas se comprobó que no ocurría un cambio o acontecimiento grave en su vida o en la de sus padres.

Este trabajo después de un tiempo permitió abordar la coherencia interna de algunos de los mensajes: «¿cómo es que personas religiosas quieren hacerte daño?». «¿Cómo es posible que te digan que Jesucristo no quiere que entres en una Iglesia?». «Si Jesucristo predicaba el amor al prójimo, ¿Cómo es posible que te digan que te hacen daño con el poder de Cristo?». Por otro lado, las voces le decían que lo sabían todo de él, porque tenían su cerebro congelado dentro de una urna de cristal: «si tu cerebro está congelado o te lo han extirpado ¿cómo es que todavía sigues vivo o puedes pensar y hablar conmigo?».

Con respecto a las predicciones, se pudo comprobar que las que eran a corto plazo, esto es, las que se podían comprobar («me ingresarán el próximo martes», «el fin del mundo será el día 3 del próximo mes») no se cumplían; y las que eran a muy largo plazo (serás rey en la tierra después del Apocalipsis), podían ser debatidas y puestas en cuestión (si después del Apocalipsis no hay supervivientes ¿de quién vas a ser rey?).

Todo esto permitió, por un lado, una mayor adherencia del paciente a la terapia pues le aliviaba de la tensión que sufría diariamente, y por otro, cuestionarse la veracidad del contenido de las voces: «si todo lo que me dicen no es cierto, es que no son tan sabios ni poderosos». El grado de convicción en los contenidos bajó significativamente, sin embargo, seguía pensando que eran personas reales.

Dentro de este contexto se empezó a abordar la creencia de que no podía hacer nada para controlarlas. No se intervino antes sobre esa creencia debido a la tensión y la ansiedad que le provocaba. Esto se hizo utilizando una estrategia de focalización. JM pudo comprobar que cada vez que centraba toda su atención en las voces durante varios minutos, repitiendo en voz alta lo que éstas decían, y sin intentar evitarlas (como hacía habitualmente), disminuían y desaparecían momentáneamente. Este tipo de ejercicios le llamó mucho la atención y le hizo sentirse mejor, llevándole a pensar que no estaba tan indefenso como había creído.

Todo el trabajo realizado (esto es, el cuestionamiento de las creencias de omnipotencia y omnisciencia, y de lo fatídico que era el no obedecer sus preceptos, así como la falta control del paciente sobre ellas) permitió un planteamiento que hasta ese momento era muy «peligroso» para él. Consistía en entrenarle a ser asertivo con sus voces, es decir, poder cambiar su relación con ellas, de forma que pudiera responderlas asertiva y racionalmente.

Primeramente se le entrenó de forma simulada, y con el terapeuta como modelo, a responder a los insultos y demandas abusivas de las voces. Más tarde, se ensayó en vivo esta forma de actuar, permitiendo que practicase directamente, y en un entorno protegido, las respuestas que habían sido ensayadas previamente. Lo aprendido en este entrenamiento sirvió como estrategia de afrontamiento para utilizarlo fuera de las sesiones. Como ayuda para la realización correcta del afrontamiento se utilizó una tarjeta en la que escribió las respuestas que debía dar a las voces.

En las siguientes sesiones el terapeuta se centró en los contenidos que tenían que ver con los insultos. Se referían a su color de piel, a su adopción y a su padre adoptivo y otras personas que durante su infancia o adolescencia le habían hecho algún daño emocional. Todo ello se relacionó con su historia pasada, en la que JM expresaba su malestar con su padre por no haber sido informado de su adopción hasta los 14 años. También por haber padecido las burlas y marginación de sus compañeros de colegio por el color de su piel. JM le contaba al terapeuta haberse sentido distinto a los demás, y éste fue un tema que le afectó desde muy niño.

