

Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante

Carlos Cuevas-Yust, Salvador Perona-Garcelán y Manuel Jesús Martínez-López
Hospitales Universitarios «Virgen del Rocío». Servicio Andaluz de Salud

Presentamos un caso con diagnóstico de trastorno delirante al que se aplica Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la modificación de las creencias delirantes y sus consecuencias emocionales y conductuales. El procedimiento incluyó: debate empírico, lógico y funcional, comprobación de la realidad, saciación y solución elegante. Las medidas de resultado fueron la PANSS, medidas dimensionales del grado de convicción y preocupación en las creencias, la QLS y escalas subjetivas de ansiedad y de estado de ánimo. La convicción en las creencias permaneció inalterable, pero se produjeron nuevas reinterpretaciones delirantes de carácter más benigno; además, se apreció una notable mejoría en las perturbaciones emocionales asociadas y en el funcionamiento social, cambios mantenidos en seguimiento realizado 12 meses después de la terapia. Reflexionamos sobre la necesidad de tratamientos psicológicos de mantenimiento a largo plazo en el abordaje de la sintomatología psicótica.

Cognitive-behavioral treatment of a patient diagnosed of delusional disorder. The paper presents the Cognitive-Behavioural Therapy used to modify the delusional beliefs and the emotional and functional consequences of a patient with a delusional disorder. The method included the following techniques: empirical, logical and functional discussion, verification of the reality, satiation and elegant solution. PANSS, dimensional measures of the extent of conviction, concerns about the beliefs, QLS and subjective scales of anxiety and mood were used as measures of the results. The conviction about the beliefs remained unalterable although new and more benign delusional reinterpretations were produced; there was also an improvement in the associated emotional disturbances and in the social functioning. These changes kept up stable in his 12 months follow up after the therapy. We reflect on the need of a long term psychological follow up for the intervention on the psychotic symptomatology.

En las últimas décadas, la rehabilitación psicosocial ha supuesto un importante avance en el abordaje de las psicosis (por ejemplo, Liberman, 1988). Sobre tratamiento psicológico de síntomas positivos, ya en los años setenta se publican estudios de casos que como mínimo muestran la aplicabilidad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en pacientes con delirios y alucinaciones 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 y 2002). Durante los años 80 y 90, se realizan estudios experimentales, tanto con metodología de caso único como de comparación de grupos, que se muestran esperanzadores respecto a la efectividad de esta terapia (Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1996, 1999 a y b). La TCC con pacientes psicóticos requiere considerar la gravedad y heterogeneidad de sus trastornos, la presencia de déficits cognitivos e hipersensibilidad emocional, posible dificultad en la relación terapéutica, y respetar su peculiar percep-

ción del mundo (Fowler, 1996). Existen distintos modelos explicativos de los delirios y alucinaciones (por ejemplo, Garety y Freeman, 1999; Morrison, 1998, 2001; Bentall, Corcoran, Howard y Blackwood, 2001). En síntesis, la TCC en la psicosis comprende las siguientes fases: establecer una buena relación terapéutica, evaluación, comprensión de la experiencia psicótica, técnicas de TCC dirigidas a delirios, alucinaciones, autoevaluaciones y emociones negativas, y por último, el abordaje del riesgo de recaídas y de deterioro social (Cuevas Yust y Perona Garcelán, 2002). El presente estudio de caso ilustra la aplicación de diferentes técnicas TCC en un paciente psicótico.

Método

Sujeto

HW, paciente de 28 años con *trastorno de ideas delirantes persistentes* (CIE-10, F.22), derivado a nuestra Unidad por su psiquiatra tras 4 años de tratamiento con neurolépticos. HW nos contó que al poco de finalizar Biología, empezó a sufrir compulsiones consistentes en mirar el bolso a las mujeres y la zona genital a los hombres, conductas que le ocasionaban intenso malestar y que no podía controlar. Refirió que una vez en una entidad bancaria una anciana se dio cuenta, y pensando que era un ladrón se lo comentó a un empleado. Explicaba que este suceso quedó grabado en un

vídeo instalado en el propio banco, vídeo que posteriormente fue difundido a otras agencias bancarias, generándose desde ese momento su fama de ladrón, motivo por el que los empleados alertaban a los clientes cuando HW entraba en el banco, y asimismo, la policía a los viandantes, ayudados por alguna foto suya. Todo esto fue desembocando en una serie de conductas de evitación, tales como el abandono de la realización de gestiones bancarias o de otro tipo, del uso de transportes públicos o de pasear por zonas concurridas de la ciudad, y en un progresivo e intenso aislamiento en casa, limitándose sus contactos sociales a la familia y a algunos de sus amigos de la infancia que ocasionalmente le visitaban en su domicilio. A partir de ahí fue desarrollando nuevas creencias delirantes, por ejemplo que sus vecinos le escuchaban a través de las paredes y que le insultaban a través de ruidos deliberadamente provocados, o cuando a veces salía a la calle creía que la gente cuando tosía o silbaba le estaba insultando. Todas sus experiencias las iba explicando desde un sistema delirante que consideraba que la sociedad pensaba que era un delincuente, y que por ello le insultaban y maltrataban de las maneras más sutiles que podían ser imaginadas, marginándole y rechazándole.

