



Centro Universitario
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Intervención psicológica del Trastorno Formal del Pensamiento

José María Redondo Rincón

Director/a: Iván Blanco Martínez

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

Índice

1.- Introducción	5
2.- Objetivos	7
2.1.- Generales	7
2.2.- Específicos	7
3.- Marco teórico	7
3.1.- Criterios diagnósticos del trastorno formal del pensamiento de la esquizofrenia	8
3.2.- Factores genéticos y ambientales	9
3.3.- Factores cognitivos	9
3.3.1.- Una perspectiva cognitiva de la esquizofrenia	10
3.3.2.- Una perspectiva cognitiva del trastorno formal del pensamiento	10
4.- Metodología	11
4.1.- Terapia cognitiva-conductual según el modelo de Beck et al. (2010)	11
4.2.- Nuevas terapias cognitivo-conductuales	13
4.2.1.- Meditación en consciencia plena (mindfulness)	13
4.2.2.- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	15
5.- Resultados y discusión	17
5.1.- Medicación antipsicótica	17
5.2.- Terapia cognitiva-conductual	17
5.3.- Nuevos tratamientos cognitivo-conductuales	18
6.- Propuesta de intervención	19
6.1.- Aspectos generales	19
6.2.- Objetivos	19
6.3.- Contexto	20
6.4.- Metodología	20
6.5.- Evaluación	21
6.5.1.- Evaluación pretratamiento	21
6.5.2.- Evaluación funcional	21
6.5.3.- Conceptualización del caso	22
6.5.4.- Evaluación postratamiento	22

6.6.- Sesiones de tratamiento	22
6.6.1.- Sesiones individuales	22
6.6.2.- Sesiones en grupo	28
6.7.- Seguimiento	29
7.- Conclusión	30
8.- Referencias	31
9.- Anexos	39

Resumen:

Se presenta un programa de intervención psicológica para el trastorno formal del pensamiento de la esquizofrenia. Se enmarca dentro del modelo cognitivo-conductual. Partimos de las terapias de primera y segunda generación, para ampliarlas con terapias de tercera generación, en nuestro caso la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y el mindfulness. Las terapias cognitivo-conductuales más tradicionales han demostrado en las últimas décadas buenos resultados en el tratamiento de la esquizofrenia, pero en el caso concreto del trastorno formal del pensamiento hasta ahora sólo se han obtenido ciertos resultados útiles. También en los últimos años tanto con la ACT como con el mindfulness se han obtenido resultados esperanzadores en el trabajo con las psicosis. Para la aplicación de todas estas terapias en las psicosis, y de forma concreta en el trastorno formal del pensamiento, serán necesarias hacer las adecuadas modificaciones para que el tratamiento sea seguro y eficaz. Se busca la integración y complementación de las terapias más clásicas con algunas de última generación, a través de la intervención individual y grupal.

Palabras Clave:

Trastorno formal del pensamiento, modelo cognitivo-conductual, terapias de primera y segunda generación, terapia de aceptación y compromiso, mindfulness.

Abstract:

A psychological intervention program for formal thinking disorder of schizophrenia is presented. It is framed within the cognitive-behavioral model. We start from the first and second generation therapies, to expand them with third generation therapies, in our case acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness. The most traditional cognitive-behavioral therapies have shown good results in the treatment of schizophrenia in recent decades, but in the specific case of formal thought disorder so far only certain useful results have been obtained. Also in the recent years, both ACT and mindfulness have had encouraging results in working with psychoses. For the application of all these therapies in psychoses, and specifically in formal thought disorder, it will necessary to make the appropriate modifications so that the treatment is safe and effective. The integration and complementation of the most classic therapies is sought with some of the latest generation, through individual and group intervention.

Key words:

Formal thinking disorder, the cognitive-behavioral model, the first and second generation therapies, acceptance and commitment therapy, mindfulness.

1.- INTRODUCCIÓN:

Muchos años de estudios de genética conductual en forma de investigaciones sobre gemelos, familias y adopciones nos señalan que la esquizofrenia es muy hereditaria (Nicol y Gottesman, 1983; Sullivan, Owen, O`Donovan y Freedman, 2006; Smeland, et al., 2017).

A través del modelo cognitivo-conductual veremos que, al menos hasta cierto punto, es aplicable una terapia psicológica para la esquizofrenia (Beck, Rector, Stolar y Grant, 2010). Se ampliará el tratamiento cognitivo-conductual desde el mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso, (teniendo en cuenta que ésta terapia trabaja con muchos conceptos que derivan de la experiencia con mindfulness). El mindfulness es una terapia donde se integra lo fisiológico y lo psicológico. Esto permitirá extender el abordaje del trastorno más allá de la utilización de la herramienta fundamental de la palabra.

Se buscará que el paciente comprenda cómo influyen sus pensamientos en su mundo emocional y conductual (y a la inversa, sus conductas en su mundo interior). Otro objetivo básico es que el paciente no se identifique, en principio, con sus propios pensamientos, sino que se considera que hay una instancia que está más allá de los propios pensamientos, quien decide cómo gestionar estos pensamientos, tal como se establece desde la ACT con su concepto del “yo como contexto”. Es decir, en principio no somos los pensamientos (Kabat-Zinn, 1990).

He hecho una propuesta de intervención para el trastorno formal del pensamiento de la esquizofrenia, partiendo de la terapia cognitiva-conductual, siguiendo el modelo de Beck et al. (2010).

El trastorno formal del pensamiento se refiere al “discurso desorganizado”, un síntoma positivo de la esquizofrenia, teniendo en cuenta los criterios de *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Ed. (DSM-5)*. Por tanto, el trastorno formal del pensamiento se manifiesta como un trastorno del habla.

Bleuer (1911/1950) observa que el pensamiento desorganizado es un síntoma nuclear de la esquizofrenia. Otros muchos autores citan a las dificultades cognitivas como rasgo central de la esquizofrenia (por ejemplo MacDonald y Carter, 2002; Marder y Fenton, 2004; Gur y Gur, 2005; Keefe y Eesley, 2006).

