

Apuntes de Psicología
2004, Vol. 22, número 1, págs. 99-110.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicólogos
de Andalucía Occidental y
Universidad de Sevilla

Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno delirante dismorfofóbico

Carlos CUEVAS YUST
Manuel Jesús MARTÍNEZ LÓPEZ
Salvador PERONA GARCELÁN
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

Presentamos un caso de dismorfofobia delirante al que se aplica terapia cognitivo-conductual (TCC) para modificar la creencia delirante y sus consecuencias emocionales y conductuales. La terapia incluyó: debate empírico, lógico y funcional, prueba de realidad y saciación. Las medidas de resultado fueron la PANSS, el grado de convicción en la creencia y escalas subjetivas de ansiedad y estado de ánimo. La convicción en la creencia desapareció y se produjo una notable mejoría en la perturbación emocional y en el funcionamiento social. Los cambios se mantuvieron 12, 24 y 36 meses después de finalizada la terapia. Se reflexiona sobre la necesidad de mantener tratamientos psicológicos a largo plazo en la psicosis.

Palabras clave: esquizofrenia, psicosis, terapia cognitivo conductual, delirios.

Abstract

The paper presents the Cognitive-Behavioural Therapy used to modify the delusional beliefs and the emotional and functional consequences of a patient with a dismorphic delusional disorder. The method included the following techniques: empirical, logical and functional discussion, verification of the reality and satiation. PANSS, dimensional measures of the extent of conviction, concerns about the belief, and subjective scales of anxiety and mood were used as measures of the results. The conviction about the belief disappeared. There was also an improvement in the emotional disturbances and in the social functioning. These changes kept up stable in his 12, 24 and 36 months follow up after the therapy. We reflect on the need of a long term psychological follow up for the intervention on the psychosis.

Key words: schizophrenia, psychosis, cognitive behavioural therapy, delusion.

Dirección del primer autor: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental “Virgen del Rocío”. Avda. de Kansas City, 32-E, bajo. 41007 Sevilla. *Correo electrónico:* cuevasyust@correo.cop.es

Recibido: enero 2004. *Aceptado:* julio 2004.

La investigación y aplicación de tratamiento cognitivo conductual (TCC) en síntomas psicóticos positivos, fundamentalmente de carácter residual, se está convirtiendo en uno de los campos de la psicología clínica más desarrollado en las últimas décadas. Se han realizado, por ejemplo, investigaciones para estudiar su eficacia en los que se ha contemplado estudios aleatorizados con grupos control y diseños de replicación intrasujeto (para una amplia revisión véase Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2003). Además, junto con lo anterior, se ha dado un gran impulso al desarrollo de distintos modelos explicativos de los delirios y alucinaciones (por ejemplo, Garety y Freeman, 1999; Morrison, 2001; Bentall, Corcoran, Howard y Blackwood, 2001; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington, 2002).

Un enfoque importante en la modificación de delirios y de creencias asociadas a las alucinaciones ha consistido en la adaptación, con resultados esperanzadores en sujetos psicóticos, de procedimientos derivados de los clásicos modelos cognitivos A-B-C (por ejemplo, Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Chadwick y Birchwood y Trower, 1996). Pero, si bien existen datos que sugieren la bondad de la TCC con la sintomatología psicótica, también lo es que en torno a un 40-50% de los pacientes tratados no muestran mejora, siendo necesario seguir investigando para que se definan de modo más preciso las variables y procesos implicados en estas terapias (Cuevas Yust y Perona Garcelán, 2002).

Desde la realidad de la práctica asistencial con la psicosis, un diseño de intervención debe proceder de un análisis funcional-secuencial de la conducta que permita definir sobre cuál de los tres

componentes de la misma (cognitivo, fisiológico- emocional y motor) ha de dirigirse de un modo directo la intervención (Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1995). No necesariamente es la presencia de falsas creencias lo que ha de determinar el uso de un procedimiento de reestructuración cognitiva; con frecuencia se deben aplicar otras técnicas conductuales que, habiendo más que probado su eficacia en distintos trastornos de índole neurótica, se están mostrando útiles en el tratamiento directo de la sintomatología psicótica, o en facilitar la eficacia de la reestructuración cognitiva; por ejemplo, las técnicas de exposición o los entrenamientos en habilidades sociales entre otras, pero en cualquier caso, técnicas seleccionadas a partir del análisis funcional, ver por ejemplo: Cuevas Yust y Perona Garcelán (1997), Perona Garcelán y Cuevas Yust (1997, 2002), Cuevas Yust, Perona Garcelán y Martínez López (2003).