Formulación del caso

El análisis, histórico y actual, de la manera en que HW percibía los sucesos, nos permitieron identificar un temor básico. El temor consistía en la posibilidad de realizar cualquier comportamiento que socialmente pudiera entrañar su rechazo; asociado a ello identificamos una creencia nuclear que implicaba una elevada autoexigencia, «en todo momento debo actuar de modo perfecto», idea con función de evitación de lo temido (pues... «si no actuó adecuadamente, la gente me rechazará»), pero poco realista y de elevado coste emocional, al tiempo que favorecedora de un patrón de comportamiento evitativo (el aislamiento prevendría el riesgo de llevar a cabo conductas socialmente desaprobadas). En este contexto de autoexigencia, perfeccionismo y estrés, fue que comenzaron a surgir los síntomas compulsivos, con la consiguiente angustia asociada a la idea de que por ello fueran a pensar mal de él: «Llevaba una vida normal, los estudios me iban bien, los compañeros me apreciaban, eso me hacía sentir bien porque siempre he necesitado sentirme aceptado por los demás. Siempre me ha faltado confianza en mí mismo y me ha preocupado lo que otros puedan pensar de mí, así que un día me encontré pensando: no mires eso no vayan a creer que eres un ladrón, o no mires a los hombres porque pueden pensar que te gustan... y a partir de ese momento todo se volvió raro, la gente empezó a pensar mal de mí, a hablar mal de mí...». Así que el inicio del síntoma psicótico coincidió con la distorsión cognitiva de confundir la imaginación de posibles sucesos temidos («pueden rechazarme, van a pensar mal de mí») con la realidad («me marginan», «me conocen y piensan mal de mí»); a partir de lo cual fue tejiendo un sistema delirante que asimilaba y daba sentido a todas sus experiencias. Así, ante las conductas compulsivas creía «la gente piensa que soy un ladrón y un homosexual y están corriendo la voz», y su extremo aislamiento lo explicaba como «...y por ello me rechazan y vivo marginado» (ver Figura 1).

HW realizaba apreciaciones erróneas, fruto de usar un pensamiento cargado de frecuentes inferencias arbitrarias, que favorecía el sustento de sus creencias sin necesidad de que tuvieran fundamento en evidencias empíricas. Además, mostraba unas creencias evaluativas que concebían como horrible e inaceptable la posibili-

dad de no ser socialmente aprobado en toda y cada una de sus actuaciones. Creía que su valía personal estaba en función del reconocimiento externo. Además, no admitía que los sucesos y condiciones de su vida pudiesen ser como él las percibía, actitud de la que derivaban intensos sentimientos de ansiedad e incluso de ira. Todos estos aspectos debían abordarse en la terapia. También debían incluirse en la TCC otros aspectos que identificamos relacionados con el mantenimiento de los delirios. Uno, que HW basaba la veracidad de sus convicciones en el fracaso de los fármacos para modificar sus ideas, pues... «si lo mío fuera una enfermedad, las pastillas me habrían hecho ver las cosas de otra manera». Y el otro, el significado que para él tenía la posibilidad de que sus ideas fueran síntomas de una enfermedad: «si mis creencias no fueran ciertas... estaría loco... ¡eso sería lo peor!», de forma que no dudar en sus convicciones le resguardaba de una realidad muy aversiva. Otras variables importantes eran: un estado crónico de ansiedad, variable disposicional favorecedora de síntomas obsesivos y pensamientos negativos; y por último, un patrón de comportamiento evitativo, que no permitía poner a prueba su hipótesis del rechazo y marginación social.