La terapia farmacológica para la esquizofrenia, a parte de los serios efectos secundarios que ocasiona, no mejora algunos de los síntomas más discapacitantes, como el deterioro cognitivo. Estas limitaciones, unida a la baja calidad de vida de la mayoría de los individuos que padecen esquizofrenia, ha conducido a la terapia cognitivo-conductual como tratamiento cooperante (Kingdon y Turkington, 1994; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Durante más de treinta años se han hecho estudios que demuestran la eficacia de la terapia cognitiva-conductual aplicada a la esquizofrenia (Naeem, Farooq y Kingdon, 2014). También los desarrollos adicionales de este enfoque, como las terapias de tercera generación, se ha aplicado a estos pacientes y los resultados son esperanzadores. Ejemplos de esto es el mindfulness, adaptado a las características de esta población (Khoury, Lecomte, Gaudiano y Paquin, 2013), o la terapia de aceptación y compromiso (ACT), también adaptada (A-Tjak et al., 2015).

El trastorno formal del pensamiento es probablemente el síntoma de la esquizofrenia que se ha investigado menos en el campo de la terapia cognitivo-conductual. En la mayoría de estudios hechos en este campo se descarta a los individuos que manifiestan un posible trastorno formal del pensamiento relevante, debido a que este trastorno obstaculiza el proceso mismo de terapia.

El tratamiento cognitivo-conductual, siguiendo el modelo de Beck et al. (2010), aplicado al trastorno formal del pensamiento, podría ser más efectivo añadiendo conceptos y técnicas que provienen de las nuevas terapias cognitivo-conductuales de tercera generación. Voy a emplear el mindfulness, que es la base de muchas de estas nuevas terapias, adaptado específicamente para el tratamiento del trastorno formal del pensamiento. Además me basaré en la terapia de aceptación y compromiso, también adaptada específicamente al tratamiento de dicho trastorno.

No he encontrado ningún estudio donde se adapten mindfulness o la terapia de aceptación y compromiso para trabajar de forma específica con el trastorno formal del pensamiento.

Por tanto, en esencia, mi objetivo es crear un programa de intervención del trastorno formal del pensamiento de la esquizofrenia, donde se integran la terapia cognitiva-conductual, siguiendo el modelo de Beck et al. (2010), con dos de las terapias cognitivas-conductuales de tercera generación más significativas, el mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso.

Dentro de la perspectiva cognitivo-conductual en sentido amplio, es decir, teniendo también en cuenta las nuevas terapias de tercera ola, y aún considerando de que puedan haber ciertas incongruencias entre estas nuevas terapias y las más tradicionales (lo que no quiere

decir que no se puedan complementar o integrar), algunos de sus conceptos pueden ser muy útiles de cara a una mejor comprensión del trastorno formal del pensamiento y, por lo tanto, para poder aplicar un tratamiento más eficaz. Un aspecto central es la diferenciación de tres tipos de yo, “el yo como contenido”, “el yo como proceso” y el “yo como contexto” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Desde esta perspectiva cognitivo-conductual el trastorno formal del pensamiento se podría interpretar como un “desorden del yo” (García-Montes, Pérez-Álvarez & Perona-Garcelán, 2012). Sería un trastorno del yo caracterizado por un sentimiento de uno mismo disminuido y por una pérdida de contacto con la realidad.

Es necesario tener muy presente la importancia de adaptar la práctica del mindfulness a los pacientes con esquizofrenia, con el fin de que no se exacerben algunos de sus síntomas, no sólo los síntomas positivos (Walsh y Roche, 1979; Shapiro, 1992; McGee, 2008; Chadwick, 2014).

2.- OBJETIVOS:

2.1. GENERALES:

- Hacer una propuesta de intervención terapéutica individual y grupal para el trastorno formal del pensamiento en la esquizofrenia
- Integrar la terapia de aceptación y compromiso en las terapias cognitivo-conductuales de primera y segunda generación para el tratamiento del trastorno formal del pensamiento
- Adaptar la meditación mindfulness en la terapia cognitiva-conductual aplicada al trastorno formal del pensamiento de la esquizofrenia.

2.2. ESPECÍFICOS:

- Saber distinguir las diferentes fases en una intervención psicológica
- Conocer algunos de los métodos e instrumentos de evaluación del trastorno formal del pensamiento de la esquizofrenia
- Diferenciar entre línea base y pretest
- Hacer hipótesis sobre las relaciones entre estímulos y síntomas del trastorno
- Programar una evaluación
- Programar un tratamiento individual y grupal
- Realizar una atención integral, donde se coordine la intervención farmacológica con la terapia psicológica y la atención institucional y familiar
- Establecer una atención individualizada
- Diseñar un seguimiento.

3.- MARCO TEÓRICO:

3.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA:

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5), uno de los criterios que pueden definir a la esquizofrenia es el “discurso desorganizado” (por ejemplo, disgregación o incoherencia frecuente). Este criterio se considera al mismo nivel de importancia que los delirios y las alucinaciones.

El trastorno formal del pensamiento se manifiesta como discurso desorganizado. El habla supuestamente expresa el pensamiento desorganizado en términos de “proceso”, en oposición a los “contenidos” del pensamiento. También, siguiendo los criterios del DSM-5, el trastorno formal del pensamiento es considerado un síntoma positivo.

Algunas críticas (Jones, 2012) consideran que la clasificación de los trastornos mentales del DSM no están separados por límites claros. Los delirios y las alucinaciones, por ejemplo, se pueden observar en otros trastornos, tanto psicológicos como neurológicos (Won y Van Tol, 2003), y lo mismo pasa con los síntomas referidos a la desorganización (Brown y Pluck, 2000).