La TCC con pacientes psicóticos requiere la consideración la gravedad y heterogeneidad de sus trastornos, la presencia de déficits cognitivos e hipersensibilidad emocional, las posibles dificultades que puedan surgir en la relación terapéutica, y el respeto a su peculiar percepción del mundo (Fowler, 1996). En síntesis, la TCC en la psicosis comprende las siguientes etapas: establecer una buena relación terapéutica, evaluación y 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 una paciente psicótica.

Método

Sujeto

SM, mujer de 35 años con diagnóstico de dismorfofobia delirante (F22.8, CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992). Divorciada y madre de dos hijas de 6 y 13 años que viven en el extranjero con el padre. SM es la segunda de 6 hermanos y vive con su madre -quien se separó de su marido 18 años antes- y uno de sus hermanos que está diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Su nivel sociocultural y económico es medio. La paciente estudió hasta COU y posteriormente se matriculó en una academia de inglés, estableciendo una relación de noviazgo con un estadounidense con quien, a la edad de 22 años, contrajo matrimonio y se marchó a vivir a EEUU.

Tras once años de matrimonio y de manera inesperada para ella se produjo la ruptura matrimonial. SM se deprimió profundamente y tuvo que volver a España, con su familia de origen (*fue muy duro, no entendía por qué mi marido tomó esa decisión... no esperaba una cosa así... me deprimí mucho, no podía asumir ninguna responsabilidad, pasé un año muy malo... comencé a pensar que me habría dejado porque me vería fea*). En ese contexto SM decidió someterse a una intervención de cirugía plástica de nariz (*pensaba que si mejoraba mi aspecto físico quizás recuperaría a mi marido*), tras la cual volvió a América con la esperanza de recuperar la relación con su esposo pero sus expectativas no se cumplieron (*fue terrible, me deprimí mucho, quería morirme*), al tiempo no solo empezó a valorar de manera negativa los resultados de la intervención, sino que... *empecé a percibir transformaciones horribles en mi cara...era otra cara, no*

era yo... mis pómulos comenzaron a desaparecer, mi nariz se volvió más pequeña, mi cara cada vez tenía menos huesos... fue evolucionando horriblemente y continua haciéndolo. SM se encontraba en un estado de perplejidad, de intensa ansiedad y angustia (no lo podía entender, la gente no veía lo mismo que yo...era tremendo... empecé a arrepentirme de haberme operado, había sido una carnicería). Así pasó otro año, al final del cual requirió de un primer ingreso hospitalario (estaba desesperada... deambulaba por las calles, me acercaba a la gente... les decía que mi rostro se estaba destrozando... les preguntaba cómo veían mi cara). Al poco tiempo, escuchó en la radio un programa sobre enfermedades propias de países tropicales que le permitió desarrollar una explicación a sus percepciones (descubrí que eso era lo que me estaba pasando, estaba enferma... durante la operación algún virus penetró en mi cara a través del bisturí...), y una creencia que con una convicción absoluta le atormentaba de manera permanente (el virus está carcomiendo los huesos de mi cara y de mi cabeza... afectará a mi cerebro y moriré...).

Tras dos años de tratamiento farmacológico (neurolépticos y ansiolíticos) en su centro de salud mental y de un nuevo ingreso hospitalario, la sintomatología se mantenía inalterable: SM vivía convencida de su creencia, se encontraba profundamente deprimida, con ideas de poner fin a su vida, desesperada, su funcionamiento personal presentaba un severo deterioro, se encontraba ensimismada, aislada, inactiva, y aunque evitaba mirarse en cualquier espejo, con mucha frecuencia le asaltaban imágenes de su rostro desfigurado. A los tres años de evolución de este cuadro, SM fue remitida a nuestra Unidad.