Medidas utilizadas

A) *The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS* (Kay, Opler y Lindenmayer, 1988), escala para medir la intensidad de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, que ha demostrado buenos índices de fiabilidad y validez (Peralta y Cuesta, 1994). Consta de 30 ítems: 7 síntomas positivos, 7 síntomas negativos y 16 de psicopatología general. B) *Escalas de medidas subjetivas por parte del propio paciente*: 1- Dimensiones referentes a las creencias delirantes: El *grado de convicción*, en porcentajes (0% es ausencia de convicción, y 100% convicción absoluta), y la *preocupación* o tiempo pensando en las creencias (escala de 1 a 5 puntos, donde 1: «no pienso en ello», y 5: «pienso todo el tiempo»); y 2- Valoración subjetiva de la ansiedad y del ánimo, en un continuo 0-10 puntos (donde 10 = ansiedad máxima y 0 = estado de ánimo pésimo). C) *The Quality Life Scale, QLS* (Heinrichs, Hanlon, y Carpenter, 1984). Mide el ajuste social con 21 ítems repartidos en tres sub-escalas de funcionamiento: social, instrumental e intrapsíquico. Todas las medidas citadas se tomaron, al menos, antes y después del tratamiento, y en un seguimiento realizado 12 meses después.

Objetivos de la intervención

Los objetivos de la intervención fueron reducir la convicción en las ideas delirantes más disfuncionales, resolver la perturbación emocional asociada, modificar las evaluaciones disfuncionales subyacentes, y normalizar el funcionamiento social.

Intervención

La intervención se llevó a cabo durante 2 años. Con un total de 60 sesiones (alrededor de 45 minutos cada una). Diseño de caso único con medidas antes y después del tratamiento, y en un seguimiento a los doce meses. Tras un período de cuatro meses en los que se estableció una buena relación, HW accedió a analizar la validez y el significado de las ideas y creencias que le perturbaban y limitaban su funcionamiento. Durante la intervención se emplearon los siguientes componentes:

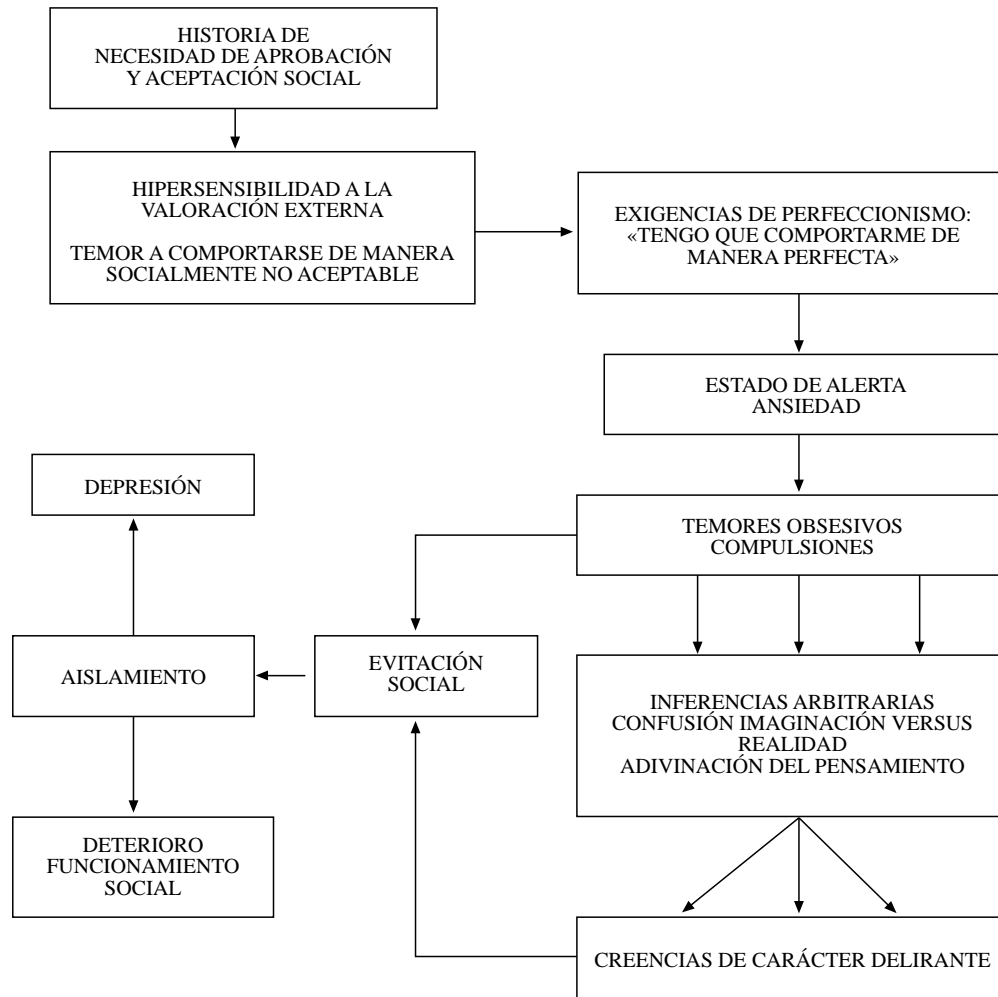


Figura 1. Formulación del caso

1. Explicación del modelo ABC y entrenamiento en identificación de pensamientos y evaluaciones negativas, y de distorsiones cognitivas (Ellis, 1999, y Beck, 2000).

