

Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia

Juan Sevillá y Carmen Pastor

Psicólogos Clínicos

E-mail: cetecova@correo.cop.es

resumen/abstract:

En este artículo se propone de manera resumida, un protocolo de tratamiento Cognitivo-Conductual para la Esquizofrenia.

En primer lugar, se explica cómo evaluar los síntomas positivos de la Esquizofrenia y cómo tratarlos con técnicas verbales y experimentos conductuales. A continuación se aborda el tratamiento de los síntomas negativos. Y finalmente se incluye un apartado sobre la prevención de recaídas.

Es un trabajo destinado al psicólogo clínico con fines clínicos y no incluye una revisión del estatus científico del tratamiento Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia. Con tales objetivos recomendamos el reciente y excelente trabajo de Kingdom y Turkington (2005).

This paper proposes, in a brief way, a cognitive-behavioural protocol treatment for schizophrenia.

First, the article explains how to assess and treat the positive symptoms of schizophrenia with verbal techniques and behavioural experiments. Next topic is the treatment of negative symptoms. And finally, there is a chapter dedicated to relapse prevention.

The aim of this work is to show a way of Cognitive-Behavioural treatment of Schizophrenia for Clinical Psychologist. The article does not include a revision of the empirical status of cognitive behavioural treatment of schizophrenia. For that, we recommend the refreshing work of Kingdom and Turkington (2005).

palabras clave/keywords:

Esquizofrenia, Síntomas positivos, Síntomas negativos, Terapia Cognitivo-Conductual, Técnicas Verbales, Experimentos Conductuales, Prevención de Recaídas.

Schizophrenia, Positive Symptoms, Negative Symptoms, Cognitive-Behavioural Therapy, Verbal Techniques, Behavioural Experiments, Relapse Prevention

¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que sufre aproximadamente el 1% de la población general. Afecta a hombres y mujeres por igual, aunque los varones empiezan a sufrirla a edades más tempranas, entre los 15-25 años, y las mujeres debutan entre los 25-35 años.

En los países industrializados, el número de personas afectadas por la esquizofrenia aumenta en las clases sociales bajas.

El riesgo de suicidio es sensiblemente mayor en sujetos esquizofrénicos, su esperanza de vida es menor y la fertilidad más baja.

El curso de la enfermedad es variado y heterogéneo (Shepherd y cols., 1989):

- Aproximadamente el 16% de los sufridores sólo son víctimas de un episodio agudo del que se recuperan sin ningún deterioro.
- Alrededor de un 32% sufren varios episodios sin deterioro, o muy poco deterioro.

- El 9% van a tener deterioro después del primer episodio con empeoramientos posteriores y sin total vuelta a la normalidad.
- Finalmente más de un 40% van a tener episodios durante toda su vida con un deterioro progresivo.

Son predictores de buen pronóstico (Obiols, 2001): ser mujer, casada, personalidad premórbida adaptada, habilidad social, inicio agudo, factores precipitantes, inicio tardío, conciencia de trastorno, cumplimiento de la medicación, nivel sociocultural alto, buena relación familiar y social.

Para poder establecer un diagnóstico fiable de esquizofrenia según el DSM-IV (APA, 1994) se necesita tener dos o más de estos síntomas característicos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado o síntomas negativos. Que el trastorno ocasione una seria disfunción social o laboral. Que persista al menos 6 meses. Excluir trastornos esquizoafectivo y de ánimo. Excluir uso de sustancias o de enfermedad médica y que no se sufra un trastorno generalizado del desarrollo, como el autismo.

Terapia cognitiva para la esquizofrenia

Aunque el interés serio por la esquizofrenia desde la terapia Cognitivo-Conductual es relativamente nuevo, desde principios de los noventa, el propio Beck (1952), en uno de sus primeros trabajos, ya relataba experiencias clínicas con clientes esquizofrénicos. Y desde luego Ellis (1962) a lo largo de su larga trayectoria clínica siempre ha manifestado tratar todo tipo de trastornos psicóticos.

La terapia de conducta más tradicional, desde siempre, ha abordado el tema de la

esquizofrenia (Lieberman, 1993) aunque con espíritu rehabilitador. Este enfoque más reciente es diferente. No se trata de remediar o mejorar el deterioro psicosocial que el trastorno va produciendo entrenando al cliente en habilidades sociales, de resolución de problemas o rehabilitación neurocognitiva, sino de enseñar a los clientes estrategias psicológicas para afrontar mejor los síntomas positivos de la esquizofrenia. En nuestra opinión, esta alternativa debería formar parte de un programa mucho más amplio de trabajo psicológico que, obviamente, debería incluir también el enfoque rehabilitador más tradicional, y la colaboración, cuando se estime oportuno, de otra clase de profesionales.

Características que deberían tener clientes y terapeutas

En uno de sus primeros trabajos Birchwood y Tarrrier (1995) comentan que para aplicar Terapia Cognitiva a sujetos esquizofrénicos, estos deberían seguir sufriendo síntomas residuales a pesar de la medicación, o que fueran personas que tuvieran problemas con la medicación. Bien por un exceso de efectos secundarios o porque les resultara muy difícil seguir la pauta prescrita.

En nuestra opinión, deberíamos ser aún más estrictos. En primer lugar, y aunque parezca obvio, algunos clínicos lo olvidan, es absolutamente necesario que el cliente esté medicado y además de la manera más adecuada. En ocasiones es necesario probar varias pautas farmacológicas hasta encontrar una verdaderamente eficaz. Sería una grave irresponsabilidad aceptar clientes no medicados, o que toman fármacos inadecuados o insuficientes.

El grado de deterioro cognitivo debería ser el mínimo posible. En ocasiones con

clientes que llevan sufriendo la enfermedad muchos años y que ha habido un proceso degenerativo importante en las aptitudes cognitivas básicas: memoria, atención, concentración etc. es prácticamente imposible trabajar con este enfoque.

El cliente debería tener consciencia de enfermedad, sino al 100% con un grado suficiente como para poderse distanciar de los síntomas.

