

- ligados a sucesos desencadenantes), y contribuir al diseño del plan terapéutico.
5. *Implementar estrategias conductuales.* Utilización de técnicas de exposición gradual, aprendizaje de la respiración-relajación, elaboración de una lista de síntomas tempranos de exacerbación-recada, hábitos de sueño, control de la impulsividad, lista de actividades (en especial, en casos de depresión grave).
6. *Modificar esquemas cognitivos.* Antes de que el terapeuta intente introducir la duda sobre ideas delirantes, debe tomarse la precaución de que posibles explicaciones alternativas puedan ser rechazadas. Por eso, la confrontación directa con los delirios es contraproducente. El enfoque de la TCC consiste en dirigir suavemente a la persona a que cuestione su creencia, invitándole a comprobarla en la práctica.
7. *Abordar problemas de concentración o trastornos del pensamiento.* Fijación de objetivos o agenda; identificación de factores que aumentan la ansiedad o desorganizan el pensamiento.
8. *Mejorar la adherencia al tratamiento.* Evaluar las barreras para el cumplimiento (olvido, actitudes negativas o falta de apoyo de la familia, efectos secundarios, limitaciones económicas, etc.).
9. *Tratar el abuso comórbido de drogas.* Es bastante frecuente que los pacientes con esquizofrenia hayan ensayado utilizar drogas para aliviar sus síntomas o estados afectivos displacenteros.
10. *Construir habilidades para prevenir recaídas.* Identificar los desencadenantes del empeoramiento de los síntomas, construyendo un listado de signos personales de advertencia temprana (*relapse signature*) (Birchwood y cols., 1989) y un plan de detección de dichos signos; y desarrollar métodos para el manejo de los estresores.

La TCC aplicada a la psicosis esquizofrénica comparte, por lo tanto, muchas características en su estructura con similares abordajes en los trastornos de ansiedad y depresión; sin embargo, hay algunos aspectos diferenciales que se describen en la Tabla 11.

Características	Tradicional, en ansiedad y depresión	Adaptación a la psicosis
Duración	15-22 sesiones, 3-4 meses	Las sesiones pueden ser más frecuentes
Estructura	Cada sesión, 1 hora	Sesiones cortas, de duración variable, (promedio de 40 m.)
Agenda	Sesión estructurada con una agenda, para optimizar el tiempo	Similar, aunque la agenda puede incluir un único problema como objetivo
Orientación al problema	Terapeuta y paciente se centran en definir y resolver los p	Similar
Perspectiva histórica	Se centra en el aquí y ahora, sin retrotraerse a la historia pasada del paciente	Similar, pero retrotraerse al pasado es esencial para situar los antecedentes del trastorno
Modelo de aprendizaje	La conducta disfuncional es atribuida a un aprendizaje desadaptativo, donde el objetivo es el re-aprendizaje de una conducta más funcional	Se pone énfasis en la normalización. La conducta disfuncional se atribuye a la vulnerabilidad, al estrés y a un aprendizaje desadaptativo. Son objetivos importantes la des-catastrofización del concepto de psicosis y el re-aprendizaje de conductas más funcionales
Modelo científico	Experimental: la terapia implica obtener datos (problemas, pensamientos, actitudes), formular hipótesis, hacer experimentos y evaluar los resultados	Lo mismo, aunque prestando especial atención a los delirios y a las alucinaciones; reformulando las creencias sobre estas experiencias, que deben ser sometidas a comprobación comparativa con otras hipótesis
Deberes para casa	Se proponen tareas para la obtención de datos, la verificación de hipótesis y para la práctica de habilidades cognitivas	La obtención de datos ya es, en sí misma, terapéutica; por ej., al debilitar los niveles de convicción, al hacer menos énfasis en las formas de pensamiento disfuncional, y al asignar a un cuidador clave como co-terapeuta
Colaboración	Paciente y terapeuta trabajan conjuntamente para resolver problemas	Lo mismo, aunque son necesarios importantes esfuerzos y medidas de protección (p.ej., aceptación del desacuerdo, retirada táctica para mantener una colaboración esencial, soportar oleadas de verbalizaciones psicóticas)
Rol del terapeuta	Rol activo y directivo. A veces puede ser didáctico, para facilitar la definición y la resolución de los problemas	Similar, aunque teniendo mucho cuidado en evitar que la frustración del terapeuta se convierta en una confrontación coercitiva y directa. Preguntas periféricas cuando se someten a discusión las creencias delirantes
Diálogo socrático	Es el principal método terapéutico: formular preguntas para que el paciente identifique sus pensamientos subyacentes, perciba soluciones alternativas o modifique sus opiniones	Similar, aunque las preguntas van dirigidas particularmente al periodo prodrómico y a los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. El objetivo importante consiste en llegar a una formulación compartida
Apertura	El proceso terapéutico es explícito y abierto. Terapeuta y paciente comparten con claridad qué se va a hacer en la terapia	Similar, aunque con mayor esfuerzo para acercar al paciente al modelo y asegurar su comprensión

Tabla 11. Comparación de la TCC aplicada a la psicosis y a trastornos de ansiedad y depresión