2. Debate empírico de las creencias disfuncionales (delirantes o no), examinando las evidencias a favor y en contra. Distinción entre imaginación como proceso no necesariamente equivalente a realidad, y realidad como aquellos eventos sólo avalados por datos empíricos. Por ejemplo: Paciente (P): La gente cree que soy un delincuente... Terapeuta (T): ¿Por qué crees que piensan eso? (P): Porque miro los bolsos de las mujeres, por eso lo creen... (T): ¿Y en que te basas para creer que mirar un bolso significa ser un delincuente? (P): (tras un largo silencio)... No lo sé, no tengo respuestas... no lo sé... (T): De acuerdo, ¿y qué puede significar que no tengas respuestas? (P): Pues... que puede que sea algo que sólo esté en mi mente... (T): ¿Y ello probaría eso de que la gente piensa que eres un delincuente? (P): (el paciente se bloquea)... No sé, me he quedado en blanco... no lo sé... (T): (en un intento de estimular la búsqueda de alternativas), ¿Por qué otras razones, distintas a ser un delincuente, se podría mirar un bolso?...

3. Entrenamiento en la técnica de «generar nuevas alternativas» a los contenidos cognitivos disfuncionales, valorando el grado de convicción en ellas. En las situaciones en que se sentía per-

turbado, HW sólo generaba explicaciones que tenían que ver, de un modo negativo, con él, no apuntando otras posibles alternativas de carácter más neutro. Usar el autorregistro facilitó el entrenamiento en buscar explicaciones alternativas a las percepciones autorreferenciales. Veamos dos ejemplos extraídos de los autorregistros: Nº 1: *Estoy en un bar, unos clientes hablan de comidas y uno dice que no le gusta el «chorizo», siento rabia y pienso: «¡otro insulto! esto confirma que no le gusto a la gente» (convicción de 99%); explicación alternativa: puede que se refiera al embutido (5%).* Nº 2: *Vienen dos mujeres y miro su bolso, una de ellas dice: «¡qué asco!»; muy avergonzado, pienso que me conocen y creen que les voy a robar (95%)... me digo que quizás dijo «asco» refiriéndose a algo desagradable (1%).* Tras meses de práctica, HW desarrolló cierta habilidad para «generar alternativas» espontáneamente, eso le ayudó a funcionar mejor en su vida diaria, estar más tranquilo, y aunque la convicción en sus delirios básicos era inalterable, iba efectuando reinterpretaciones, delirantes, pero más benignas: «el vecino no me molesta con sus silbidos porque... se ha olvidado de mí».

4. Acceso a actividades ocupacionales y pruebas de comprobación de la realidad. HW fue participando en actividades ocupacionales (talleres, formación profesional y empleo laboral), lo que

respondía a un plan dirigido a obtener fuentes de gratificación dependientes del esfuerzo personal, y a reducir el aislamiento social con el que hipotéticamente preservaba su autoestima. La exposición a situaciones sociales antaño evitadas supuso una fuente de evidencias que contradecían la lógica de sus delirios, lo que le generaba intensos sentimientos de sorpresa. Por ejemplo, a HW le resultaba muy sorprendente que sus compañeros de actividad a veces tosieran o silbaran, signos de insulto, y al mismo tiempo fuesen agradables con él; o cuando accedió a su puesto laboral, circunstancia que le causó perplejidad, «*la sociedad no me quiere... pero me contratan, ¡es contradictorio!*». A la par que se redujo el aislamiento, HW recuperó las salidas con sus amigos de siempre, lo que facilitó nuevas comprobaciones de la realidad, pues a través de ellos conocía a otras personas que lejos de rechazarle le trataban con corrección. Todas estas evidencias no disminuían la convicción delirante, pero favorecían la aparición de reinterpretaciones delirantes más benignas y tranquilizadoras. Así, ante la ausencia de trabas reales para funcionar en la sociedad (HW trabajaba y mantenía contactos sociales), decía: «*ha pasado tiempo, la gente ve que nunca he hecho nada malo, creo que se están relajando, olvidando de mí*»