Uno de los objetivos de las investigaciones ha sido averiguar si los síntomas se pueden agrupar de alguna forma. Como consecuencia de estudios factoriales se ha llegado a la conclusión de que los síntomas se pueden clasificar al menos en tres dimensiones (Barnes y Liddle, 1990; Andreasen et al., 2005): 1) síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios); 2) síntomas de desorganización (conducta extraña y trastorno formal del pensamiento); y 3) síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia y anhedonia). Este acuerdo permite abrir la puerta para establecer criterios específicos sobre la remisión del trastorno. Bleuler (1911/1950) refiere que el pensamiento desorganizado es un síntoma nuclear de la esquizofrenia, primero porque está presente mientras dura el trastorno, y en segundo lugar porque otros síntomas son consecuencia de él.

El trastorno formal del pensamiento lo forman síntomas positivos y negativos. Los positivos lo componen dos grupos: asociaciones flojas (se refiere a diferentes maneras de desviarse del flujo de la conversación), y el uso idiosincrásico del lenguaje (Andreasen y Grove, 1986; Peralta, Cuesta y León, 1992). Entre los negativos están la pobreza del habla y el bloqueo del pensamiento (Beck et al., 2010).

Andreasen (1979) refiere diferentes ejemplos de asociaciones flojas, del uso idiosincrásico del lenguaje y de síntomas negativos del trastorno del pensamiento. Como

ejemplos de las asociaciones flojas propone: las ideas se salen de su carril para pasar a otro con el que tiene una relación oblicua o ninguna relación (descarrilamiento), se responde a una pregunta de manera oblicua, tangencial o, incluso, de forma irrelevante (tangencialidad), no se sigue una cadena de pensamiento hasta su conclusión natural (pérdida de objetivo), una serie de palabras o de frases aparecen unidas de manera arbitraria o aleatoria (incoherencia), se llega a conclusiones que no se derivan lógicamente del razonamiento anterior (falta de lógica). Entre los ejemplos que considera del uso idiosincrásico del lenguaje: formación de palabras nuevas (neologismos), palabras viejas que se emplean de una manera nueva, o palabras nuevas que se crean siguiendo las reglas convencionales de la formación de palabras (aproximaciones verbales). Como ejemplos que presenta de los síntomas negativos del trastorno del pensamiento: interrupción de un flujo de habla antes de que se haya completado un pensamiento o una idea (bloqueo), el habla transmite poca información, o el lenguaje tiende a ser impreciso, con frecuencia demasiado abstracto o demasiado concreto, repetitivo o estereotipado (pobreza de contenido del habla).

3.2. FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES:

La esquizofrenia es un trastorno de gran complejidad en cuyo origen están implicados factores genéticos y ambientales. Alrededor de cien años de estudios de genética conductual en forma de investigaciones sobre gemelos, familias y adopciones, nos indican que la esquizofrenia es muy hereditaria (Nicol y Gottesman, 1983; Sullivan, Owen, O`Donovan y Freedman, 2006). Sin embargo, todavía no se saben los genes concretos que la desarrollan y cuál es el proceso (Gottesman y Gould, 2003; Crow, 2008; Smeland, et al., 2017). Existen abundantes pruebas que implican factores ambientales en el origen de la esquizofrenia. Por ejemplo, en un estudio (Weiser, et al., 2007), se observó que el estrés de la vida urbana en combinación con la predisposición genética podía desarrollar la esquizofrenia.

En el trastorno formal del pensamiento el habla se hace más desordenada cuando los sujetos padecen estrés, en respuesta ante determinados temas o situaciones delicadas. Por ejemplo cuando la persona es criticada por sus familiares (Rosenfarb, Goldstein, Mintz y Nuechterlein, 1995), o cuando la conversación tiene importancia a nivel emocional (Docherty, Cohen, Nienow, Dinzeo y Dangelmaier, 2003). Dentro de la terapia, la falta de confianza en el terapeuta, los temas “difíciles” y la incapacidad de entender lo que está narrando, puede aumentar su estrés y por tanto ser factores que contribuyan al agravamiento de los síntomas (Beck, et al., 2010).

3.3. FACTORES COGNITIVOS:

3.3.1. Una perspectiva cognitiva de la esquizofrenia:

Kraepelin (1919/1971) y Bleuler (1911/1950) refieren que los pacientes esquizofrénicos presentaban ciertas dificultades en los procesos cognitivos de memoria, atención y resolución de problemas. En los años 40 se llevaron a cabo estudios rigurosos que permitieron hacer observaciones semejantes. En distintas revisiones (Green, 1996; Green, Kern, Braff y Mintz, 2000), también se establece que el deterioro cognitivo es un buen predictor de las consecuencias negativas a nivel laboral y social en general, que sufren la gran mayoría de las personas con esquizofrenia. En el año 2007 se hizo una revisión de pruebas realizadas en 12 campos cognitivos (inteligencia general, memoria, lenguaje, velocidad de procesamiento, etc). Se observó que los sujetos sanos tenían mejores resultados que los pacientes en todos estos campos (Reichenberg y Harvey, 2007). Como consecuencia de estas y otras pruebas muchos autores consideran a las dificultades cognitivas como elemento nuclear de la esquizofrenia (por ejemplo, MacDonald y Carter, 2002; Marder y Fenton, 2004; Gur y Gur, 2005; Keefe y Eesley, 2006; Rodríguez-Jiménez, et al., 2013).

El modelo cognitivo básico considera que los distintos hechos o situaciones estimulan los pensamientos automáticos, dando significado psicológico a los hechos, que a su vez provocan respuestas emocionales y conductuales. Los pensamientos automáticos parten de creencias o supuestos, eso hace que de forma implícita el sujeto se guíe por ellos. Las emociones, además de su experiencia consciente (elemento cognitivo de la emoción), en general dan lugar a respuestas fisiológicas. Todos estos pensamientos, emociones y conductas a su vez pueden convertirse en nuevos pensamientos, emociones y conductas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck et al., 2010).