La medicación no debería ser tan sedativa como para que el cliente esté semi aletargado. Con la colaboración del psiquiatra se debería prescribir la dosis mínima terapéutica pero lo menos sedativa posible. Afortunadamente con los neurolépticos atípicos este problema es menor.

Evaluación

El proceso de evaluación que en problemas neuróticos suele tomar entre 2 ó 3 sesiones de terapia, en problemas esquizofrénicos puede durar el doble de sesiones o más. Tal y como sugieren Chadwick, Birchwood y Trower (1996) es importante no acelerarse. Los delirios y toda la psicopatología esquizofrénica, son extremadamente complejos y exigen tiempo para comprenderlos y evaluarlos. A menudo, se comete el error de intentar modificarlos sin haber comprendido datos importantes de la historia, lo que está condenado al fracaso.

Que todo este proceso sea razonablemente calmado también permite que la relación terapéutica se asiente. Sobre todo al principio, la situación terapéutica es muy flexible y relajada. No tenemos inconveniente incluso en que la sesión pueda discurrir en un ambiente menos formal que el despacho. Las sesiones iniciales suelen ser más cortas de lo habitual, en torno a los 30 minutos y desde el primer momento le decimos al

cliente que si se siente incómodo o tenso, que nos lo diga y que le permitiremos abandonar la sesión.

Es probable que en las 2 ó 3 primeras sesiones no se aborden directamente los problemas de peso, de hecho respetamos el ritmo del cliente. Es muy probable que se queje de depresión o ansiedad. La evaluación de estos temas seguiría el formato habitual.

También es importante clarificar nuestro rol como psicólogos clínicos, diferenciándonos de otros profesionales como psiquiatras, enfermeros o asistentes sociales. Nuestro trabajo, siempre en colaboración con el cliente, sería enseñarle a resolver problemas psicológicos por medio del aprendizaje de técnicas y estrategias. Es de suma importancia tener una actitud de honestidad y aceptación incondicional del cliente sin caer en un excesivo paternalismo o protecciónismo, o por el contrario verlo como un “esquizofrénico” y no como una “persona que sufre esquizofrenia”.

Si la relación progresa y el cliente se siente cómodo, empezará a hablar de sus problemas, dificultades y experiencias. En nuestra experiencia y como sugieren la mayor parte de los expertos (Kingdom y Turkington, 1994; Fowler, Garety y Kuiders, 1995), preguntar de forma directa y clara es la mejor estrategia. La evaluación está dedicada a averiguar con detalle cristalino qué situaciones o fenómenos psicológicos provocan qué pensamientos, emociones y conductas que, denominamos esquizofrenia.

Un formato simple y clarificador es el uso de la secuencia A-B-C (Chadwick, Birchwood, y Trower, 1996) Sería algo así como un Análisis Funcional. El punto A, serían los acontecimientos disparadores; en qué situaciones aparecen los pensamien-

tos delirantes del cliente. En ocasiones, el punto A incluye alucinaciones, generalmente auditivas, pero podrían ser también visuales o cinestésicas. Dedicaremos un apartado específico al tratamiento directo de las voces. No obstante, en este punto es importante que el lector entienda que a las alucinaciones no las consideramos pensamientos sino acontecimientos disparadores o estímulos. Probablemente las voces tienen una clara base biológica. El cerebro sobreestimulado por un exceso de neurotransmisores genera un fenómeno perceptivo que llamamos alucinación. Además de la entrevista, se pueden usar autorregistros y cuestionarios.

El siguiente punto sería el punto B, o la interpretación, los tradicionalmente llamados delirios. ¿Cómo interpreta el cliente determinados eventos estimuladores internos o externos? Además de evaluar el contenido, qué piensa el cliente, nos interesan otras variables, cómo lo piensa (Birchwood y Tarrier, 1992; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996). El contenido aludiría a la interpretación exacta *“soy Jesucristo”*, *“ese ruido es de los extraterrestres que están en el piso de arriba”*, *“en el telediario hablan de mí”*, *“me quieren envenenar”*. El grado de convicción, implica averiguar con qué fortaleza se lo cree el cliente (0-100%). El grado de perturbación, que también podemos llamar preocupación, es el tiempo que el cliente sufre tal pensamiento delirante. La formación, sería intentar reconstruir cómo el cliente llegó a hacer tales interpretaciones, cómo empezó a pensar así. Normalmente esta explicación tiene que ver con las experiencias anómalas que se han vivido, la situación emocional en que el cliente estaba, y su historia personal general. Por ejemplo Ana, una cliente

tratada por nosotros que creía ser una versión femenina de Jesucristo, lo empezó a creer, después de oír por primera vez una voz masculina y poderosa que decía *“tú eres mi hija”*. Sucedió en un momento de depresión conectada con fracaso en los estudios; y Ana, obviamente era una persona religiosa. El siguiente punto a evaluar son los datos que el cliente cree tener o en los que se basa para evaluar su delirio. Explícitamente le vamos pidiendo que nos cuente qué hechos han sucedido desde que sostiene tales creencias y que él / ella interprete como evidencias de su interpretación. Es muy importante no confundir esta técnica de evaluación con un proceso de Discusión Cognitiva. El objetivo no es que el cliente se dé cuenta de que esos supuestos datos no mantienen o demuestran la veracidad del delirio, sino averiguar qué datos cree él / ella que lo mantienen. Esta información le permite al terapeuta hacerse una idea de la dificultad que va a encontrar en la intentona de modificar estas creencias, y sus creadores (Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987) la usan como un indicador de cambio, en el curso de la terapia, semana a semana. Estos mismos autores han desarrollado otra variable a evaluar aún más predictiva respecto a la viabilidad de la modificación. La denominan la Respuesta a la Contradicción Hipotética (R.C.H.). Se trata de plantearle al cliente cómo afectaría el grado de convicción que le da a su delirio un acontecimiento que lo invalidase. Por ejemplo, a Ana que creía ser Jesucristo reencarnado en mujer, se le podría plantear: *“¿cómo crees que reaccionarías si el Papa te asegurase que Jesucristo no se ha reencarnado en nadie más?”* Para muchos autores insignes (Chadwick y Lowe, 1994; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996) cuanto peor sea la reacción

Tabla 1: Evaluación. Análisis del punto B: Interpretación

1. El contenido exacto del pensamiento delirante
2. El grado de convicción. Cuánto se lo cree
3. El grado de perturbación. Cuánto tiempo lo tiene en su cabeza
4. La formación. Bajo qué condiciones empezó a hacer esa interpretación
5. Los datos que el cliente cree que avalan sus creencias delirantes
6. La Respuesta a la Contradicción Hipotética

del cliente, es decir que sostenga que esa información no flexibiliza su creencia delirante, peor es el pronóstico de la terapia cognitiva. En la tabla 1 aparecen resumidas las variables a analizar en el punto B.