Ello dio pie para que en las siguientes sesiones se trabajara la identidad de los emisores de las voces y también se comenzase el trabajo de conceptualización de las mismas. En ese momento de la terapia, según el paciente, las voces se equivocaban en sus predicciones, no eran capaces de cumplir sus amenazas y veía que durante las sesiones, y algunas veces en casa, podía hacerlas desaparecer con la estrategia de afrontamiento que había aprendido. A partir de todo ello, comenzó a cuestionarse la identidad de esas personas. Este fue el momento de poner a prueba la creencia de que algunos de ellos eran obispos. Según el paciente, algunas de las voces se habían identificado como cuatro obispos de la diócesis de Toledo. Afirmaba que conocía sus nombres y apellidos, así como sus edades y horóscopos. Esta creencia se puso a prueba a través de Internet, conectando con la página web del obispado de Toledo. De esta forma se pudo comprobar que sólo había un arzobispo y un obispo auxiliar y los nombres, edades y horóscopos no coincidían con los que decían las voces. A partir de ese momento JM se mostró más confundido, planteándose «¿quiénes son en realidad estas personas?».

Se relacionó otra vez con su historia personal y los contenidos de las voces. El terapeuta le señaló que dichos contenidos eran muy estereotipados, pues sólo le hablaban de aquellos temas que le habían preocupado siendo más joven (adopción, raza, religión, etc.) y nunca le hablaban de otros distintos (por lo menos hasta ese momento). Además, el terapeuta en varias ocasiones utilizó la técnica de la flecha vertical (Burns, 1990) para detectar las creencias valorativas, y en todas ellas, se destacaba el temor a ser abandonado por padres, amigos y otros conocidos.

Lo anterior sirvió para reconstruir los sucesos que ocurrieron antes de que empezase a creer que era el «hijo varón de Apocalipsis» y aparecieran las voces. De forma muy resumida, su situación personal en aquella época no era nada agradable: no tenía amigos, había dejado de estudiar, calificando esto último como que había fracasado en los estudios, se sentía diferente por su raza y adopción, y en sus frecuentes peleas con su padre, le había deseado en más de una ocasión la muerte. Todo ello le produjo en aquella época un gran malestar y angustia. Sin embargo, no consideraba que esta historia, aunque aceptada por el propio paciente, le hubiera trastornado y estuviera relacionada con el origen de las voces. Sólo después de algunos meses en los que se había seguido trabajando esos mismos temas, espontáneamente los relacionó y surgió la primera formulación de las voces en las que se hipotetizaba que tal vez fueran su propio pensamiento.

Llegado a este punto, el terapeuta hizo una recapitulación para volver a la creencia delirante básica que, como ya se ha mencionado, consistía en creer que era el «hijo varón» descrito en el Apocalipsis y que su madre biológica era la mujer descrita en ese libro. De dicha recapitulación se concluía que los mensajes de las voces tenían un porcentaje bajo de credibilidad y teniendo en cuenta que JM decía basarse solamente en ellas, se le preguntó si

aún pensaba que era el hijo varón. Él seguía manteniendo un porcentaje alto de convicción sobre esa creencia, aunque más bajo que al principio de la terapia. Lo que mantenía esa convicción era creer que en el Apocalipsis se le citaba a él y a su madre directamente (y esto era un nuevo argumento). La evidencia estaba en el capítulo 12 y consistía en que en ese libro se narraba que la mujer estaba embarazada y el niño le fue arrebatado nada más nacer. Para JM esto demostraba que ellos eran los citados en ese libro. El terapeuta abordó esta evidencia como una posible prueba de lo que él pensaba, pero también le señaló que tendrían que buscar en ese mismo libro más evidencias para probar definitivamente su creencia. Para ello, leyeron juntos ese capítulo y compararon cada versículo con su propia historia y se evidenció que no había otros puntos en común, salvo en lo ya citado anteriormente; por lo que ese personaje podría ser él mismo, pero también cualquier otro niño varón que hubiera nacido en sus mismas circunstancias.

No obstante, el argumento que le ayudó a pensar que probablemente estuviese equivocado fue la identificación de quién era el hijo varón. Después de dichas lecturas conjuntas y en voz alta, el paciente se dio cuenta de que ese personaje del Apocalipsis probablemente fuera Jesucristo. Este argumento le convenció, ya que según él, nunca había leído ese capítulo desde esa perspectiva (de que el «hijo varón» pudiera simbolizar a Jesucristo y no a él).

En las siguientes sesiones, empezaron a surgir comentarios espontáneos en los que las voces en realidad eran sus pensamientos. Se sentía menos angustiado, era capaz de acudir a las citas sin que le acompañara su padre y, además, apareció algo nuevo: el hecho de que los contenidos de las voces se estaban transformando en neutros. Hasta ese momento siempre habían sido insultos o comentarios en relación a los temas delirantes. Sin embargo, las voces empezaron a aconsejarle cómo vestirse, dónde guardar objetos de uso personal (por ejemplo, el bonobús), etc.