5. *Exposición en imaginación.* Un obstáculo para realizar reestructuración cognitiva con HW, era la intensa ansiedad asociada a delirios y temores. Por ello, se decidió aplicar una técnica de exposición masiva, en imágenes, a dichos contenidos cognitivos, con la intención de que se produjera una saciación a los estímulos y se redujera la intensidad de la perturbación emocional, de manera que HW sufriera menos y se facilitara que pudiera llevar a cabo algún tipo de auto cuestionamiento con respecto a sus pensamientos disfuncionales. La técnica se utilizó de manera sistemática durante 8 meses. Para ello se describían detalladamente las situaciones que HW temía. En ellas ocurrían cosas muy desagradables de las que no había escapatoria. Por ejemplo, se imaginaba en una tienda mirando el bolso de una mujer y que la gente empezaba a insultarle, a decirle que era un criminal, le echaban a empujones a la calle, llamaban a la policía, todos le rechazaban y quedaba solo, aislado, hundido. La narración de estas escenas las grababa en una cinta para escucharla repetidamente. Los ejercicios primero se realizaron en la consulta, con el fin de controlar distintas variables tales como la ansiedad, la concentración, o posibles respuestas de escape a nivel cognitivo. En una fase posterior, HW los realizaba sólo, a modo de tareas fuera de la consulta. Dichas tareas consistieron en cerca de 100 sesiones en cada una de las cuáles realizaba 5 ó 6 ensayos de exposición, de dos minutos de duración cada uno de ellos. En estas sesiones, y antes y después de cada uno de los ensayos, HW medía su ansiedad en una escala subjetiva de 0 a 10 puntos (máxima ansiedad). Los resultados fueron muy favorables, durante los ensayos progresivamente fue pasando de valoraciones iniciales de 7-8 puntos, a valoraciones de uno o cero puntos, y aunque el grado de convicción delirante se mantenía, el sujeto informaba que en su vida diaria le preocupaba mucho menos lo que la gente pensara, que apenas le afectaba.

6. *Encadenamiento de inferencias y solución elegante.* Al disminuir la ansiedad, fruto de la aplicación de la exposición en imágenes, y complementariamente al debate empírico, se fue introduciendo la técnica del encadenamiento de inferencias (por ejemplo, Lega, Caballo y Ellis, 1997) con la intención de abordar las supuestas creencias disfuncionales subyacentes. En esta técnica se trabaja desde la hipótesis de que las creencias del paciente son verdaderas. Desde el supuesto de que las circunstancias y eventos de

su vida son lo que él cree o teme que son. A partir de ello, el terapeuta ayuda a descubrir las inferencias subsiguientes a dichas creencias. Para ello se le pregunta al paciente «qué pasaría», «en qué se traduciría», «que supondría», o «qué significaría (para él)» si la realidad social coincidiera con sus creencias e interpretaciones. Las respuestas o inferencias aportadas por el paciente son de nuevo cuestionadas con el mismo tipo de preguntas que acabamos de exponer, de modo que se van encadenando inferencias. Así se continúa procediendo hasta que, progresivamente, se van identificando algunas creencias disfuncionales básicas o algún temor básico, los cuales serán objeto de modificación mediante la aplicación de nuevos procesos de cuestionamiento empírico, lógico o funcional, así como de otras técnicas cognitivo conductuales. Pero no siempre la intervención logra la modificación de estas creencias y vivencias del paciente. Así que cuando las situaciones problemáticas no son modificables o el paciente así lo cree, puede ser útil el empleo de la técnica de la solución elegante (por ejemplo, Ellis, 1999), en virtud de la cual se plantea al paciente que, como él nos cuenta, sus experiencias respecto a la vida y a los otros son muy negativas, que él está convencido de que ello es así, y que además cree que es algo cuya modificación no depende de él y no es posible. Entonces se le presenta la cuestión siguiente: ¿por qué a pesar de que las circunstancias puedan estar siendo tan negativas como él las percibe, no le resulta posible disfrutar de otros aspectos de la vida? Se asume que las circunstancias son negativas, pero que dado que él no las puede cambiar, puede optar por adaptarse a ellas y tratar de llevar una vida más tranquila y productiva. Es una opción útil y alternativa a la del paciente que no tolera la existencia de aspectos negativos y que se aísla socialmente. Veamos:

Terapeuta (T): Bien, supongamos que hay gente que cree que eres un ladrón... Paciente (P): Pero es que yo no lo soy, están equivocados... (T): De acuerdo. Tú no eres un ladrón, pero te perturba tu creencia de que la gente lo pueda pensar. Así que vamos a suponer que las cosas son como tú las describes, dime... ¿qué significaría eso para ti? (P): Pues que sería una agresión a mi dignidad. (T): Por qué sería eso malo... (P): Sería malo porque me avergonzaría (razonamiento emocional). (T): Te sentirías avergonzado... ¿y por qué razones piensas que deberías sentirte avergonzado? (P): Hombre... porque eso significaría que hay gente que me conoce y que tienen un mal concepto sobre mí. (T): Bien... y qué pasaría si eso fuera así. (P): Que no me aceptarían, que me quedaría aislado, sólo. (T): (A partir de este temor básico el terapeuta inicia un nuevo debate empírico) Crees que quedarías marginado... pero dime... ¿cuál es tu situación actual? (P): Pues estoy trabajando, salvo con mis amigos... (T): Y cómo puedes poner esto en relación con tu temor a ser socialmente rechazado. (P) (pensativo): Pues... bueno, creo que es un miedo exagerado porque en realidad sí que hay gente que me está aceptando. (T): Muy bien, eso está bien. (P): Sí, es verdad, pero también es verdad que sigue habiendo mucha gente en esta sociedad que no me quiere. (T): Bueno... supongamos que eso es así... entonces... ¿por qué no aceptar esa realidad, aceptar que las cosas sean de esa manera? (P): Pero es que eso no me gusta... (T): Claro, eso es lógico, pero también crees que eso no va a cambiar nunca. (P): No, no va a cambiar. (T): Entonces... ¿por qué no aceptarlo?, porque... en realidad ¿en qué se traduce en tu vida que en la sociedad haya gente que no te quiere?, ¿qué consecuencias concretas está teniendo que la gente piense mal de

ti?... trabajas, te relacionas... ¿por qué a pesar de ello, no centrarte y disfrutar de las cosas que te van bien? (P): Uff... es una forma interesante de pensar, nunca me la había planteado.

Esta técnica la recomendamos cuando la convicción en los delirios no cede. En ella, no se discute la veracidad de los contenidos delirantes, sino que se cuestiona su trascendencia real en la vida diaria. Aquí sirvió para que HW suavizara su exigencia de «tener» que ser siempre perfecto, al comprobar que aún no siéndolo (mala fama, compulsiones), había personas que le aceptaban, diluyendo la ansiedad y mejorando el estado de ánimo: *«me siento muy tranquilo, me preocupa menos lo que la gente piense... no me siento obligado a tener que actuar sin fallos».*

Resultados

La Tabla 1 muestra los resultados de la PANSS. Se observa que al final del tratamiento y en el seguimiento se mantenían los deli-

Tabla 1			
Resultados obtenidos en la PANSS, antes y después del tratamiento, y en un seguimiento a los 12 meses (1: sintomatología ausente; 2: mínimo; 3: ligero; 4: moderado; 5: moderado-severo; 6: severo; 7: intensidad extrema)			
Síndrome Positivo	Antes	Después	Seguimiento
Delirios	7	4	4
Desorganización conceptual	1	1	1
Comportamiento alucinatorio	1	1	1
Excitación	1	1	1
Grandiosidad	1	1	1
Ideas de perjuicio	7	4	4
Hostilidad	1	1	1
Síndrome Negativo	Antes	Después	Seguimiento
Embotamiento afectivo	2	1	1
Retraimiento emocional	2	1	1
Contacto pobre	2	1	1
Retraimiento social	6	1	1
Dificultades en pensamiento abstracto	3	2	2
Espontaneidad fluidez conversacional	1	1	1
Pensamiento estereotipado	1	1	1
Escala Psicopatología General	Antes	Después	Seguimiento
Preocupaciones somáticas	1	1	1
Ansiedad	6	3	2
Sentimientos de culpa	1	1	1
Tensión motora	1	1	1
Manierismos y posturas	1	1	1
Depresión	4	1	1
Retardo motor	1	1	1
Falta de colaboración	1	1	1
Contenidos inusuales pensamiento	4	4	3
Desorientación	1	1	1
Atención deficiente	2	1	1
Ausencia de juicio e «introspección»	4	2	2
Trastornos de la volición	1	1	1
Control deficiente de impulsos	1	1	1
Preocupación	4	1	1
Evitación social activa	7	2	2
PANSS Positivo	19	13	13
PANSS Negativo	17	8	8
PANSS General	39	23	21
PANSS Total	75	44	42