Las emociones y las conductas serían el siguiente objetivo a evaluar. Como el modelo de la Terapia Cognitivo-Conductual nos sugiere, la reacción emocional vendrá condicionada por la evaluación previa, y esta misma relación causal se encontrará con respecto a la conducta voluntaria o motora. Nos puede servir como ejemplo clarificador una secuencia que empiece con una “voz” o alucinación auditiva. El cliente, que está en un autobús, oye su nombre “Juan”, e interpreta “*es mi Ángel Protector que me vigila, cuida y acompaña*”, al pasar esto, su emoción será de seguridad y confianza, y aparentemente no habrá cambio conductual, seguirá en el autobús hasta llegar a su destino. Sin embargo, cuando esta misma persona oye otra voz diferente que también dice “Juan”, al interpretar que es una fuerza maligna que le persigue y le quiere hacer daño, su reacción emocional será un miedo intenso con una enorme activación fisiológica, y su conducta será defensiva, en particular, intentar escapar; bajar en la primera parada que pueda y salir corriendo.

La conexión A-B-C será similar a cualquier problema neurótico; las emociones y las conductas dependerán de las interpretaciones. Así pues vamos a encontrar ansiedad, depresión, enfado, confianza, felicidad, halago, escape, evitación, conductas ritualísticas o incluso en algunos casos conductas defensivas-agresivas. En la tabla 2 se ejemplifican algunas secuencias de varios clientes.

Además de la evaluación específica de los síntomas esquizofrénicos, también es necesario evaluar problemas más corrientes como depresión y ansiedad. Es muy corriente que una persona esquizofrénica esté deprimida al ser consciente de su trastorno, o que sienta ansiedad social ante los demás por temer su descalificación. Estos aspectos deberían igualmente ser objeto de evaluación.

Por otra parte también deberíamos conocer cuidadosamente otros aspectos como su pauta farmacológica y su grado de adhesión, su situación laboral, social y familiar, su grado de habilidades sociales, su estilo de vida, y todos los aspectos relevantes para entenderlo mejor.

Terapia cognitiva para los pensamientos delirantes

Hacer Terapia Cognitiva es un proceso complejo. A pesar de que hay mucha lite-

Tabla 2: Evaluación. Ejemplos de varias secuencias

A	B	C	
Andando por una calle concurrida oye: "marica de mierda"	"Me están insultando. No hay derecho"	Enfado	Acelerar el paso
Viendo la TV, en las noticias hablan de un huracán	"Dios, mi padre, está preparando mi llegada"	Alegría, sensación de pureza	Rezar
Hablando de política con mi esposo, no está de acuerdo conmigo	"¿Será que él pertenece también al imperialismo yanqui?"	Miedo, preocupación, desesperanza	Dejar de hablar

ratura, hay pocos trabajos que expliquen paso a paso cómo modificar pensamientos. Aplicar Terapia Cognitiva a pensamientos delirantes es especialmente difícil. El terapeuta debería tener una larga experiencia en esta clase de procedimientos antes de intentar aplicarlos para estos síntomas esquizofrénicos. En la literatura, los diferentes autores han sugerido procedimientos que, aunque en general se parecen, también tienen importantes diferencias (Kingdom y Turkington, 1994; Fowler, Garety y Kuiders, 1995; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996). Probablemente estas diferencias son las mismas que encontramos en la aplicación de la Terapia Cognitiva a los problemas neuróticos. Nosotros, hemos

desarrollado un protocolo de Terapia Cognitiva para aplicar a los trastornos depresivos y de ansiedad (Pastor y Sevillá, 1995; Sevillá y Pastor, 1996; Pastor y Sevillá, 2000; Sevillá y Pastor, 2002) que usamos también en la esquizofrenia. Este proceso incluye los siguientes pasos: explicación del A-B-C, explicación de pre y criterios de racionalidad, Discusión verbal, Experimentos Conductuales y Cambio de Creencias Disfuncionales.

Aquí nos centraremos en la Discusión verbal y los Experimentos Conductuales. Como parte de la evaluación, sabremos cuáles son los pensamientos delirantes que sostiene el cliente. También conocemos el

grado de creencia que le confiere a cada uno de ellos y los datos que el cliente esgrime como pruebas de que el delirio es válido.

Empezamos siempre por el pensamiento delirante que menos se crea y que tenga menos “pruebas” a su favor, más que cuestionar directamente el delirio. Por ejemplo, Vicenta creía ser una especie de líder sindical oculto que cuando reuniera y organizara a los dirigentes de los partidos de izquierda y en especial a los sindicatos, se produciría un cambio radical en la sociedad en que vivimos. Los gobiernos imperialistas, sobre todo el americano, pretendían silenciarla, o aún peor asesinarla. Tenía también ideas de referencia, consideraba que frecuentemente se referían a ella en los noticiarios de la TV, radio y periódicos. También creía que era vigilada vía satélite, y no descartaba la posibilidad de que hubiese micrófonos en su casa, o que incluso una persona de su círculo fuese un topo del imperialismo. En vez de intentar someter a prueba empírica vía debate socrático la idea básica del delirio: “*soy una líder de izquierdas que va a cambiar el mundo*”, resultó mucho más eficaz cuestionar los supuestos datos de su condición, por ejemplo si podíamos demostrar que efectivamente tal noticia de periódico se refería a ella, o cómo había llegado a ser una figura como esa, o cómo los americanos se habían enterado de su existencia.