Formulación del caso

El análisis de su historia personal desvelaba a una persona muy sensible a cualquier crítica externa, *se tomaba muy mal cualquier crítica o llamada de atención*; además, según la familia, para SM la apariencia física, la belleza, siempre había tenido una especial importancia, *ya de adolescente mi hija podía pasarse horas observándose en el espejo*, y probablemente había jugado un importante papel en su vida social, *mi hermana era muy guapa, destacaba sobre sus amigas y resultaba muy atractiva para los chicos, tenía mucho éxito*. Podíamos especular que en cierta medida, en su historia de aprendizaje social, SM había aprendido que aceptación heterosocial y belleza constituían los componentes de un binomio indisoluble (creencia básica).

Durante años SM llevó una vida aparentemente normal ejerciendo su rol de esposa, de madre y de ama de casa. Cuando su marido le explicó que ponía fin al matrimonio ella se deprimió de manera profunda y como posible causa solo contempló una: la atribución interna procedente, seguimos especulando, de la creencia básica recién referida (*si me ha dejado es que ya no soy bella*). En *coherencia* con esta creencia SM decidió mejorar su aspecto y operarse, con la expectativa de que así volvería a ser aceptada por su marido, pero no lo consiguió y se hundió. Además, el hecho de que un hermano de la paciente fuera esquizofrénico, indicaba en SM la existencia de vulnerabilidad a sufrir síntomas psicóticos, como ocurrió ante el estrés derivado de los eventos vitales que experimentó. Así, aparecieron las alteraciones perceptivas y la creencia del virus que se desarrolló como una forma personal para comprenderlas y darles sentido.

Sabemos que en personas vulnerables a la psicosis una variable favorecedora, aun-

que no suficiente, para sufrir alucinaciones es una ansiedad elevada y permanente (Cooklin, Sturgeon, y Leff, 1983); esta era otra característica de la paciente. SM además de su fracaso matrimonial, sufría el estrés derivado de su situación vital: estaba severamente enferma, había perdido su vida familiar, sus hijas vivían en un país lejano, no era una persona autónoma. Todo ello era fuente de ansiedad que favorecía el mantenimiento de la sintomatología psicótica (véase la figura 1).

Medidas utilizadas

- a) *The Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS (Kay, Opler y Lindenmayer, 1988), escala utilizada 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 medida subjetiva* de:
 - *Grado de convicción en la creencia* (en porcentajes: 0% es ausencia de convicción, y 100% convicción absoluta);
 - *Ansiedad y estado de ánimo*, en un continuo 0-10 puntos (donde 10 = ansiedad máxima y 0 = estado de ánimo pésimo).

Objetivos de la intervención

Los objetivos de la intervención fueron:

- Normalizar la explicación de las alteraciones perceptivas.
- Reducir la convicción en la falsa creencia.

Figura 1. Formulación del caso.

- Resolver la perturbación emocional asociada.
- Mejorar el funcionamiento social.

Intervención

Desde la derivación de la paciente a nuestro servicio hasta el final del tratamiento transcurrieron dos años. Tras una fase previa de tres meses, la terapia se prolongó durante 21 meses, con un total 101 sesiones. Se utilizó un diseño de caso único con medidas antes y después del tratamiento. El seguimiento se realizó a los 12,

24 y 36 meses. Exponemos a continuación los componentes empleados durante la intervención:

A. Fase pre-tratamiento, se prolongó durante tres meses y comprendió los aspectos siguientes:

- a) Establecimiento de una relación de confianza*: como ya hemos señalado en otro lugar (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2002), sobre todo al principio, resulta indispensable huir de cualquier intento de confrontación verbal con los

pacientes por muy lógica que ésta se nos antoje, así como transmitirles la idea de que vamos a trabajar juntos para intentar reducir sus sufrimientos. En su historia previa de relación con otros profesionales de la salud y con su familia, SM aprendió que hablar de sus ideas y experiencias era criticado de modo riguroso y atribuido a su imaginación... *cuan-do cuento lo que me pasa, dicen que estoy psicótica... yo me siento muy incomprendida... muy sola*. Así, durante las primeras entrevistas nos dedicamos a hablar sobre temas desprovistos de carga emocional para la paciente, y poco a poco fuimos introduciendo una evaluación cada vez más estructurada.