rios, la suspicacia y las ideas de perjuicio pero ya con una severidad menor, no invadiendo las principales áreas de la vida de HW, cambios consistentes con los ocurridos en *evitación social activa*, que si bien antes del tratamiento era de intensidad extrema (debido a los delirios de persecución), tras el tratamiento y en el seguimiento este patrón de comportamiento estaba ausente. El síntoma *retraimiento social* (6 puntos antes de la terapia) remitió de manera consistente con el desempeño de roles asumido por HW. En síntomas generales PANSS, desapareció la patología en *depresión* y en *preocupación*, y la *ansiedad* disminuyó a intensidad ligera (mínima en el seguimiento), resultados consistentes con la mejora clínica de HW, y con los cambios en *evitación social activa* y *delirios*. *Contenido inusual del pensamiento* seguía puntuando alto, al mantenerse la convicción delirante.

En las *escalas para la valoración subjetiva de la ansiedad y el estado de ánimo*, hubo resultados afines a la idea de una terapia efectiva. Así, antes del inicio de la intervención la valoración subjetiva del paciente indicaba una ansiedad muy elevada (9 puntos) y un estado de ánimo muy bajo (2 puntos), pero después del tratamiento los valores cambiaron, con un estado de ánimo francamente bueno (8 puntos, y 7,5 en el seguimiento) y unos niveles de ansiedad mucho más bajos (3,5 y 3 en el seguimiento), resultados consistentes con la *ansiedad* y *depresión* de la PANSS.

Respecto al *grado de convicción* en las dos creencias delirantes fundamentales («Un 25% - 50% de la población me conoce» y «Creen que soy un ladrón y un homosexual»), no hubo cambios, manteniéndose inalterable la convicción en un 99%, siendo quizás la única variable que no resultó sensible al tratamiento, aunque sí otras muy relacionadas con el delirio: la alteración emocional aso-

Tabla 2			
Resultados obtenidos en la QLS antes y después del tratamiento, y a un seguimiento a los 12 meses (cada ítem se valora en un continuo de 0 a 6 puntos, donde a mayor puntuación mejor funcionamiento)			
Quality Life Scale (QLS)	Antes	Después	Seguimiento
1. Relaciones con miembros del hogar	2	5	5
2. Relaciones íntimas	2	4	4
3. Actividades con conocidos	0	4	5
4. Nivel de actividad social	2	4	5
5. Rol social implicado	3	3	3
6. Iniciativa social	3	3	3
7. Retraimiento social	2	5	5
8. Relaciones sociales y sexuales	1	2	2
Total Funcionamiento Social	15	30	32
9. Rol ocupacional	0	6	6
10. Nivel realización rol ocupacional	0	4	5
11. Grado rendimiento en el trabajo	0	6	6
12. Satisfacción rol ocupacional	0	6	6
13. Utilización del tiempo	4	6	6
Total Funcionamiento Instrumental	4	28	29
14. Objetivos realistas	4	6	6
15. Motivación	6	6	6
16. Interés por el entorno	6	6	6
17. Anhedonia	4	6	6
18. Uso de objetos corrientes	3	4	4
19. Actividades cotidianas	2	3	3
20. Capacidad de empatía	4	6	6
21. Capacidad implicación en entrevista	6	6	6
Total Funcionamiento Intrapsíquico	35	43	43
Puntuación Total QLS	54	101	104

ciada (ansiedad y tristeza), y la *preocupación*, que antes del tratamiento era máxima (5 puntos), y después escasa (2 puntos).

Por último, la Tabla 2, muestra los resultados de la QLS. Las puntuaciones totales obtenidas antes y después de la intervención (54 y 101 puntos respectivamente), sugieren la efectividad del tratamiento, observándose los cambios clínicamente más significativos en la *subescala social* (ítems 1-8) que dobló su puntuación de 15 a 30 puntos, y en la *subescala ocupacional* (9-13) que antes del tratamiento prácticamente no puntuaba y después se había normalizado, resultados estables en el seguimiento al año.

Discusión

Aunque las limitaciones metodológicas de los estudios de caso no permiten atribuir, estrictamente, la mejoría observada a la efectividad de la terapia, resulta sugerente que los cambios positivos en la psicopatología y en las disfunciones sociales de HW (tras más de 4 años de mantenimiento), se produzcan cuando se realiza la TCC. No obstante, tampoco podemos discernir qué técnicas (debate, saciación, comprobación de la realidad, solución elegante, plan de actividades), tuvieron mayor o menor impacto.