Tal y como sucede en la depresión (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996), una vez creado el pensamiento delirante, los datos diarios que nos ofrece el mundo se filtran para que encajen con el delirio. Es siempre más fácil y provoca menos reactividad emocional, evaluar empíricamente si en realidad lo que se toma como un dato que demuestra el delirio, realmente lo es. Mucho más fá-

cil que cuestionar el delirio en sí. También suele haber mucho “razonamiento emocional”, es decir que una creencia que provoca una alta emoción se toma como prueba de que es cierta. Como en otros trastornos, el cliente debe aprender, tan pronto como sea posible que el grado de convicción con el que se sostiene una creencia es una cosa, y otra su veracidad. De hecho, en nuestro modelo, este problema lo abordamos antes de empezar la Discusión.

El estilo tiene que ser muy colaborativo, muy suave, nada confrontativo, y sugerir en cuanto sea posible una alternativa, otra forma de ver las cosas, otra manera de interpretar esos datos. Este tipo de clientes son muy susceptibles a intenciones directas de cambio. Sus familiares, amigos, médicos y personal sanitario, y hasta su sacerdote, le habrá intentado convencer de que sus delirios son falsos. No es eso, se trata de analizar, con una óptica objetiva, si lo son. Pero ese análisis debe aprender a hacerlo el propio cliente. No funcionará si no es él / ella mismo/a quien cuestiona la idea. Aquí tienes un extracto de una sesión con Vicenta:

T: Bien Vicenta, ya hablamos de ello en la evaluación, pero me gustaría volver a un punto muy importante para mí, me refiero a cómo llegaste a ser lo que sientes que eres; ¿cómo te convertiste en líder sindical?

C: Bueno, en mi juventud yo tenía muchas inquietudes sociales. Mi abuelo fue un sindicalista, mi padre también...

T: No sé si te entiendo, perdóname ¿significa esto que por el hecho de que tu familia fuera sindicalista, tú automáticamente te convertiste en una líder de este calibre?

C: Bueno no exactamente, yo me preparé

T: Ya veo, ¿cómo te preparaste? ¿leíste muchos libros, militaste en partidos de izquierdas, hiciste una carrera universitaria relacionada?

C: No, no, no fue así... De pronto, un día lo supe

T: Estoy confuso, ¿cómo alguien puede saber de pronto que está formado para algo?

C: No lo sé

T: Tu padre fue un sindicalista activo. Por lo que me has contado, él desde casi un niño participó en actividades sindicales, leyó un montón de libros, asistió a cursos, incluso estudió, ya con 40 años en la Universidad, y se hizo abogado. Ahí veo claro como tu padre se formó, pero ¿qué hay de ti? ¿no te parece una forma extraña?

C: Sí, la verdad es que visto así suena raro

T: A partir de lo que hemos hablado sobre cómo se forman las creencias ¿podríamos encontrar otra explicación?

En la literatura sobre la aplicación práctica de la Terapia Cognitiva, se habla mucho del estilo socrático (Beck y cols, 1976), o de lo que más recientemente se denomina "descubrimiento guiado" (Padesky, 1993), o en otras palabras, que el terapeuta guía al cliente con estratégicas preguntas para que sea este quien llegue a la conclusión correcta. Esta es la manera idónea de aplicar la Discusión verbal, pero lo cierto es que los clientes se pueden distribuir en un continuo en que en un extremo tendríamos al cómodo grupo en que, efectivamente, el

terapeuta sólo debe guiarlos para que ellos concluyan, y en el otro extremo, al grupo de clientes en que el terapeuta debe ser mucho más directivo, y ofrecer soluciones más directas. Quizás un estilo un poco más directivo, en la línea de la Terapia Racional Emotiva Conductual. La mayor parte de los clientes esquizofrénicos estarían en este grupo. El estilo, aunque colaborativo y relajado, nunca será confrontativo, pero implica mayor directividad del terapeuta, sobre todo a la hora de buscar alternativas a los pensamientos delirantes. Como sugieren los autores de referencia, los pensamientos delirantes deben ser reinterpretados como una intencionalidad de ordenar y dar lógica a una serie de fenómenos psicológicos muy perturbadores que el cliente empezó a sufrir cuando sufrió su primer brote esquizofrénico: voces, alteraciones sensoriales y perceptivas, cambios en los procesos formales cognitivos...

En este punto o en una fase anterior según (Turkington y Kingdom, 1996), conviene normalizar la experiencia esquizofrénica, especialmente las voces o alucinaciones en general. En realidad alucinar no es un fenómeno tan anómalo y extraño, en ciertas condiciones es un proceso habitual: aislamiento sensorial, privación de sueño, situaciones altamente traumáticas, privación de alimentos y por supuesto provocado por el uso de sustancias. Se sabe que el 5% de la población general, sin sufrir esquizofrenia oye voces habitualmente. Y que entre el 10-25%, las ha oído en ciertos momentos de su vida. También el contenido de los pensamientos delirantes, aunque parezcan extraños y raros, en ciertas culturas o subgrupos culturales son corrientes: creencias en seres sobrenaturales, reencarnación, adivinación del pensamiento, misiones divinas... En In-

glaterra, por ejemplo, el 50% de la población general cree en la telepatía, también el 50% en que hay gente que puede predecir sucesos antes de que ocurran, o el 25% cree en fantasmas.

La idea básica es que el cliente comprenda que empezó a sentir una serie de cambios muy intensos en sus pensamientos, percepciones y emociones, el inicio de la esquizofrenia, y tuvo que darles un sentido, una explicación, una lógica, la interpretación delirante. Si una persona oye una voz sin que haya nadie presente, tendrá que intentar darle una explicación y una lógica. Y ésta se basará en su biografía, sus creencias y su estado emocional.

También es importante que el lector profesional comprenda una variable fundamental que explica parte de la dificultad para reducir la credibilidad de los delirios. Son muy tranquilizadores para el cliente, dan orden, lógica y hasta predictibilidad a los cambios que la esquizofrenia ha producido. El efecto en términos de refuerzo negativo es tremendo. Los delirios son conducta cognitiva con una enorme valencia reforzante, porque dan una respuesta, una alternativa a todo lo que la persona nota.

