

CARLOS CUEVAS-YUST, SALVADOR PERONA-GARCELÁN
Terapia cognitivo-conductual y psicosis
Clínica y Salud, vol. 13, núm. 3, 2002, pp. 307-342.
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1836/183600304>



Clínica y Salud
ISSN (Versión impresa): 1130-6274
clin-salud@cop.es
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid,
España

[¿Cómo citar?](#) | [Fascículo completo](#) | [Más información del artículo](#) | [Página de la revista](#)

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

importante en el mantenimiento de los delirios y de las voces (Close y Garety, 1998). Así que está indicada, una vez identificadas, la aplicación de la terapia cognitiva para revisar la historia y evolución de esas ideas a lo largo de la vida y para reevaluar su evidencia. Muchas personas con psicosis han experimentado circunstancias y sucesos muy adversos en sus vidas, incluida la propia psicosis y sus consecuencias, así que esa reevaluación puede ayudarles a no percibirse de un modo tan negativo: "fracaso total", "persona inútil". Una forma de acceder a la identificación de posibles evaluaciones negativas asociadas a los delirios y a las creencias sobre las voces es la técnica de *encadenamiento de inferencias*. La técnica de *encadenamiento* trabaja con la hipótesis de que las creencias del paciente podrían ser verdad, y ayuda al paciente a descubrir las inferencias subsiguientes, las consecuencias que podrían ocurrir, el significado que ello tendría para él: "¿Qué pasaría si eso fuese verdad?", "¿Qué significaría, en qué se traduciría?". Así, podremos llegar a los temores, dificultades y autoevaluaciones básicas, elementos compatibles con un modelo personal sobre los síntomas del paciente. La terapia entonces, dirigirá sus objetivos a tratar directamente los trastornos emocionales relacionados con estas evaluaciones personales

(así como su validez) que durante muchos años han estado detrás de la sintomatología psicótica. La experiencia de la psicosis no sólo afecta a evaluaciones específicas, sino que también lleva generalmente a la depresión y ansiedad. Los pacientes se desmoralizan y experimentan sentimientos de pérdida de control (Birchwood, Mason, MacMillan, y Healy, 1993). Depresión y ansiedad son fenómenos frecuentes en esta población que no deberían pasar desapercibidos, siendo recomendable su tratamiento cognitivo estándar: identificar pensamientos automáticos, supuestos disfuncionales, considerar la exploración de otras alternativas, etcétera.

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE RECAIDA Y DE DISCAPACIDAD SOCIAL

Dado que estamos hablando de pacientes muy vulnerables a nuevas descompensaciones que pueden ser desencadenadas por el estrés de la vida diaria, es importante que esta etapa del tratamiento orientada al futuro, tenga en cuenta la preparación del paciente para el alta de la terapia, así como la prevención de las recaídas y del riesgo de deterioro social. Es importante revisar qué comprensión mantiene el paciente sobre la psicosis, este tema trabajado en

etapas anteriores es muy importante porque puede influir en la futura adherencia a los servicios y en la actitud hacia el cumplimiento del tratamiento médico. Por otra parte, si se trata de una persona especialmente vulnerable a las exacerbaciones sintomáticas o recaídas, será útil revisar lo que ha aprendido respecto a la identificación de precursores personales de recaída (ansiedad, interesarse por temas religiosos, insomnio, irritabilidad, etcétera), para que en ese caso contacte con los servicios sanitarios; en este tema existe una escala útil para detectar e identificar el patrón de recaídas específico de un paciente: la *Early Signs Scale, ESS* (Birchwood, Smith, MacMillan, Hogg, Prasad, Harvey y Bering, 1989), que el paciente o un familiar puede cumplimentar periódicamente, obteniéndose una medida de línea base muy sensible de posibles síntomas prodrómicos, que puede ser comparada en distintos periodos del curso del trastorno y ayudar a la toma de decisiones. Este planteamiento sirve para aliviar posibles ansiedades anticipatorias del paciente, así como para favorecer estrategias que reduzcan el riesgo de recaída (Birchwood, 1996). También es importante preparar al paciente ante posibles recaídas, en el sentido que no las entienda como un fracaso personal o como una derrota de la cual no se podrá ya recuperar, sino como

una ocasión para ratificarse en la práctica de todo lo que ha aprendido durante la terapia, y para comprobar que tiene parte del control para superar con éxito la crisis, esto tiene que ver con las atribuciones que el paciente hace de su mejora, siendo deseable que reconozca el papel de la medicación, pero igualmente la importancia de su esfuerzo personal. Es muy importante abordar estos aspectos porque a muchos pacientes les preocupa mucho la posibilidad de volver a sufrir una recaída y sus consecuencias: síntomas, sufrimiento, incremento de la medicación, hospitalización, aislamiento, interrupción de roles, etcétera; y porque muchos tienen la falsa creencia de que mejorar supone una garantía para no volver a ponerse mal.

Con relación al funcionamiento social, tenemos que decir que la finalización del tratamiento de síntomas positivos residuales, incluso cuando resulta exitosa, no es sinónimo de *curación*, ni de que el paciente vaya a llevar una vida normal. Probablemente continuarán problemas relacionados con las interacciones sociales y familiares, con la autonomía personal, y con el mundo de la ocupación y del trabajo. Aspectos éstos, que hay que explorar y si es pertinente se ayudará al paciente a que establezca objetivos a corto y medio plazo,