Estas experiencias para JM fueron muy importantes, pues sirvieron para confirmar la hipótesis de que probablemente las voces (y en concreto las neutras) fueran sus pensamientos. No obstante, era un tipo de pensamiento con una característica distintiva: eran pensamientos en los que el pronombre se formulaba en segunda persona, esto es, en vez de decirse «me voy a poner unos calcetines verdes», se decía «ponte unos calcetines verdes». Desde estas reflexiones, el terapeuta le propuso definir sus voces neutras como pensamientos en segunda persona. Siguiendo este argumento le preguntó: «si las voces neutras pueden ser conceptuadas como tus pensamientos en segunda persona, y si al mismo tiempo, piensas también que las otras voces (las negativas) son tu propio pensamiento, ¿se podría también considerar a estas últimas como pensamientos en segunda persona?».

JM aceptó esta formulación, por lo que a partir de ese momento el terapeuta acordó con él no referirse a sus experiencias alucinatorias como voces, sino pensamientos en segunda persona.

La aceptación de esta nueva formulación, hizo que se modificaran las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta ese momento. Ya no tenía sentido el responder asertivamente a esos agentes externos, sino más bien transformar esos pensamientos en primera persona. Por ello, el ejercicio de focalización y respuesta asertiva a las voces se modificó, incluyendo un paso intermedio que era el transformar la voz de segunda a primera persona. Esto fue muy interesante, pues de esta forma se pudo plantear dos formas de abordaje:

– Una consistente en debatir racionalmente durante la sesión los pensamientos en primera persona resultantes de la transformación. Por ejemplo, en una ocasión las voces le dijeron «ten cuidado con tu padre». Al transformar este mensaje en primera persona («tengo que tener cuidado con mi padre»), permitió al terapeuta abordar directamente su enfrentamiento con él y sacar a colación todas sus inferencias y evaluaciones negativas respecto a su padre, que anteriormente no aceptaba («mi relación con mi padre actualmente es buena yo no tengo ningún problema con él», «el pasado está olvidado»).

– La otra forma de abordaje consistió en utilizar como estrategia de afrontamiento fuera de las sesiones las conclusiones obtenidas del debate de las inferencias y evaluaciones negativas. Por ejemplo, cuando estaba en su casa y las voces le decían «te odiamos porque eres negro», él la transformaba en «me odio por ser negro», y a continuación se respondía a sí mismo según lo debatido durante sesiones anteriores: «no tengo que pensar que soy diferente o mala persona por ser negro, la diferencia entre las personas no lo determina su color de su piel», «estoy orgulloso de mi color de piel», etc.

En las últimas sesiones realizadas, el terapeuta abordó directamente las evaluaciones negativas que surgen de esas transformaciones, pero además moldeó la conducta verbal del paciente a través de la misma relación terapéutica. En este sentido, cuando JM utilizaba durante la sesión expresiones del tipo «las voces me han dicho...», el terapeuta le respondía: «¿quién te ha dicho qué?», este tipo de respuesta le servía de estímulo discriminativo para modificar su frase y expresarse como: «he pensado que...». En otras ocasiones, el mismo terapeuta le respondía del modo: «Quieres decirme con eso que has pensado...», transformándolo directamente a primera persona. El objetivo de esta estrategia era que el paciente dejara de utilizar referentes verbales externos y conceptuara las experiencias alucinatorias como experiencias propias.

Resultados

La intervención se llevó a cabo durante dos años, con un total de 75 sesiones, durando cada una de ellas alrededor de 30 minutos. El diseño fue de caso único con medidas antes y una vez finalizado el tratamiento. En las tablas 1 (a, b, c) y 2 se describen los resultados obtenidos en cada una de las medidas aplicadas.

En la tabla 1a se presenta los resultados obtenidos respecto a la severidad del trastorno en cuanto a los síntomas positivos medidos a través de la PANSS.