Una vez instalado el proceso de cuestionar, e invalidadas las pruebas o evidencias que indirectamente avalan el delirio, podemos intentar incluso analizar en sí el delirio. Un enfoque sólido es buscar inconsistencias o irracionalidades en el propio contenido del delirio. Un ejemplo magistral que el lector entenderá, aparece en la película *Una mente maravillosa*, donde el actor australiano Russell Crowe interpreta a un brillante matemático aquejado de esquizofrenia. El Dr. Nash, así se llama el personaje, se ve perseguido a lo largo de su vida por unos personajes que ve realmente, sus aluci-

naciones visuales. En un momento dado, Nash es consciente de que aunque han pasado muchos años, los personajes de sus alucinaciones no han envejecido. He aquí una clara inconsistencia lógica, no son reales. Por ejemplo, Ana que creía ser la nueva Jesucristo, descubrió que la voz que ella atribuía a Dios sonaba exactamente igual a la voz del cura que la bautizó y le dio la primera comunión.

Chadwick, Birchwood y Trower (1996) sugieren, y estamos de acuerdo, que el contenido del delirio suele tener que ver con objetivos de salvaguardar el yo. Un ejemplo claro son los delirios paranoicos o mesiánicos. El cliente es perseguido por algo, porque es importante por alguna razón especial. Vicenta iba a salvar el mundo del imperialismo capitalista. Desde el delirio el cliente es un personaje, un ser especial. La autoestima es alta, aunque pueda sufrir por ello. Si el cliente cree ser Dios, Jesús, o alguien de la corte celestial, no es difícil entender cuan genuino le puede hacer sentir esto.

Por ello, a medida que se van debilitando los delirios suelen ir apareciendo grandes creencias disfuncionales, muy parecidas a las que encontramos en la depresión y otros trastornos habituales.

Tan rápido como el cliente aprende a discutir lo que él / ella considera pruebas de sus delirios, podemos pasar a utilizar los experimentos conductuales. Son una manera de someter a prueba empíricamente la veracidad de los pensamientos. Se utilizan habitualmente en la práctica regular de la terapia cognitiva aplicada a depresión (Beck, 1976; Fennell, 1989) a trastornos de ansiedad (Clark, 1986; Salkovskis, 1996) o trastornos de ingesta (Fairburn y Wilson, 1993). En psicosis (Chadwick, Birchwood

y Trower, 1996) es exactamente lo mismo, analizar vía conducta, de ahí el nombre experimento conductual, si una creencia o pensamiento es cierto. Para ello se diseña una acción o serie de acciones que típicamente el cliente tiene que ejecutar y se acuerda, según el resultado, si se aceptará o refutará la interpretación puesta a prueba. Antonio, un joven de 24 años que sufría esquizofrenia desde los 19, creía que era capaz de percibir y transmitir pensamientos al resto de la gente. Así pues, en lugares públicos, sostenía conversaciones telepáticas con diversos interlocutores que tenía a su alrededor. Se diseñó para él, y cada vez con más colaboración por su parte, toda una serie de experimentos conductuales. El experimento típico consistía en: elegir a una determinada persona que estuviese a la vista, mentalmente darle una orden muy explícita para que realizara una acción física muy simple, y observar si el interlocutor telepático la cumplía. Así se les pedían cosas como: rascarse la oreja derecha con el brazo izquierdo, guiñar un ojo tres veces

seguidas, hacer un avión con una servilleta de papel y cosas similares. Estos experimentos se realizaban en situaciones reales: en un café, en una tienda o en el metro.

Con Antonio también se realizaron, previamente, otros experimentos conductuales en consulta con el terapeuta o con coterapeutas. El terapeuta intentaba transmitir ciertas palabras, frases preelegidas y anotadas en una lista, y Antonio debía recibirlas y anotarlas, confeccionando su propia lista. Obviamente el índice de coincidencia fue siempre 0%.

La dinámica no es diferente a cómo se realizan experimentos conductuales en otra clase de trastornos. Se elige un pensamiento a poner a prueba: *“si soy Jesucristo, tengo sus poderes y por lo tanto puedo caminar sobre las aguas”*. A continuación elegimos cómo actuar para “experimentar” o poner a prueba ese pensamiento: *“caminaremos sobre el estanque del jardín”*. Y decidiremos el criterio para interpretar los resultados: *“si logro caminar sobre el agua, el pensamiento será cierto, si me hundo será fal-*

Tabla 3: ejemplo de registro de Experimento Conductual aplicado a psicosis

Día/Hora	Situación	Pensamiento a Experimentar	¿Cuál es el experimento?	Resultados y Conclusiones
X/X	Mi madre se acaba de dar un golpe en la espinilla. Le ha salido un moratón.	“Sí, soy Jesucristo, puedo sanarla al instante”	Concentrarme mentalmente en que desaparezca el moratón.	Nada pasa, sigue igual de morado. Puede que no sea Jesucristo.

so”, y a partir de ahí sacaremos conclusiones. Utilizamos un registro similar al usado en experimentos conductuales aplicados a otros trastornos (ver tabla 3)

Terapia cognitiva aplicada a las voces

En nuestra opinión, aunque hay técnicas para ello que describiremos un poco más adelante, no es buena idea empezar el tratamiento intentando reducir o controlar las alucinaciones directamente. Compartimos con Chadwick, Birchwood y Trower (1996) así como con Fowler, Garety y Kuipers (1985) la idea de que las voces deben considerarse el punto A, es decir estímulos disparadores, y antes de pensar en eliminarlos, el cliente debería saber interpretarlos de la manera menos amenazante posible. En este sentido, el foco del trabajo sería cambiar la forma en que el cliente evalúa, analiza o interpreta las alucinaciones. En otras palabras, y una vez más, modificar el pensamiento delirante. Todo lo expuesto en el punto anterior sería aplicable aquí.

Siguiendo a los autores de referencia Chadwick y Birchwood (1994-1995) nos encontramos con un grupo de creencias sobre las voces que debemos abordar en terapia: creencias sobre la identidad, creencias sobre el objetivo de las voces, creencias sobre cuan poderosas son las voces, y creencias acerca de qué pasará si el cliente se resiste a ellas.