- b) *Obtención de una línea base sobre el grado de convicción en la idea delirante:* previo adiestramiento en la habilidad de auto-evaluar en términos de porcentajes la convicción en su idea sobre el virus, se tomaron hasta 30 medidas de este parámetro, en todas ellas el grado de convicción fue del 100% (convicción absoluta).
- c) *Introducción de elementos teóricos de referencia:* la posibilidad de manifestar síntomas psicóticos cuando el estrés desborda los recursos protectores en personas con elevada vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977), el desarrollo de delirios para intentar explicar alteraciones perceptivas (Maher, 1988), y el punto de vista cognitivo que postula que las perturbaciones emocionales en buena medida son producto de creencias no siempre basadas en evidencias (Beck, 2000).

B. Fase de debate empírico de la creencia disfuncional (delirio) y búsqueda de otras explicaciones a sus alteraciones perceptivas: durante nueve meses mantuvimos 37 sesiones (de 30 a 60 minutos cada una de

ellas) centradas en analizar las evidencias a favor y en contra de la creencia de que un virus estaba destrozando su cara, así como de las explicaciones psicológicas que daban cuenta de sus vivencias. Por ejemplo:

Paciente (P): (sollozando)... *¡El virus está destrozando mi cara, me matará!...*

Terapeuta (T): *¿Por qué piensas que se trata de un virus?*

(P): *Porque veo mi cara deformada, espantosa...*

(T): (Evitando la confrontación) *De acuerdo, en los espejos percibes tu rostro deformado, pero... ¿por qué un virus?*

(P): (Angustiada)... *Porque se está comiendo mi cara, no tengo pómulos, está carcomiendo mis huesos*

(T): *¿Te han detectado el virus en alguna prueba médica?*

(P): *No, mis analíticas son normales.*

(T): *¿La deformación que percibes se acompaña de algún otro síntoma, por ejemplo dolor?*

(P): *No, no siento dolor.*

(T): *Cómo te explicas que tus huesos se estén destruyendo y no sientas dolor.*

(P): *...No lo sé, es muy raro.*

(T): *Cuando vas por la calle y la gente te ve... ¿reacciona asustada?*

(P): *¡No! la gente me dice que ve mi cara normal... no ven lo mismo que yo.*

(T): *Bien... y qué puede significar que no vean lo mismo que tú...*

(P): *No sé... quizás que las cosas se pueden percibir de maneras distintas.*

(T): *De acuerdo, bien... crees que tienes un virus porque ves tu cara desfigurada y por otra parte que nadie más la ve así... ¿conoces algún caso parecido... alguien que perciba algo que la mayoría no percibe?*

(P): *Bueno, mi hermano es esquizofrénico y cuando estaba mal decía que escuchaba cómo Dios le hablaba, pero solo él lo oía, eran alucinaciones.*

(T): *Vale... y ¿por qué tus experiencias no podrían ser explicadas psicológicamente? ¿por qué no sería eso posible?*

(P): *No es posible, bueno quizás habría una posibilidad pero... no, no... me veo la cara tan real que no lo creo posible...*

(T): *Imaginemos por un momento que tus percepciones son síntomas de un trastorno psicológico, ¿qué supondría eso para ti?*

(P): *Ojalá fuera eso verdad, sería un alivio.*

La paciente refería que durante las sesiones sentía alivio por desahogarse y porque se le facilitaba pensar de una manera distinta respecto a sus temores. Pero fuera de ellas seguía angustiada y obsesionada con la idea del virus, así como con imágenes intrusivas de su cara que irrumpían en su conciencia frecuentemente cargadas de intensa ansiedad. Los contenidos abordados y las preguntas formuladas, las repetíamos una y otra vez en posteriores sesiones, en parte debido a la persistencia del delirio, pero también porque la paciente no solía recordar lo hablado en las reuniones anteriores. Otra vía utilizada para favorecer razonamientos basados en evidencias fue la modalidad sensorial táctil:

(T): *Cuando ves tu rostro adviertes que los pómulos han desaparecido... ¿qué crees que pasaría si los palparás con tus dedos?*