Cuando los déficits cognitivos y el estrés se combinan, pueden provocar una sobreactivación de los supuestos disfuncionales y un ahorro de recursos que lleva a la aparición de los síntomas que preceden a la psicosis, así como a una distorsionada interpretación de la realidad propia de la psicosis florida y a una quiebra semántica característica del trastorno formal del pensamiento (Beck et al., 2010).

3.3.2. Una perspectiva cognitiva del trastorno formal del pensamiento:

El proceso en el trastorno formal de pensamiento puede ser similar en varios aspectos al de la tartamudez, en el sentido de que las situaciones estresantes provocan o aumentan ambos tipos de síntomas. Estos fenómenos pueden producirse prácticamente en cualquier persona bajo determinadas circunstancias de estrés. La diferencia es que quienes sufren los

respectivos trastornos tienen un umbral más bajo de activación de los síntomas en relación al estrés (Blood, Wertz, Blood, Bennett y Simpson, 1997).

La respuesta al estrés, en el trastorno formal del pensamiento, tiene significado psicológico. Este significado se puede determinar explorando los pensamientos automáticos que preceden a la aparición o al agravamiento de los síntomas de desorden del pensamiento. Los síntomas pueden ser un medio por el que los pacientes evitan determinados puntos desagradables (Beck et. al., 2010).

Como en los trastornos de ansiedad y de depresión, determinados tipos de pensamientos automáticos y de creencias distorsionadas pueden llevar al desarrollo de los síntomas del trastorno del pensamiento. Actualmente no existen estudios que relacionen contenidos específicos de los pensamientos automáticos directamente relacionados con la presencia del trastorno formal del pensamiento. Sin embargo, podría hipotetizarse que algunos pensamientos automáticos que preceden a la activación del trastorno formal del pensamiento podrían ser semejantes a: “no debería decir lo que estoy pensando”, “la situación que estoy pensando me supera”, “no sé qué debo decir”, etc.

Es posible que existan también muchos pensamientos automáticos no específicos que contribuyan a la aparición o la exacerbación del trastorno formal del pensamiento.

Si el contexto no responde de forma adecuada, probablemente el paciente desarrolle a su vez creencias derrotistas respecto a su eficacia como interlocutor, así como un sentimiento general de aversión, lo que llevará a evitar los contactos sociales, y a que aumente el estrés cuando se vuelva a encontrar ante situaciones similares.

Algunas teorías han hipotetizado que los contenidos del trastorno del pensamiento pueden estar influidos por la presencia de cogniciones hiperprominentes. Estos son pensamientos automáticos que tienen una relevancia personal para el paciente, que tienden a expresar un valor emocional. La mayoría de las personas, si el contexto requiere su inhibición, son capaces de inhibir tales cogniciones. En los sujetos con trastorno formal del pensamiento, las cogniciones hiperprominentes invadirán con mayor frecuencia el discurso, aunque no de forma evidente o comprensiva, sino a través de asociaciones flojas o mediante el uso idiosincrásico de las palabras (Beck et al., 2010).

4.- METODOLOGÍA:

4.1.-TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL SEGÚN EL MODELO DE BECK ET AL. (2010):

En este enfoque se nota la influencia de autores clásicos como Adolf Meyer, Frieda Fromm-Reichmann, Sylvano Arieti o el mismo Freud (sobre todo en su etapa de apoyo a la Psicología del Yo). Influencias más recientes son el modelo de la depresión de Beck (Beck, et al., 1979) y el de la ansiedad de David Clark (Clark, 1986).

Los terapeutas deben ser conscientes de sus propias creencias y de sus posibles prejuicios, y deben tener un contexto (en la mayoría de los casos será una supervisión) en el que puedan hablar de aquellas creencias suyas que pueden representar obstáculos para la implicación y el proceso terapéutico.

El tratamiento comienza con la construcción de un buen rapport. La alianza terapéutica se debe cultivar en todas las sesiones. Crear un clima de respeto, seguridad, aceptación y confianza mutua es indispensable para llevar de forma eficaz la terapia. Elementos clave de la colaboración serán actitudes de igualdad, trabajo en equipo, reparto de la responsabilidad por el cambio, consideración positiva incondicional y ausencia de juicios de valor. Es importante tener en cuenta que la escucha atenta, con manifestaciones de empatía y aceptación, pueden producir por sí misma mejoría directa (Sensky et al., 2000).

Se aplicará el descubrimiento guiado o mayéutica socrática, utilizando un estilo de preguntas moderadas.

El terapeuta construye motivación estableciendo, en lo posible, objetivos en común con el paciente. También se construye motivación comunicando la base racional de la terapia, donde pueden producirse mejorías a medida que los pacientes comprenden el origen de su malestar. La motivación para el tratamiento también mejorará si el terapeuta está dispuesto a prestar ayuda de cualquier manera posible, más allá de los síntomas objetivo familiares.

Al comienzo del tratamiento pueden ser necesarias algunas estrategias de afrontamiento para reducir rápidamente el estrés con el fin de que se pueda seguir adelante con la terapia. Empezar con puntos de la agenda que tienen menos fuerza emocional, contribuye mucho a minimizar el estrés al principio del proceso terapéutico. Las primeras sesiones serán abiertas y de exploración, sin un programa fijo sobre cuestiones clínicas. Cuando resulte adecuado se implementará psicoeducación, incluida la normalización. La explicación del modelo cognitivo se puede hacer en una sesión, o de puede ir desarrollando a lo largo de varias sesiones, según se vea la disponibilidad del paciente. Se harán planteamientos conductuales y cognitivos específicos según las necesidades.

El tratamiento se centra en examinar las creencias, supuestos, actitudes y esquemas disfuncionales, así como los pensamientos automáticos irracionales. Se hacen con cierta frecuencia resúmenes encapsulados de lo que se acaba de tratar. A veces hay que limitarse a objetivos modestos y específicos, aunque no siempre es así.