A menudo, como señalan Chadwick, Birchwood y Trower (1996) parece conveniente seguir una secuencia concreta, empezando por las creencias sobre el poder de las voces. O como sugieren muy acertadamente Perona, Cuevas, Vallina y Lemos (2003) con las creencias acerca de desobedecer las voces. El lector entenderá fácilmente que

ambos tipos de creencias están íntimamente relacionadas. En cualquier caso, cada clínico con todos los datos disponibles de cada cliente en particular, deberá desarrollar una estrategia.

Las técnicas usadas son las mismas: el debate verbal y los experimentos conductuales. Por ejemplo, Ana, en ocasiones oía la palabra “*reza*” e interpretaba que era su padre (Dios) quien le pedía que orara y además, pensaba que si se negaba, podría ser severamente castigada en forma de desgracia inmediata, particularmente hacia sus padres o hermano (accidente o enfermedad grave). Además de debatir verbalmente la interpretación y llegar a la conclusión de que no podía estar segura, se le propuso un experimento conductual, cuando tuviera la alucinación “*reza*” después de debatirla, se negaría a rezar y comprobaríamos qué pasaba realmente.

En muchas ocasiones, las pruebas que el cliente cree tener sobre el poder de las voces vienen por las sensaciones que notan en su cuerpo. No es difícil reatribuir estos cambios fisiológicos en términos de ansiedad u otras emociones fuertes.

Instigar las voces haciendo que el cliente afronte un buen estímulo disparador, por ejemplo ruido de tráfico, y pararlas eliminando el estímulo, también es una buena manera de reducir el poder que se les atribuye.

Una vez el cliente consigue ver que no son tan poderosas y que no hay tanto peligro en desobedecerlas, podemos abordar ya las creencias sobre la identidad y lo que las voces pretenden.

No es raro que la interpretación sobre la identidad de las voces en términos de seres sobrenaturales, o el propio Dios, o pro-

cedimientos paranormales se sostenga al comprobar que las voces saben cosas muy íntimas del cliente. No suele ser ya especialmente difícil en este punto, dirigir el diálogo socrático para llegar a la conclusión de que el hecho de que conozca la voz esos datos tan personales, es una prueba rotunda de que la voz viene de dentro y no de fuera. Es decir son pensamientos del propio cliente. Esta es una Alternativa Racional que usamos frecuentemente: *“lo que oigo viene de mí, son parte de mis propios pensamientos”*.

En ocasiones incluso podemos identificar, por las características de la voz, a una persona real, o de ficción a la que pertenecen. Ana llegó a la conclusión de que “su Dios” tenía la voz de un viejo sacerdote que fue muy importante en su vida hasta la adolescencia.

El problema de las alucinaciones visuales

Existe una pequeña proporción de personas que padece esquizofrenia y que son víctimas de alucinaciones visuales. Este tipo de casos desafían a los modelos cognitivo-conductuales para la explicación de las voces en los que se alude al concepto de movimientos sutiles del aparato fonoarticulador o subvocalización de las voces (Inouye y Shimizu, 1970; Slade y Bentall, 1988).

Las alucinaciones visuales se consideran un signo de mal pronóstico y, a menudo, se las ha relacionado con daño o deterioro neurológico o abuso de sustancias.

Lo primero a hacer con clientes de estas características es asegurarnos de que no usan sustancias psicoactivas y descartar problemas orgánicos mediante las técnicas neurológicas más adecuadas: TAC y / o Resonancia magnética.

No hay datos empíricos de cómo enfocar el tratamiento psicológico. Lo que nosotros hacemos es adaptar el modelo habitual a las singularidades de estas personas. Normalmente el proceso es más difícil porque la solidez de la realidad sensorial que estas personas procesan es mucho más contundente que en el caso de las voces. No es lo mismo, para el cliente, en términos de impacto emocional, por ejemplo salir a la calle y oír *“maricón de mierda”* que salir a la calle y ver como alguien le llama *“maricón de mierda”* con una calidad sensorial que le impida distinguir esa imagen (y sonido) de la auténtica realidad.

A pesar de esto, el objetivo básico e inicial es el mismo. Enseñar al cliente a que el efecto emocional y conductual se reduzca lo máximo posible. Que aprenda a atribuir esas imágenes como internas, como que vienen de dentro, y que por lo tanto no son reales.

Una vía que hemos ensayado con éxito en muchos de los casos que hemos tratado está inspirada en la propuesta por Haddock, Bentall y Slade (1993,1996) denominada técnicas de Focalización en las alucinaciones. En realidad nuestra versión es un proceso de exposición. La idea sería conseguir que el cliente afronte a voluntad las imágenes alucinatorias de manera que se vaya habituando a ellas y extinguiéndose su ansiedad. En primer lugar, típicamente le pedimos, que cree él / ella mismo/a en imaginación la imagen y que se exponga a ella prolongadamente. Si hay varias, las habremos jerarquizado. A continuación, cuando el grado de ansiedad evocado sea muy bajo, pasaríamos a *in vivo*. El cliente se expondría a situaciones reales que evocan eficazmente la alucinación visual con idénticos objetivos.

El lector experimentado habrá notado la enorme similitud que este enfoque tiene con el tratamiento de las obsesiones o del estrés postraumático, dos trastornos en los que las imágenes suelen tener un papel crucial.

A partir de ahí, usaríamos ya técnicas de potenciación de las estrategias de afrontamiento (Tarrrier Y cols, 1993)

Potenciación de las estrategias de afrontamiento

La base teórica de estas estrategias es muy sencilla. Entrenar al cliente en técnicas, en principio, sencillas para hacer frente a síntomas psicóticos concretos.

Los datos nos dicen que entre un 67 y un 100% de las personas con psicosis usan de forma regular, aunque con eficacia variable, estrategias para manejar su malestar. Se pueden usar para controlar cualquier tipo de síntoma: interpretaciones delirantes, bajadas del estado de ánimo, picos de ansiedad y, por supuesto, alucinaciones.