Como se puede apreciar en dicha tabla, al final del tratamiento se produce una desaparición de las ideas de grandeza y la suspicacia, que se manifiesta en el abandono por parte JM de las creencias de ser un personaje importante y la desconfianza hacia el terapeuta y otras personas. Asimismo se produce un descenso que consideramos significativo en los ítemes de delirios y comportamiento alucinatorio. En el primero, se pasa de un nivel de gravedad «extremo» (7) a «ligeramente» (3), reflejándose en las dudas respecto a sus ideas delirantes, siendo éstas poco consistentes y vagas. Respecto a las alucinaciones, éstas han pasado también desde un nivel de gravedad «extremo» (7) a moderado (4) caracterizándose el cambio, no por una disminución en la frecuencia de las alucinaciones, sino por el cambio en su topografía (predominan las voces neutras) y por la disminución de la interferencia en su vida cotidiana.

Respecto a los síntomas negativos (ver tabla 1b), lo más destacable es el contacto pobre que pasa de «moderado» (4) a «ausente» (1), es decir, al comienzo del tratamiento el paciente se mostraba reservado y distante, y con escasa comunicación verbal y no verbal, desapareciendo estos comportamientos al final del tratamiento. Y también es de destacar la disminución del embotamiento afectivo que pasa también de «moderado» (4) a «ausente» (1).

En la tabla 1c se presentan los resultados obtenidos en la escala de psicopatología general de la PANSS. El resultado más importante descrito en esta tabla se muestra en el ítem «ausencia de juicio e introspección». Antes del tratamiento el nivel era «severo» (6), caracterizado por la total negación de padecer un trastorno psiquiátrico, mientras que al finalizar la intervención admitía padecer un trastorno, se mostraba colaborador y muy motivado en el tratamiento (1). El resultado anterior se confirma con lo obtenido en el ítem «falta de colaboración», en el que se aprecia un cambio en la misma dirección, es decir, desde la falta de colaboración («severa»; 6) mostrándose negativista y no deseando participar en el tratamiento u otras demandas de tipo social, hasta la colaboración e implicación en estos temas («ausente»; 1).

<p><i>Tabla 1</i> Resultados obtenidos en la PANSS en la escala positiva, negativa y psicopatología general, antes y después del tratamiento (1: sintomatología ausente; 2: mínimo; 3: ligero; 4: moderado; 5: moderado-severo; 6: severo 7: extremo)</p>		
a) Síndrome positivo	Antes	Después
Delirios	7	3
Desorganización conceptual	1	1
Comportamiento alucinatorio	7	4
Excitación	1	1
Grandiosidad	7	1
Susplicacia/perjuicio	6	1
Hostilidad	1	1
b) Síndrome negativo		
Embotamiento afectivo	4	1
Retraimiento emocional	1	1
Contacto pobre	4	1
Retraimiento social	1	1
Pensamiento abstracto	1	1
Espontaneidad y fluidez en la conversación	1	1
Pensamiento estereotipado	1	1
c) Psicopatología general		
Preocupaciones somáticas	1	1
Ansiedad	7	3
Sentimientos de culpa	1	1
Tensión motora	1	1
Manierismo y posturas	1	1
Depresión	1	3
Retardo motor	1	1
Falta de colaboración	6	1
Inusuales contenidos del pensamiento	7	5
Desorientación	1	1
Atención deficiente	4	1
Ausencia de juicio e «introspección»	6	1
Trastornos de la volición	4	4
Control deficiente de impulsos	1	1
Preocupación	1	1
Evitación social activa	7	3

Respecto a la ansiedad también se evidenció un cambio significativo, pasando de niveles extremos (7) a niveles en los que se aprecia cierta inquietud e intranquilidad, pero sin mostrarse claramente sus repercusiones somáticas o conductuales («ligero»; 3). Este resultado también está relacionado con el ítem de «evitación social activa», en el que se apreciaba, antes del tratamiento, la falta de implicación en actividades sociales debido a temores injustificados y delirios persecutorios («extremo»; 7); presentando al final de la intervención un nivel de evitación social «ligero» (3), en el que si bien el paciente prefiere no relacionarse, acepta el participar en actividades sociales cuando se le anima a ello.

Por último, en el ítem denominado «inusuales contenidos del pensamiento» se aprecia un cambio más modesto, pasando de un nivel «extremo» de gravedad (7) a un nivel de «moderado-severo» (5). Es decir, a pesar de que el grado de convencimiento del paciente en sus ideas delirantes ha decrecido significativamente, aún están de alguna manera presentes. Esto es debido fundamentalmente al impacto traumático que han tenido en los últimos años, manteniéndose esos contenidos en las conversaciones con sus familiares y con el terapeuta, y también en los momentos de mayor ansiedad, en los que puntualmente se reactivan, pero desapareciendo cuando se tranquiliza.