(P): *Que tocaría carne y nada más, no tengo huesos, se hundirían.*

(T): *Vamos a comprobarlo, ¡adelante! ¿Qué notas?*

(P): (Tras apretarse la cara con ambas manos) *Noto dureza, noto mis huesos...*

(T): *Bien y qué crees que significa esto.*

(P): *No sé, es todo muy extraño, en el espejo no veo los pómulos.*

(T): *Vamos a ver, ¿qué le ocurre a la cara de la gente cuando engorda?*

(P): *Bueno... que se les redondea, sus faciones quedan más disimuladas.*

(T): *Correcto y ¿cuántos kilos has engordado en los últimos dos años?*

(P): *¡Cerca de veinte!*

(T): *¿Podría ello explicar que tus pómulos estén ahora más disimulados?*

(P): (Pensativa) *...Sí es posible, es lógico lo que plantea... ¡pero yo siento que tengo un virus!*

Durante las últimas sesiones de esta etapa, SM podía llegar a aceptar de manera momentánea la posibilidad de que sus experiencias fuesen la manifestación sintomática de un trastorno psicopatológico pero inmediatamente se adhería a su convicción, que situaba en un 99%. Para SM la visión de su rostro, la aparición de imágenes intrusivas y la emoción de pánico asociada eran las *evidencias* de la existencia del virus.

C. Fase de exposición en imaginación: la decisión de emplear esta técnica se fundamentó en la constatación, fruto del análisis funcional, de que SM sufría una ansiedad intensa y continua que entendíamos era un serio obstáculo para beneficiarse de la reestructuración cognitiva. Por ello, aplicamos una técnica de exposición masiva, en imágenes, a sus temores, con la intención de que se produjera una saciación a los estímulos fóbicos y se redujera la intensidad de la perturbación emocional, de manera que SM

sufriera menos y se facilitara que pudiera llevar a cabo algún tipo de auto-cuestionamiento con respecto a su falsa creencia. La técnica se utilizó de manera sistemática durante cuatro meses. Para ello la ayudamos a precisar los contenidos de la situación a afrontar, situación que debía visualizar y describir verbalmente de manera repetida, concentrada y con los ojos cerrados: *Tengo un virus... está carcomiendo los huesos de mi cara... me está devorando... penetrará en mi cerebro... y moriré*. Pusimos especial cuidado en monitorizar los ejercicios y constatar que SM no incluía maniobras destinadas a neutralizar la ansiedad y que se implicaba emocionalmente en los ejercicios (tono y volumen de la voz). Se realizaron 40 sesiones y en cada una de ellas el número de ensayos fue variable, así como el tiempo de los mismos que progresivamente se iba aumentando (ensayos de 90, 120, 300, 360 y por fin 600 segundos), entre ensayo y ensayo se hacía un descanso de 10 segundos. Antes e inmediatamente después de cada ensayo, SM valoraba su ansiedad en una escala de 10 puntos para así poder constatar la influencia de la exposición en la intensidad de la ansiedad. El resultado fue espectacular, con una importantísima reducción en la escala subjetiva de ansiedad (de valores elevados: 8-9 puntos, a valores mínimos: 2-3 puntos). A partir de la aplicación de esta técnica, SM empezó a cuestionar la validez de la explicación del virus, las imágenes intrusivas decrecieron y mejoró el ánimo. SM daba 60% de credibilidad a la teoría del virus y 40% a la alternativa (modelos psicológicos).

D. Fase de tareas para casa (saciación) y de nuevas sesiones de reestructuración cognitiva. Ambos componentes se iniciaron al mismo tiempo:

- a) *Ejercicios de exposición fuera de la consulta:* SM los practicó de manera sistemática durante cinco meses. Cada día realizaba sesiones de 15 a 20 minutos de duración (no registraba el número de ensayos), las practicaba en casa concentrada y posteriormente aprendió a realizar los ejercicios cuando paseaba por la calle, generalizó la habilidad lo que le fue útil como estrategia de afrontamiento en momentos de incremento de la ansiedad y reactivación de sus síntomas. SM manejaba de forma eficaz la ansiedad y empezó a percibir que tenía cierta capacidad de control, mostrándose más esperanzada y con mejor estado de ánimo. Al final de los cinco meses el grado de convicción en la creencia del virus era del 20% y el de la explicación alternativa (trastorno psicológico) era del 80%.
- b) *Reanudación de las sesiones de reestructuración cognitiva:* durante ocho meses se llevaron a cabo 24 sesiones en las que SM, al estar más tranquila, se implicó de manera más activa. Además el funcionamiento de su memoria había mejorado. Durante esta etapa retomamos el debate empírico desarrollado durante la primera fase de la terapia y, además, empleamos la técnica de encadenamiento de inferencias (por ejemplo, Lega, Caballo y Ellis, 1997) con la intención de identificar y abordar el significado psicológico subyacente a la creencia del virus. En esta técnica se trabaja desde la hipótesis de que las creencias del paciente son verdaderas. 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* si la realidad coincidiera con sus creencias e interpre-

taciones. Las respuestas dadas 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 va identificando alguna creencia disfuncional básica o algún temor básico, los cuales serán objeto de terapia cognitivo-conductual. Veamos:

(T): *Bien, supongamos que realmente tienes un virus, ¿qué pasaría si ello fuera así?*

(P) *Me destruiría, alcanzaría mi cerebro y lo destrozaría*

(T) *¿Y qué ocurriría entonces?*

(P): *¿Qué ocurriría?... pues que el virus me mataría, moriría...*

(T): *Claro... Bien, supón que eso ocurre, ¿qué es lo que crees que más lamentarías perder?*

(P): *Pues... que no vería crecer a mis hijas, estar con ellas...* (Empieza a llorar).

(T): *De acuerdo, volvamos a la realidad, ¿cómo es tu vida ahora?*

(P): *Pues me está pasando eso mismo, no estoy ejerciendo de madre, he fracasado, no estoy con mis hijas más que cuando me visitan en verano, las echo mucho de menos, me gustaría ponerme bien y poder ir a vivir con ellas a los Estados Unidos ...*

(T) *¿Crees que podemos trabajar en esa línea para que te sientas más segura y autónoma?*

(P): *Sí, quiero mejorar y poder disfrutar de mis hijas.*

Al final de la sesiones, la imagen del rostro de SM en los espejos se había normalizado y las imágenes intrusivas aunque no erradicadas, eran ocasionales y no iban aso-

ciadas a perturbación emocional intensa. Además había mejorado el funcionamiento personal participando en actividades ocupacionales y sociales. Por su parte, el grado de convicción en la creencia del virus era 0% y en la explicación alternativa 100%.

Resultados

La tabla 1 muestra los resultados de la PANSS. Después del tratamiento reverteron de forma rigurosa las alteraciones en los ítems *Delirios* y *Comportamiento alucinatorio*, cambios mantenidos en los seguimientos efectuados a los 12, 24 y 36 meses. De manera consistente con la evolución de las alteraciones perceptivas y delirio, se observó la desaparición de los síntomas *Preocupaciones somáticas*, *Contenidos inusuales del pensamiento*, *Ausencia de juicio*, *Preocupación* (ensimismamiento) y *Evitación social activa* (temía que la gente viera su rostro). No se produjeron cambios en el ítem *Sentimientos de culpa* (nunca se perdonó haberse operado).

También se produjeron mejoras en el funcionamiento personal de SM recuperando el interés por el exterior, la realización de actividades ocupacionales y de contactos sociales (ver cambios en los ítems *Retraimiento emocional* y *Retraimiento social*).

Por otra parte, desapareció la depresión y la ansiedad disminuyó a una intensidad ligera, resultados consistentes con la mejora clínica de SM.

Las escalas para la valoración subjetiva de la ansiedad y el estado de ánimo, indicaron 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 (8,5 puntos) y un estado de ánimo muy bajo (1 punto), pero después del tratamiento los valores

Tabla 1. Resultados obtenidos en la PANSS, antes (A) y después del tratamiento (D); y en seguimientos a los 12 meses (S1), 24 meses (S2) y 36 meses (S3). (1: sintomatología ausente; 2: mínima; 3: ligera; 4: moderada; 5: moderada-severa; 6: severa; 7: intensidad extrema).

se invirtieron, con un estado de ánimo bueno (7 puntos, y 7, 6 y 6 en los seguimientos) y niveles de ansiedad mucho más bajos (3,5, 2, 3 y 3 en seguimientos), resultados consistentes con la puntuación en ansiedad y depresión de la PANSS.