En nuestra opinión su uso más adecuado sería aplicarlas a las alucinaciones. Como ya hemos apuntado creemos que el momento idóneo sería cuando el cliente ya fuera capaz de aplicar con éxito el diálogo socrático y los experimentos conductuales a los delirios y las alucinaciones. Aunque muchos autores de referencia (Fowler, Garety y Kuipers, 1995) proponen empezar el tratamiento con este tipo de estrategias, nosotros preferimos hacerlo más adelante. Estos autores sugieren, con acierto, que este grupo de habilidades son la manera más rápida de aliviar el dolor del cliente y así, debería dárseles prioridad. Estamos de acuerdo, pero aun así preferimos retrasar su aplicación. Nuestra sensación es que si el cliente no conoce el modelo ni la

conceptualización de su problema, estas estrategias se convierten en un corolario de técnicas deslavazadas y sin más lógica. Esta idea nos recuerda a la terapia cognitivo-conductual de los años 80, con la que no nos identificamos en absoluto.

Nuestra conducta blanco suele ser las alucinaciones auditivas (o visuales). Normalmente empezamos revisando qué estrategias utiliza de forma natural el propio cliente. Los clientes usan una amplia variedad de estrategias (Tarrrier, 1992) como: distracción, cambio de actividad, socializar, usar cambio de imput sensorial (walkman, tapones), relajación, uso de sustancias psicoactivas, autoinstrucciones... Si el cliente usa una o varias estrategias con cierto éxito y son saludables (obviamente, por ejemplo, usar alcohol no sería una buena opción) seleccionamos las más eficaces y a partir de ahí la entrenamos sistemáticamente. Primero, en sesión, sólo la técnica. Cuando esto lo hace bien, en imaginación, recreamos una situación disparadora y aplica la técnica. Y finalmente, y de manera graduada, lo aplicaría en situaciones reales.

El problema de los síntomas negativos

Los síntomas negativos han sido los grandes olvidados en el tratamiento de las psicosis. Probablemente la razón tiene que ver con que, desde la óptica psiquiátrica tradicional, se consideran el resultado de una inevitable degeneración orgánica del cerebro que sería parte importante de la esquizofrenia (Crow, 1980) Incluso se ha hablado de alteraciones fisiológicas concretas como el aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales (Woodruff y Lewis, 1996)

Lo cierto es que esta hipótesis neurodegenerativa se ha aceptado como verdad abso-

Tabla 4: posibles explicaciones de los síntomas negativos de la esquizofrenia

- Efectos secundarios acumulativos de los fármacos antipsicóticos
- Depresión secundaria a la esquizofrenia
- Estilo de vida privado
- Conductas de control o seguridad
- Efectos de la institucionalización

luta a pesar de no haberse podido demostrar empíricamente.

Siguiendo a Morrison, Renton, Duna, Williams y Bentall (2004) y a otros terapeutas cognitivo-conductuales que han abordado el problema de los síntomas negativos con menos prejuicios y con espíritu explicativo, podemos intentar operativizar los síntomas negativos en variables más precisas. En la tabla 4 aparecen algunas explicaciones operativas de los síntomas negativos.

Es muy posible que en algunos casos, al menos una parte importante de este problema, se deba a los efectos secundarios de los neurolépticos a largo plazo. De sobra y conocido es el síndrome del déficit inducido por los neurolépticos (Lewander, 1994). Las personas aquejadas de este problema están como hibernando, letárgicas con poca o ninguna motivación. Muchas veces el cliente está demasiado medicado durante demasiado tiempo. Un criterio farmacológico conocido por la comunidad psiquiátrica pero muchas veces olvidado, es que pocos clientes necesitan más de 350 mgs/día de ciproheptadina o su equivalente en otros fármacos. Afortunadamente con los neurolépticos atípicos el problema es menor. En nuestra opinión debería revisarse la pauta farmacológica y llegar a un buen equilibrio entre la eficacia y los efectos secundarios.

En muchos casos, los síntomas negativos pueden explicarse en términos de depresión. Bien documentada está la relación entre esquizofrenia y depresión (Birchwood, 1993). En realidad lo raro es encontrar personas con esquizofrenia sin depresión. No se nos ocurre, como clínicos, una pérdida de reforzadores más severa y capaz de generar tanta desesperanza como sufrir esquizofrenia. En el caso de constatar que es así, el tratamiento de elección sería la terapia cognitivo-conductual para la depresión.

La depresión se vería fuertemente favorecida por el estilo de vida que muchas personas con esquizofrenia les toca vivir: aislamiento social, abandono familiar y de amigos, desempleo, tratamientos en medios estigmatizantes... La solución a estos problemas sería diferente en cada caso y difícil, puesto que implicaría movilizar recursos estatales, familiares, sociales...

Algunos autores han conceptualizado los síntomas negativos o mejor dicho, una proporción de ellos (Strauss, 1989) como conductas de seguridad. Hablar poco, expresar muy poca emoción, no socializar, vivir de una manera rutinaria y casi espartana sería una manera de "no alterar las cosas" con el objetivo de que no haya una nueva descompensación (recaída). La solución sería educar al cliente adecuadamente sobre su

problema y enseñarle un buen sistema de prevención de recaídas que no le hicieran pagar este terrible precio.

Para aquellas personas que han sufrido la enfermedad durante muchos años y, especialmente, para quienes hayan sido institucionalizados sería imprescindible el entrenamiento en habilidades remediativas: rehabilitación neurocognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas e incluso habilidades básicas de autocuidado (aseo, cocinar, limpieza del hogar...)

Prevención de recaídas y mantenimiento de logros

Por definición, como en el trastorno bipolar, en la esquizofrenia el objetivo real del tratamiento psicológico es la prevención de recaídas. Desafortunadamente, en la mayor parte de los casos, la esquizofrenia no va a desaparecer con el tratamiento farmacológico y psicológico. La terapia, en realidad, sería la manera de aprender a convivir con el trastorno, de manera que éste provoque el menor número de interferencias.

Así pues, a lo largo del tratamiento habrá que transmitir al cliente este concepto: va a aprender a manejar mejor su problema, incluso a controlar los síntomas de la enfermedad y es muy probable que su vida pueda ser adaptada y razonablemente normal,

pero la enfermedad no desaparecerá totalmente. En la tabla 5 aparece un listado de las estrategias propuestas.