En el trabajo con el trastorno formal del pensamiento es necesario un componente adicional de técnicas dirigidas específicamente a este trastorno, para que la terapia se pueda desarrollar sin los obstáculos de contaminación que provoca este síntoma. Además de debe hacer el esfuerzo adicional para precisar el significado, si es que existe, que puede estar oculto en el habla desordenada. El tratamiento se centrará también en las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales ante el síntoma mismo.

Para reducir el trastorno del pensamiento es preciso atender a otros síntomas de la esquizofrenia como las alucinaciones, los delirios o los síntomas negativos, así como también la depresión, la ansiedad o la ira. Se empleará un planteamiento paso a paso y a saltos, a base de avanzar en una parte para facilitar el progreso en las demás partes, oscilando entre el trabajo con unos síntomas y con otros.

Muchos de los planteamientos ya descritos en distintos manuales de técnicas cognitivo-conductuales se podrían aplicar para que los pacientes sean conscientes de que su forma de hablar resulta difícil de entender para los demás, así como para mejorar su comunicación. Si un paciente ya utiliza estrategias compensadoras útiles, éstas se pueden reforzar incorporando los planteamientos estándar.

4.2.-NUEVAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES:

Según Pérez-Álvarez (1996 y 2006) en la actualidad se están dando una tercera generación de tratamientos dentro del modelo cognitivo-conductual. Este movimiento asume como propia una elevada carga subjetiva, a diferencia del modelo conductual inicial, centrado en el estudio científico de las estrategias de cambio directo del comportamiento humano. Parece que con esta asunción los investigadores implicados pretenden abordar la parte del comportamiento que hasta ahora la psicología científica había relegado porque el método no permitía su control (Olivares et al., 2013).

Estos tratamientos procuran alentar el desarrollo de repertorios más amplios, flexibles y efectivos en vez de apostar por un enfoque en el que se trata de eliminar problemas definidos de forma estrecha, así como enfatizar la relevancia que poseen las cuestiones que surgen

durante el tratamiento, tanto para los clínicos como para los mismos clientes (Hayes, 2004, pp.5-6).

4.2.1.- Meditación en consciencia plena (mindfulness):

Muchos de los modelos de las nuevas terapias tienen en común la utilización de conceptos basados en la técnica de mindfulness (Pérez-Álvarez, 2014). Un ejemplo es el concepto de “aceptación”, que es común a casi todas ellas. Con la meditación mindfulness se pretende lograr su aprendizaje, aceptar la experiencia que se vive en “el aquí y ahora”, sin juzgarla. Se trata de que el paciente/cliente entrene la atención, amplíe la consciencia, a través de la observación de los propios pensamientos, emociones y sensaciones. Aprenda a diferenciarse de ellos para no dejarse arrastrar por ellos de forma automática.

Son necesarias hacer algunas modificaciones en los procedimientos más clásicos, como el de Delgado et al. (2012), para trabajar con los pacientes esquizofrénicos, siguiendo las recomendaciones de diferentes autores.

Crear un entorno terapéutico tranquilo, seguro y validante para que el paciente se sienta a salvo y confíe en el terapeuta es un paso crucial para conseguir los cambios terapéuticos (Pinto, 2009).

Puede representar una nueva posibilidad para manejar las experiencias estresantes. La práctica del mindfulness puede ayudar a no sentirse abrumados por los pensamientos, sentimientos, sensaciones, voces, imágenes, etc., con las que se pueden encontrar. Es muy difícil impedir que algo se introduzca en nuestras mentes. El objetivo es aprender a no reprimir, evitar, o intentar hacer desaparecer determinadas experiencias internas. Se trata de aprender a relacionarse con ellas de una manera distinta, con atención, curiosidad, incluso con las que son desagradables. Esto les lleva a observar cómo se van transformando, hasta desaparecer, estos pensamientos, sentimientos, etc. (Chadwick, 2006).

Se invita a los pacientes a dedicar un tiempo a centrarse en su respiración y en sus cuerpos, con el objetivo de aumentar sus niveles de consciencia. Después la atención se lleva suavemente hacia lo que surja (pensamientos, emociones, sensaciones,...), sea agradable o no, sin oposición. Simplemente se observan estas experiencias de forma descentrada. Se pretende que los pacientes sean capaces de aceptarlas sin adherirse a su contenido, manteniéndose desapegados de ellas.

Es posible que a los pacientes les cueste “dejarlo pasar todo”, ya que pueden esperar consecuencias negativas al abandonar su lucha o quizás estén tan acostumbrados a permanecer

anclados en esas perspectivas que temen perder algún elemento fundamental de sus vidas (Chadwick, 2006).

Se valida una consciencia descentrada de cualquier pensamiento, sentimiento, sensación o juicio reactivo. Se les anima a mantener la conexión con su cuerpo y con la respiración en particular.

Es probable que los pacientes sientan que no sea posible seguir el programa. Y eso, a su vez, puede alimentar su tendencia a elaborar juicios negativos sobre sí mismos. Por tanto, debe hacerse mucho hincapié en que más que un objetivo a conseguir es un proceso que se debe seguir. Su perseverancia se refuerza continuamente.

Los pacientes deben ser guiados lenta y gradualmente por el camino de la consciencia. Cualquier dificultad que surja, v. gr., las distracciones por pensamientos o voces intrusivas, se comparte y se normaliza.

Se les recuerda que los pensamientos no tienen ningún poder directo sobre sus conductas. De hecho, uno de los objetivos básicos es acostumbrarse a ver los pensamientos, en principio, como sólo pensamientos, en lugar de realidades de lo que parecen significar (Bach y Hayes, 2002).