Respecto al grado de convicción en la creencia delirante (*Tengo un virus que está*

destrozando los huesos de mi cara y me matará), el cambio fue evidente: 100% antes del tratamiento y 0% (*no lo creo en absoluto*) tras el tratamiento y en seguimientos.

Discusión

Las limitaciones metodológicas de los estudios de caso no permiten atribuir con seguridad la mejoría de la paciente a la terapia, pero que los cambios positivos se den al aplicar TCC tras tres años de farmacoterapia reglada, apunta a tal posibilidad.

En el abordaje de síntomas psicóticos, no solo es importante determinar si las terapias son efectivas sino también la estabilidad temporal de los logros. En SM los cambios se mantenían tres años después de la terapia. No obstante, las medidas antes, después y a los 12, 24 y 36 meses, son evaluaciones transversales con escalas, y no significa que en los periodos entre evaluaciones no se hubiesen producido variaciones en alguna variable medida. De hecho, en determinados momentos de estrés derivado de las dificultades de la vida diaria, se reactivó la creencia del virus o la irrupción involuntaria de imágenes temidas. Esto era de esperar, SM era una mujer vulnerable a los síntomas psicóticos y era probable que reaparesiesen ante la presencia de situaciones estresantes. En nuestra opinión, no se debe esperar que una terapia, aún siendo deseable, deba erradicar de modo definitivo la psicopatología. Lo que sobre todo aporta la terapia es una nueva forma de relacionarse con los síntomas, una forma más funcional de hacerlo. Así, cuando se reactivaban los síntomas, SM ponía en marcha las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la terapia (auto-cuestionamiento empírico y realización de ejercicios de exposición), de esta manera

conseguía controlar y minimizar a los síntomas.

Los pacientes psicóticos son muy vulnerables al estrés y dificultades de la vida, y en muchos casos el apoyo psicológico que precisan es indefinido. De manera similar al tratamiento neuroléptico, que no se plantea como una intervención limitada en el tiempo. En los protocolos de tratamiento de las psicosis debería contemplarse que la TCC reglada fuese un componente esencial. De manera complementaria, se deberían mantener sesiones de seguimiento y apoyo psicológico, junto a las llamadas sesiones de recuerdo (de lo aprendido durante la terapia) que podrían intensificarse en los momentos de incremento del estrés o ante la aparición de francas recaídas psicopatológicas.

Al reducir la intensa perturbación emocional de la paciente, la técnica de exposición masiva en imágenes mostró no solo su bondad terapéutica, sino también ser un elemento facilitador de la reestructuración cognitiva. Creemos importante desarrollar investigaciones que con rigor experimental permitan determinar la eficacia y formas de aplicación de esta técnica a contenidos delirantes y alucinatorios.

Referencias

- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Concepto básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa (edición original, 1995).
- Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R. y Blackwood, N. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.
- Cooklin, R., Sturgeon, D. y Leff, J.P. (1983). The relationship between auditory

- hallucinations and spontaneous fluctuations of skin conductance in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 47-52.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes en un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 275-291.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*, 13 (3), 307-342.
- Cuevas Yust, C., Perona Garcelán, S. y Martínez López, M. J. (2003). Tratamiento cognitivo conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 15 (1), 120-126.
- Chadwick, P. D. J., Birchwood, M. y Trower. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- 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* (págs. 187-204). Madrid: Siglo XXI.
- Freeman, D., Garety, A., Kuipers, E., Fowler, D. y Bebbington, P. A. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347.
- 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.
- 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 XXI.
- Maher, B. A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic explanation. En T. F. Oltmanns y B. A. Maher (Eds.), *Delusional Beliefs* (págs. 15-33). Nueva York: Wiley.
- Morrison (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento (10ª revisión)*. Madrid: Meditor.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS). *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22 (4), 171-177.
- 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 y Cuevas Yust, (2002). Terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con esquizofrenia. *Psicothema*, 14 (1), 26-33.
- Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C., Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia. Guía clínica*. Madrid: Minerva.
- Zubin, J. y Spring, B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.