En primer lugar, es fundamental que el cliente aprenda estrategias profilácticas que impliquen un estilo de vida saludable. Tomar la medicación de manera sistemática, no usar fármacos sin prescripción médica, evitar a rajatabla el uso del alcohol o sustancias psicoactivas (incluso el exceso de cafeína), tener una pauta de sueño estable y suficiente, no trabajar en turnos o por la noche...

También es conveniente que el cliente aprenda a gestionar el estrés inherente a la vida. Esto significará, por una parte, normalizar la forma de vivir todo lo que sea posible, y por otra entrenar al cliente en estrategias controladoras. No creemos en ese concepto de mantener a las personas esquizofrénicas en una especie de burbuja que le aisle del mundo con el argumento de que *"no aguantaría el estrés de una vida normal"*. En nuestra opinión, cuanto más normal sea su vida, menos estigmatizadora y más adaptada, menos probabilidades de recaer tendrá. Por otra parte, en esta fase de la terapia, es habitual entrenar al cliente en técnicas como: resolución de problemas, asertividad, manejo de la ansiedad o la depresión, terapia sexual o de parejas...

Tabla 5: Estrategias de Mantenimiento de los logros y Prevención de recaídas en esquizofrenia

- Estilo de vida sano y profiláctico
- Aprender a controlar el estrés
- Reconocimiento de pródromos e intervención temprana
- Información
- Mantener el contacto terapéutico

El ingrediente fundamental de la Prevención de Recaídas es el reconocimiento temprano de una recaída. Una descompensación o recaída suele ser un proceso gradual, de semanas o al menos días. Revisando todos los episodios anteriores que se recuerdan y en particular los pródromos o conductas iniciales del desequilibrio identificamos los cambios más habituales de manera longitudinal: insomnio, irritabilidad, tendencia al aislamiento social, abandono del aseo y autocuidado, percepciones diferentes, más voces, pensamientos delirant etc. La idea es reconocer tan pronto como sea posible estas conductas y cortarlas con medios farmacológicos, aumentando o cambiando la medicación, y psicológicos con las técnicas aprendidas y con la ayuda del psicólogo clínico. En este entrenamiento conviene involucrar a un familiar que monitorice también el estado del cliente y que, en un momento dado pueda ayudarle a ser consciente de lo que empieza a suceder.

Finalmente, otro punto importante es la información. El cliente a estas alturas ya sabe mucho sobre esquizofrenia. Ahora aún debe saber más. Viene bien ofrecerle lecturas científicas sobre el tema, compartir honestamente el estado actual del campo con él / ella. Creemos firmemente que cuánto más experto sea, mejor podrá luchar contra su problema.

Las sesiones se van espaciando gradualmente, pero en nuestra opinión no deberían desaparecer completamente. Desafortunadamente la esquizofrenia no es un trastorno de Pánico. Como decíamos, suele ser un trastorno crónico y como tal exige cuidados. Si todo va bien, nuestro consejo es citar al cliente indefinidamente cada 3 ó 4 meses, y obviamente, estar disponible si él/ella solicita una cita de emergencia.

bibliografía

- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenia patient with delusion based on borrowed guilty. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Beck, A.T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press.
- Birchwood, M., Mason, R., Macmillan, F., Healy, J., (1993): Depression, demoralization and control over psychotic illness. A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *El Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Ariel.
- Brett-Janes, J., Garety, P. A., y Hemsley, D. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-65.
- Chadwick, P. D. J. y Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 355-367.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Wiley.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Journal of Psychiatry*, 149, 419-429.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Fairburn, C. G. y Wilson, G. T. (1993). *Binge Eating: nature, assessment and Treatment*. Guildford.
- Fennell, M. (1989). Depression, en K. Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (eds). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. A practical guide. Oxford University Press.
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour therapy for psychosis*. Theory and practice. Wiley.
- Haddock, G., Bentall, R. P. y Slade, P. D. (1993). Psychological treatment of chronic auditory hallucinations: Two case studies *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 1993, pags. 335-346.
- Haddock, G., Bentall, R. P. y Slade, P. D. (1996). *Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction?* En Haddock, G. y Slade, P. D. (eds) *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Routledge.
- Inouye, T. y Shimizu, A. (1970): The electromyographic study of verbal hallucination. *Journal of nervous and Mental Disease*, 151, 415-522.

- Kingdom, D. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioural therapy of schizophrenia*. LEA.
- Kingdom, D. y Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. Guilford Press.
- Lieberman, P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martínez Ros.
- Lewander, T. (1994). Neuroleptics and neuroleptic-induced deficit syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 8-13.
- Morrison, A.; Renton, J.; Dunn, H.; Williams, S. y Bentall, R. D. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A Formulation- Based Approach* Routledge.
- Obiols, J. (2001). *Esquizofrenia, una mente escindida*. Océano.
- Padesky, C. A. (1993). *Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery?* Keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive therapies, London, September.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Tratamiento Psicológico del Pánico-Agorafobia*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (2000). *Tratamiento Psicológico de la Fobia Social*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia*. Guía clínica.
- Salkovskis, D. M. (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guildford.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1996). *Tratamiento Psicológico de la Depresión*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2002). *Tratamiento Psicológico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Shepherd, M.; Watt, D.; Falloon, I. y cols. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow up study and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine* (monografía supl, 15).
- Slade, P. D. y Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Londres: Croom helm.
- Tarrier, M.; Beckett, R.; Harwood, S.; Baker, A.; Yusupoff, L. y Uganteburu, I. (1993). A trial off two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual symptoms of schizophrenic patients: Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, pag 524-532.
- Turkington, D. y Kingdon, D. G. (1996). *Cognitive therapy with normalising rationale in schizophrenia*. In G. Haddock y P. D. Slade (eds). *Cognitive behavioural interventions in psychosis*. Routledge.
- Woodruff, P. W. R. y Lewis, S. (1996). *Structural brain imaging in schizophrenia*. En Lewis, S. y Higgins (eds), *Brain imaging in psychiatry*. Oxford: Blackwell.

Fecha recepción: 14/11/2005

Fecha aceptación: 9/1/2006