Un problema común de los pacientes psicóticos es un sentido de fragmentación y desestructuración corporal en forma de cenestesia alterada. Se trata de una percepción alterada del cuerpo que manifiesta en contextos interpersonales de estrés elevado (Kuipers y Bebbington, 1988; Fallon, 1988). Es probable que su sentimiento de fragmentación corporal sea una metáfora de las múltiples representaciones mentales no integradas de sí mismo. La técnica del “escaneo corporal” les puede ayudar a recuperar el sentido de la unidad corporal (Kabat-Zinn, 2004). Se les invita a que observen todo lo que ocurre a nivel corporal, a captar cada una de las sensaciones procedentes de cada una de sus partes, a ser conscientes de sus sentidos en cada momento, que se concentren en lo que están percibiendo, sin juzgarlo. Esto también puede ayudar a tener un sentido más estable de sí mismos, a protegerlos de la disgregación y la disolución del yo, frente a los acontecimientos estresantes del día a día (Pinto, 2009). La técnica del “escaneo corporal”, y el mindfulness en general, permite ir desarrollando la identificación con el propio cuerpo, el “soy el cuerpo”, frente al “tengo un cuerpo”. “El cuerpo que soy”, un cuerpo sujeto, permite los encuentros con otros cuerpos sujetos, en contraposición con “el cuerpo que tengo”, un cuerpo objeto, que es pasivo a todo lo que procede de alguien distinto a sí mismo (Merleau-Ponty, 1985; Callieri, 1989).

Al principio no conviene extender la práctica más allá de 10 minutos por sesión, de lo contrario se aumenta el riesgo de exposición ante ciertas experiencias internas, que si no son tratadas ni comprendidas adecuadamente pueden producir gran ansiedad (Chadwick, 2014).

Estas experiencias puede llevar al paciente a ver la meditación como algo muy difícil y estresante.

Conviene evitar los silencios prolongados durante las sesiones. El terapeuta da de forma continua, al menos cada 30 o 60 segundos, breves instrucciones a los pacientes, a fin de estimular continuamente su atención, disminuyendo así su desapego del mundo real, su sensación de alienación y de no pertenencia (Chadwick, 2014). Por la misma razón, la práctica en casa no se debe de recomendar a todos los pacientes, en especial al principio de la terapia, cuando se considera que no disponen de suficientes habilidades metacognitivas, de descentramiento y de autocontrol (Pinto, 2009).

Las guías verbales hacen explícitas las sensaciones psicóticas con el fin de normalizarlas. Por ejemplo, si se oyen voces se considerarán una experiencia más entre otras (Chadwick, 2014).

4.2.2.- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):

Uno de los modelos que ha cobrado gran importancia, dentro de estas nuevas terapias, es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Luciano, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006). Es un desarrollo del contextualismo funcional, proveniente del conductismo radical skinneriano (Dougher y Hayes, 1999; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993).

En ACT no se promueve la implementación de un tratamiento rígidamente estructurado, con el objetivo de poder generar condiciones de flexibilidad psicológica. Los objetivos se trabajarán según lo requiera la situación dentro del proceso terapéutico (Coletti y Teti, 2015). Se considera que todos los objetivos están mutuamente relacionados (García y Pérez, 2016).

Para la ACT el mecanismo básico que provoca los trastornos psicológicos es la inflexibilidad cognitiva (Luciano y Hayes, 2001). La inflexibilidad cognitiva se podría definir como la imposibilidad de responder de forma efectiva frente a las diferentes circunstancias que surgen a lo largo de la vida, y emergería en el proceso de evitación experiencial (Coletti y Teti, 2015). La evitación experiencial ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (p. ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales), e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y los contextos que los ocasionan (Hayes et al., 1999). La evitación de los eventos o experiencias no es un problema en sí mismo, pero se convierte en un problema cuando impide actuar de modo consistente con los propios valores.

Según algunos autores los intentos de control cognitivo, emocional o conductual provocan efectos paradójicos, por ejemplo un exceso de impulsividad o un déficit en la inhibición de la conducta (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987; Cioffi y Holloway, 1993; Hayes et al., 1999). Por tanto un objetivo básico para la ACT será fomentar el autocontrol dentro de la flexibilidad cognitiva. Se desarrolla la habilidad de centrarse en el momento presente y según la situación demande, cambiar o persistir en el comportamiento, pero con el horizonte puesto en lo que la persona desea y valora. El proceso de terapia se dirige al desarrollo de una actitud de aceptación. La aceptación no significa resignación o fatalismo, sino reconocer a las experiencias tal como son, con plena consciencia, y con una actitud receptiva y curiosa, sin defensas innecesarias y contraproducentes (Pérez-Álvarez, 2014).

Para la consecución de los objetivos se utilizan técnicas como las metáforas, paradojas y ejercicios experienciales. Estas técnicas procedentes de la ACT se adaptan a las características individuales de cada paciente. Así por ejemplo, una misma metáfora se puede utilizar con funciones diferentes en distintos pacientes y metáforas distintas, aplicadas en casuísticas aparentemente diferentes, pueden cumplir funciones similares. El terapeuta no dirá al paciente qué es lo que tiene que hacer ni cómo ha de hacerlo, se limitará a ir introduciendo preguntas de clasificación, metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (Olivares et al.; 2013)

Las metáforas son construcciones verbales que permiten cuestionar la lógica que utiliza el paciente como mecanismo de control, pero valida el conocimiento que proporcionan las contingencias directamente experimentales. Las metáforas pueden influir profundamente al no provocar defensas verbales en el paciente (Hayes et al., 1999). Las paradojas también son construcciones verbales pero, a diferencia de la metáfora, subrayan las contradicciones entre las propiedades literales y funcionales de las reglas de actuación (por ejemplo, “sigue reglas para ser espontáneo” o “prohibido prohibir”) (Hayes et al., 1999). Con los ejercicios experienciales, inspirados en el mindfulness, el paciente se expone en vivo a los acontecimientos internos (pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones, imágenes,...), sean agradables o desagradables, reduciendo o eliminando así las respuestas de escape/evitación (Olivares, 2013).