En la tabla 2 podemos ver los resultados del tratamiento valorados a través del grado de convicción en cada una de las creencias delirantes y creencias del paciente sobre las voces.

Respecto a las creencias delirantes, se apreció al final del tratamiento su completa desaparición. Esto es, los ítemes referentes a «Mi madre es una mujer con una corona de doce estrellas» y «yo soy el hijo varón» pasaron de un 100% de convencimiento en el pretest a un 0% en el postest.

En cuanto a las creencias sobre las voces, se apreció también un descenso global en el grado de convicción en todos los ítemes, pero con un resultado desigual. Las creencias sobre «omnipotencia y omnisciencia» de las voces («las voces son muy poderosas») pasaron de un 80% en el pretest a un 50% en el postest. Asimismo, el paciente consideraba al finalizar la intervención que tenía un mayor control sobre ellas que antes del tratamiento (80% en el pretest frente a un 20% en el postest) y además había descendido también su creencia «me creo lo que me cuentan las voces» (90% en el pretest frente a un 10% en el postest).

Respecto a la creencia «sí no obedezco a las voces me harán daño» se produjo también un descenso sustancial (del 90% en el pretest al 50% en el postest). Por último, en cuanto a la identidad de las voces, JM tenía un 90% de convencimiento al finalizar el

<p><i>Tabla 2</i> Grado de convicción en cada una de las creencias antes y después del tratamiento (0: mínimo grado de convicción en la creencia; 100: grado máximo de convicción)</p>		
Creencias	Antes	Después
«Mi madre es una mujer con corona de 12 estrellas»	100	0
«Yo soy el hijo varón»	100	0
«Las voces vienen de obispos, monjes y santas»	90	10
«Las voces son muy poderosas»	80	50
«No puedo controlar mis voces»	80	20
«Si no las obedezco me harán daño»	90	50
«Me creo lo que me cuentan las voces»	90	10
«Las voces son mi pensamiento»	0	90

tratamiento de que era su propio pensamiento y un 10% de que eran «Obispos, monjes y santas».

Como se puede apreciar han disminuido significativamente respecto al inicio del tratamiento. Sigue teniendo alucinaciones auditivas, pero su topografía ha cambiado: en un 70% de las ocasiones las voces son neutras (antes en el 100% de las ocasiones eran insultos y voces negativas), la ansiedad respecto a ellas ha descendido a un 40% (antes estaba entre el 90 y el 100%); están empezando a aparecer momentos durante el día en el que dice no escuchar voces; su conceptualización también ha cambiado, antes pensaba que todo lo que le ocurría era real y que no padecía ninguna enfermedad, actualmente piensa que padece un trastorno mental y que las voces son sus pensamientos. Por último, hay que destacar que sale más a la calle de paseo con sus padres, ha empezado a participar en las actividades festivas de su ciudad (Semana Santa, Feria, etc.), y en verano ha ido a piscinas públicas y a la playa, actividades que no practicaba desde antes de la aparición del trastorno.

Discusión

El objetivo del presente caso es ilustrar la aplicación de los procedimientos de modificación de creencias sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas verbales en un paciente con el diagnóstico de esquizofrenia. Como se puede apreciar, se consiguió una mejoría que nosotros calificamos de moderada. Ello es debido a que al final del tratamiento, si bien las ideas delirantes desaparecieron, las alucinaciones persistían aunque en un grado menor y con una topografía distinta. Este resultado, en el que se muestra la dificultad de hacer desaparecer las voces con tratamiento psicológico, es un dato muy frecuentemente encontrado en la literatura sobre el tema. Parece ser que la Terapia Cognitivo-Conductual obtiene mejores resultados sobre los delirios que sobre las alucinaciones (Bouchard, Vallières, Roy y Maziade, 1996). Por otro lado, aunque JM mejoró en su sintomatología positiva y negativa, al final del tratamiento seguía mostrándose como una persona especialmente vulnerable, necesitando apoyo para afrontar los avatares de la vida diaria.