Es obvio que no todas las ideas delirantes de un paciente deben ni pueden ser objeto de TCC. Han de tratarse las que ocasionan intensa perturbación e impiden llevar una vida más normalizada (Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1997). En HW, la terapia no consiguió desvanecer su convicción delirante, HW seguía creyendo que era conocido y rechazado por parte de la sociedad, pero fue posible aliviar notablemente su preocupación por estas ideas, lográndose normalizar su funcionamiento; también se logró suavizar sus elevadas exigencias de perfeccionismo. Todo ello se fue traduciendo en una circunstancia curiosa, la valencia de los contenidos delirantes fue cambiando, dando paso a reinterpretaciones más benignas para los sucesos más actuales de su vida. Así, cuando llegó a trabajar y se relacionaba con bastante normalidad, HW no lo tomó como evidencia de falsedad de sus delirios, sino que lo asimiló a su sistema delirante («*se están olvidando de mí*»), pero con una interpretación más tranquilizante. Creemos que, aún siendo un objetivo deseable de la TCC, no es imprescindible la modificación del grado de convicción delirante. Un objetivo clínicamente rele-

vante es modificar la valencia de dichas creencias, de modo que tengan una influencia más neutra o benigna.

Es necesario realizar seguimientos prolongados que constaten la estabilidad temporal de los logros alcanzados. En HW, los cambios se mantenían 1 año después de la terapia. No obstante, las medidas *antes*, *después* y a los *doce meses*, son evaluaciones transversales con escalas, y no significa que en los períodos entre evaluaciones no se registren fluctuaciones en alguna variable medida; de hecho, hubo algún momento en que con la aparición de dificultades propias de la vida, se reactivaron las preocupaciones de HW. Esto es lógico, pues en consonancia con los modelos cognitivos, tipo ABC, la aparición de nuevos hechos estresantes o la reaparición de otros ya conocidos, activarían los supuestos disfuncionales subyacentes aún con una terapia exitosa, pues ésta no los erradicaría de un modo definitivo. Lo que sobre todo aporta la terapia es una nueva forma de pensar más funcional. Así, cuando se reactivaron sus preocupaciones, HW puso en marcha las habilidades aprendidas durante la terapia y el nivel de preocupación reversionó con cierta facilidad. Desde lo teórico, utilizar nuevos pensamientos funcionales es algo recomendable (y necesario), pero no significa que al hacerlo dejen de funcionar los esquemas disfuncionales históricos, siempre existe la posibilidad de que se reactiven ante situaciones estresantes. De hecho, una de las recomendaciones derivadas de la terapia racional emotivo conductual de Albert Ellis es mantener una actitud de cuestionamiento continuo de las creencias disfuncionales durante toda la vida. Pues bien, los pacientes psicóticos son muy vulnerables al estrés y dificultades de la vida, e igual que requieren tratamiento farmacológico a largo plazo, necesitan también apoyo psicológico prolongado; con HW durante los 12 meses de seguimiento, mantuvimos varias entrevistas de recuerdo de aspectos trabajados en terapia, y de apoyo para afrontar problemas nuevos.

Hemos mostrado la aplicabilidad de algunos componentes de la terapia racional emotivo conductual en este paciente delirante. También es interesante resaltar que la técnica de exposición masiva en imágenes mostró, lejos de desestabilizar clínicamente a HW, su bondad terapéutica. Creemos importante investigar la efectividad y formas de aplicar a pacientes psicóticos, distintas técnicas TCC.

Referencias

- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R. y Blackwood, N. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1.143-1.192.
- 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.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud* (En-prensa).
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós.
- Fowler, D. (1996). Terapia cognitivo-conductual: un enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comps.) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 187-204). Madrid: Siglo XXI
- Garety, P.A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-115.
- Hartman, L.M. y Cashman, F.E. (1983). Cognitive-behavioral and psychopharmacology treatment of delusional symptoms. *Behavior Psychotherapy*, 11, 50-61.
- Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E. y Carpenter, W.T. (1984). The quality of life scale: an instrument for schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.
- Kay, S.R., Opler, L.A. y Lindenmayer, J.P. (1988). Reliability and validity of the positive-negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- 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. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.

- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994) Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22, (4), 171-177.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre alucinaciones auditivas en psicóticos: Revisión. *Psicologemas*, 10(20), 225-256.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico. *Psicothema*, 9(1), 33-45.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1999 a). Efectividad de la terapia cognitivo conductual individual de síntomas psicóticos: 1. Revisión de diseños de replicación intrasujeto aplicados tratamiento ideas delirantes. *Apuntes 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 Cuevas Yust, C. (2002). Terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con esquizofrenia. *Psicothema*, 14(1), 26-33.
- Watts, F.N., Powell, G.E. y Austin, S.V. (1973). Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.