Se procura que el paciente sea consciente de las estrategias que hasta ahora ha utilizado para afrontar diferentes situaciones y que, sin embargo, han resultado poco provechosas, e incluso contraproducentes, dentro de su proyecto vital. Se pide al paciente que especifique algunas de las actuaciones que ha hecho con el fin de mejorar su vida. Se busca su sentido y se reconoce el esfuerzo que ha puesto el paciente en llevarlas a término. Este objetivo en el lenguaje de la ACT se denomina “promover desesperanza creativa” (Hayes et al., 1999).

En ACT se consideran distintas dimensiones del yo; el yo como contexto, el yo como contenido y el yo como proceso (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002). El yo como contexto se refiere al campo de consciencia y a un sentido de identidad personal que ha permanecido a lo largo del tiempo, el yo que observa y decide. El yo como contenido se refiere a los distintos estados por los que uno puede pasar (tristeza, alegría, angustia, etc.). El yo como proceso alude al transcurrir de los distintos contenidos del yo.

La fusión cognitiva se define como la tendencia a identificarse con los diferentes contenidos cognitivos y la excesiva e inadecuada regulación de la conducta por procesos verbales (reglas), más que por las contingencias del entorno (Hayer, Strosahl y Wilson, 2011). Esta excesiva identificación con los contenidos de la consciencia dificulta la experiencia de estar presente en el aquí y ahora, facilitando que la mente focalice la atención en eventos pasados o en aquellos que potencialmente puedan ocurrir en el futuro (Hayes et al., 1999). Se asume que la fusión cognitiva propicia inflexibilidad cognitiva y evitación experiencial (Ramos, Rodríguez, Sánchez y Mena, 2018).

El proceso terapéutico tiene como propósito ayudar a que el paciente clarifique cuáles son sus valores, porque serán éstos los que habrán de guiarle por su trayectoria vital (Coletti y Teti, 2015). Tanto la fusión cognitiva como la evitación experiencial llevan al sujeto a vivir de un modo poco consistente con aquello que valora (Harris, 2009). Los valores del paciente esquizofrénico se caracterizan por la “antagonomía”, esto es por la negativa a conceptualizar el mundo desde el punto de vista del sentido común, manteniendo un “núcleo duro de valores” que le llevan a rectificar la realidad para acomodarla a sus ideales, proporcionándole así un sentido de identidad, que de otra manera lo verían como una amenaza a su individualidad. Por tanto, en el caso del paciente psicótico la dificultad no sería tanto que careciera de valores como que éstos estuvieran desvinculados de sus actividades prácticas en el mundo (García y Pérez, 2016).

Se promueven conductas comprometidas con los valores del paciente, conductas coherentes con aquello que él valora (Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders y Silva-Oliveira, 2017). Esto implica el desarrollo de la voluntad (García y Pérez, 2016). Tal como consideran Hayes et al. (1999), la voluntad va más allá de las ganas que se tienen. Si conseguir determinado objetivo requiere sufrir, la voluntad significaría aceptar el sufrimiento con el fin de alcanzar algo que se valora de verdad.

5.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

5.1.- MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA:

La medicación antipsicótica, que se comenzó a aplicar hace poco más de cincuenta años, a parte de los serios efectos secundarios que ocasiona (riesgo de contraer diabetes, hipotensión ortostática, mareos, aumento de peso, sedación,...), no mejora algunos de los síntomas más discapacitantes como, por ejemplo, el deterioro cognitivo y los síntomas negativos (Beck et al., 2010). Son por tanto causantes de gran malestar físico y emocional. No obstante, la medicación será necesaria para facilitar el acceso al paciente. Con la aplicación del tratamiento psicológico se pretende no depender tanto de la medicación. En todo caso será necesario una estrecha colaboración con el profesional de la psiquiatría.

5.2.- TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

Las limitaciones ya comentadas de los fármacos antipsicóticos ha sido una de las razones básicas para el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento coadyuvante de los individuos a los que se ha diagnosticado esquizofrenia (Chadwick et al., 1996).

Durante más de treinta años se han ido acumulando gran cantidad de estudios que demuestran su eficacia en la esquizofrenia. Por ejemplo, en un metaanálisis de 13 estudios aleatorizados controlados con un total de 1484 pacientes, se llegó a la conclusión de que con la aplicación de esta terapia se obtienen mejorías persistentes de los síntomas positivos de la esquizofrenia. La terapia cognitivo-conductual, en comparación con ciertos tratamientos de control, presenta por término medio un 0.5 de desviación típica en la mejoría de los síntomas psicóticos durante la fase aguda, un 0.33 de desviación típica en la reducción de los síntomas en la fase crónica y un 0.33 de desviación típica en la mejoría experimentada en los períodos de seguimiento posteriores al tratamiento (Zimmermann, Favrod, Trieu y Pomini, 2005). También se han hecho pruebas con los síntomas negativos y, en el mismo sentido, se han visto resultados favorables (Rector, Seeman y Segal, 2003). El resultado más significativo en este estudio fue el nivel de reducción de los síntomas negativos, en comparación con el tratamiento habitual, a lo largo de un período de nueve meses.

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones se han realizado con pacientes esquizofrénicos con síntomas residuales. Y son muy raras las pruebas con el trastorno formal del pensamiento. Otra limitación es que en general los estudios se realizan en una media de veinte sesiones, repartidas a lo largo de un tiempo que varía entre los seis y los nueve meses (Kuipers et al., 1997; Senky et al., 2000; Naeem et al., 2014). Dada en general la evolución de los sujetos con esquizofrenia sospechamos que para este tipo de pacientes sería aconsejable mayor

número de sesiones y realizadas con mayor frecuencia (Beck et al., 2010). En este sentido cabe recordar el estudio de Turkington et al. (2008), que informaron de los buenos resultados en el tratamiento de síntomas de la esquizofrenia refractarios a la medicación antipsicótica mediante terapia cognitivo-conductual (TCC), realizada a lo largo de doce meses. En comparación con el tratamiento habitual la TCC mostró evidencia de un efecto significativamente mayor y más duradero sobre la gravedad general de los síntomas, incluso sobre la severidad de los síntomas negativos, a lo largo de un seguimiento de cinco años.