Tenemos que destacar en este caso, la importancia de la relación establecida entre JM y su terapeuta, pues la consideramos como una variable fundamental en la que se asentó el éxito de toda la intervención posterior. Esta relación, caracterizada por la confianza y por la creación de un entorno seguro en el que se podía hablar sobre las voces y poner a prueba sus creencias, permitió una adherencia óptima al tratamiento y la puesta en práctica de determinadas experiencias que de otra manera hubiera sido imposible llevar a cabo (las técnicas de focalización y afrontamiento de las voces, la transformación pronominal de su contenido, etc.).

Durante toda la intervención el paciente estuvo tomando adecuadamente su medicación, no habiéndose producido cambios destacables en las dosis prescritas por su psiquiatra durante los dos años de terapia psicológica. Esto nos hace suponer que los cambios del paciente no se debieron a variaciones en este tipo de tratamiento. Además, JM había presentado el mismo cuadro clínico durante los tres años previos a la aplicación de nuestra intervención, sin cambios significativos a pesar del tratamiento farmacológico, por lo que podía afirmarse que su resistencia a la medicación hacía aconsejable la aplicación de la terapia psicológica.

En cuanto al procedimiento utilizado, se ha seguido el manual de Tratamiento Cognitivo-Conductual de los delirios y voces de

Chadwick, Birchwood y Trower (1996). Este tipo de tratamiento consiste en un abordaje sistemático de cada una de las creencias que el paciente mantiene sobre su realidad personal, social y sobre sus voces. Desde esta perspectiva se parte del supuesto que las emociones disfuncionales que padecen los psicóticos, no tienen que ver directamente con los síntomas positivos del trastorno, sino con las creencias que mantienen sobre ellos. Su metodología es muy activa, e intenta conseguir que el paciente haga una reconceptuación de sus problemas dentro de un marco no sancionado socialmente y, de esta forma, corregir el sesgo cognitivo que le impide hacer atribuciones adecuadas sobre sí mismo y su entorno (para una extensa revisión véase Garety y Freeman, 1999). Asimismo, se pretende con este procedimiento que corrijan también el sesgo metacognitivo que les hace no diferenciar los eventos autogenerados de los eventos externos, y que es en definitiva el causante de las voces según estos autores (Morrison, 1998).

Aunque estas hipótesis, en las que se supone se basan estos tratamientos, son muy sugerentes y han producido abundantes evidencias a nivel experimental, en el presente caso, podemos suponer la existencia de otros factores que han sido hasta ahora poco investigados.

Como se puede apreciar, el tratamiento siguió estrictamente el procedimiento estándar para el abordaje de los delirios y de las alucinaciones excepto en un punto. Este consistió en la forma de aplicación de las estrategias de afrontamiento de las voces. En general, las estrategias de afrontamiento descritas en la literatura se basan en la confrontación directa con las voces con el objeto de controlarlas y eliminarlas directamente. En un trabajo previo (Perona-Garcelán y Galán-Rodríguez, en prensa) hemos concluido, después de revisar toda la bibliografía sobre este tema, que las estrategias basadas en la confrontación no consiguen disminuir ni controlar las alucinaciones auditivas, sino todo lo contrario, producen paradójicamente su incremento. No obstante, las estrategias basadas en la aceptación, esto es, aquellas que ponen al sujeto en contacto directo con sus pensamientos, emociones y situaciones relacionados con los síntomas, sin intentar reducirlos o eliminarlos sino más bien adaptándose a ellos e integrándolos como un evento más de sus vidas, consiguen mejores resultados.

Es por esto que al entrenar al sujeto en estrategias de focalización y en asertividad con las voces, no se pretendía enseñarle a controlarlas, sino de ponerle en contacto directo, sin intentos de evitación y escape, con sus experiencias alucinatorias. En este sentido, otro de los objetivos de estas estrategias era modificar el tipo de relación que el sujeto había mantenido hasta ese momento con las alucinaciones. Un dato cada vez más consistente en la literatura es que los sujetos con alucinaciones mantienen una posición *dialógica* con sus voces. Esto quiere decir que la relación de estos sujetos con sus voces adquiere con el tiempo las mismas propiedades que cualquier relación social entre personas (Leudar, Thomas, McNally y Glinski, 1997). En este sentido, en nuestra intervención se dedicó gran parte del tiempo, a conocer cómo era esa relación de JM con sus alucinaciones y a tratar de modificarlas. En este caso, la relación era de absoluta sumisión hacia ellas. Por esto, se podría interpretar que el resultado de la estrategia de modificar las creencias sobre la omnipotencia, omnisciencia, propósito y control de las voces, no consistía en afectar o corregir solamente ese hipotético sesgo metacognitivo, sino en debilitar esa relación de sumisión entre nuestro sujeto alucinador y sus voces. Esto último explicaría, el hecho de que las voces no desaparecieran con este tratamiento y sí que cambiaran su topografía.

El cambio de la topografía, esto es, que desaparecieran los insultos y se convirtieran en descripciones de su conducta o en consejos, demuestra que efectivamente nuestra intervención modificó el tipo especial de relación del sujeto consigo mismo. Una vez que se consiguió esto, la tensión emocional disminuyó, permitiendo a JM identificar y *tactar* (en el sentido skinneriano) sus voces como pensamientos, y desde esa posición, abordarlos como evaluaciones negativas con el tratamiento clásico de reestructuración cognitiva aplicada a sujetos depresivos. Como una forma de reforzar todo esto, se utilizó la misma relación terapéutica como variable fortalecedora de esa nueva relación del sujeto con sus voces, no como de sujeto que alucina, sino como de sujeto que interacciona con su propia conducta verbal encubierta. De todas formas, esto es sólo una interpretación de los resultados del procedimiento descrito en este artículo, que necesita ponerse a prueba en próximas investigaciones.

Para finalizar, nos gustaría comentar que este tipo de intervenciones son insuficientes sino se dirigen con objetivo último a la integración social y laboral del paciente (Perona-Garcelán y Cue-

vas-Yust, 1996, 1997). Desde nuestro punto de vista, la sintomatología psicótica, independientemente de que pueda tener un hipotético origen biológico, consideramos que está insertada en una complicada red de factores que tienen que ver no sólo con las alucinaciones auditivas y los delirios, sino que pueden estar interrelacionadas con otras conductas del sujeto (por ejemplo, sus habilidades sociales) y otros factores de su entorno (recursos sociales donde pueda realizar una actividad productiva). La intervención, por tanto, debe partir de la evaluación integral y global de todas aquellas variables relacionadas con el sujeto y su entorno, independientemente que fuera su enfoque clínico o rehabilitador (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1995). Desde esta perspectiva, no tiene sentido hacer tal distinción, pues consideramos que todo comportamiento humano tiene un origen social e igualmente está enmarcado en un contexto social y cultural, por lo que cualquier intervención debe partir del análisis global e integral del sujeto y no, desde perspectivas parcializadoras y reduccionistas del ser humano.

Referencias

- Bouchard, S.; Vallières, A.; Roy, M. y Maziade, M. (1996). Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: a critical analysis. *Behavior Therapy*, 27, 257-277.
- Burns, D.D. (1990). *Sentirse bien. Una nueva fórmula contra las depresiones*. Barcelona: Paidós (Orig. 1980).
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P.; Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes en un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 275-291.
- Garety, P.A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Garety, P.A.; 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.
- Hartman, L.M. y Cashman, F.E. (1983). Cognitive-behavioural and psychopharmacology treatment of delusional symptoms: A preliminary report. *Behavior Psychotherapy*, 11, 50-61.
- Hole, R. W.; Rush, A.J. y Beck, A.T. (1973). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, 42, 312-319.
- Kay, S.R.; Opler, L.A. y Lindenmayer, J.P. (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Leudar, I.; Thomas, P.; McNally, D. y Glinski, A. (1997). What voices can do with words: pragmatics of verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 27, 885-898.
- Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Morrison, A.P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos. Una revisión. *Psicologemas*, 10(20), 225-256.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*, 9(1), 33-45.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1999 a). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: 1. Revisión de los diseños de replicación intrasujeto aplicados al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología*, 17(1-2), 31-48.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1999 b). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: 2. Estudios aleatorizados con grupo control. *Apuntes de Psicología*, 17(3), 249-274.
- Perona-Garcelán, S. y Galán-Rodríguez, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: conceptualización y resultados de la investigación. *Clínica y Salud*, 12(2), 145-178.
- Stanton, A.H.; Gunderson, J.G.; Knapp, P.H. et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: 1. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 520-562.
- Watts, F.N., Powell, G.E. y Austin, S.V. (1973). Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.

Accepted el 23 de julio de 2001