A pesar de que se ha hallado que las técnicas cognitivo-conductuales empleadas específicamente para el trastorno formal del pensamiento han resultado útiles en ciertos casos, no se ha puesto a prueba su efectividad de manera sistemática. Se precisan estudios de resultado en relación al trastorno formal del pensamiento, para poner al mismo nivel de conocimiento que los demás síntomas de la esquizofrenia sobre la utilidad de la TCC (Beck et al., 2010).

5.3.- NUEVOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES:

El mindfulness se ha aplicado a un gran número de trastornos (ansiedad, depresión, conductas adictivas, estrés, etc.). Sin embargo, su aplicación a las psicosis ha sido más lenta porque se pensaba que podría ser contraproducente, exacerbando los síntomas positivos. Hoy día la práctica del mindfulness se utiliza en diferentes tratamientos de la psicosis, pero se debe adaptar en formas específicas (Walsh y Roche, 1979; Shapiro, 1992; McGee, 2008; Chadwick, 2014). Los resultados son esperanzadores como muestran algunos metaanálisis (Khoury et al., 2013). Este metaanálisis examinó 13 estudios, con un total de 468 pacientes hospitalizados o ambulatorios y con diferentes trastornos psicóticos. Los resultados mostraron que las intervenciones de mindfulness son moderadamente efectivas para reducir los síntomas negativos. Para los síntomas positivos, los resultados sugieren efectos más pequeños. Sin embargo, el desgaste promedio entre los participantes fue menor que la tasa de desgaste obtenida en estudios con TCC. Estos resultados sugieren un mayor compromiso entre los participantes en intervenciones de mindfulness.

Aunque en principio la ACT se aplicó a los trastornos emocionales (Zettle y Hayes, 1986), no tardó en ampliarse a las psicosis (Bach y Hayes, 2003). Algunos metaanálisis muestran resultados positivos. Por ejemplo el de Wakefield, Roebuck y Boyden (2018) muestra que la ACT es una intervención que puede ayudar a disminuir la tasa de rehospitalización, tanto en las personas con un primer episodio o con psicosis duradera. Sin embargo, es necesario tomar los hallazgos con precaución debido a los sesgos metodológicos en algunos estudios.

Teniendo en cuenta toda la evidencia, parece factible hacer una propuesta de intervención cognitiva-conductual para la esquizofrenia, específicamente para el trastorno formal del pensamiento, integrándola, para potenciar la intervención, con las terapias de tercera generación, la meditación mindfulness (adaptada) y la terapia de aceptación y compromiso (adaptada).

6.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

6.1.-ASPECTOS GENERALES:

Se hace una propuesta de intervención para el trastorno formal del pensamiento de la esquizofrenia. Seguimos el modelo cognitivo-conductual de Beck y colaboradores (2010), ampliándolo con técnicas y estrategias de dos terapias de tercera generación, mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), todo especialmente adaptado a este tipo de pacientes. Para mindfulness sigo los modelos de Delgado (2012) y de Alonso (2012). Se busca la integración y la complementariedad.

Se establecerán distintos objetivos, algunos de ellos serán básicos para poder alcanzar el resto de objetivos adicionales. El terapeuta establece en lo posible objetivos en común con el paciente. Se considera que todos los objetivos están mutuamente relacionados. El objetivo básico será la reducción de los síntomas específicos del trastorno formal del pensamiento.

Se llevará a cabo fundamentalmente a través de sesiones de atención individual y sesiones en grupo. En cada sesión se propondrán distintos tipos de actividades, las cuales se justificarán teóricamente. Se pretende seguir con una estructura de sesión tipo. Sin embargo las sesiones se programan con cierto grado de flexibilidad, pudiéndose acortar o alargar según responda el paciente. El orden de las etapas que se establecen aquí tampoco es necesariamente el orden que se debe seguir para todos los pacientes.

El contexto donde se desarrollará es en un centro privado dedicado a la atención de los pacientes psicóticos.

Se aplicará a lo largo de un curso ordinario, pero teniendo en cuenta las sesiones de seguimiento la intervención se extiende prácticamente hasta los dos años.

La evaluación se hará no sólo con escalas formales, sino también a través de la observación directa, del diálogo con el propio paciente, familiares o personal de las instituciones que les atienden.

6.2.-OBJETIVOS:

El objetivo básico de la intervención es la reducción de los síntomas específicos del trastorno formal del pensamiento. Para alcanzar dicho objetivo será necesario reconocer qué creencias, valoraciones o pensamientos irracionales influyen en sus reacciones emocionales disfuncionales y conductas desadaptativas. Otro de los objetivos principales de la terapia será reducir la rigidez cognitiva, es decir, aumentar la flexibilidad asociada a determinadas creencias. Entre los objetivos adicionales están:

- Reducción de la ansiedad
- Disminuir la evitación experiencial
- Aumentar el autocontrol
- Aprender a diferenciarse de los propios pensamientos, emociones y sensaciones
- No dejarse arrastrar por los propios pensamientos emociones y sensaciones
- Aprender a observarse sin juzgar lo que acontece
- Entender que los pensamientos no tienen ningún poder real para transformar directamente la realidad, ni para determinar nuestras conductas
- Reconocer que tener “malos pensamientos” no significa ser una “mala persona”
- Desarrollar una relación más unitaria con el propio cuerpo
- Desarrollar la habilidad de centrarse en el momento presente
- Permitir que las reacciones automáticas, por ejemplo las controladas por el sistema nervioso autónomo, se autorregulen
- Realizar conductas coherentes con los propios valores
- Adquirir mayor autonomía
- Mejorar los resultados funcionales y sociales
- Mejorar los síntomas negativos

6.3.- CONTEXTO:

Se dirige a pacientes adultos, de ambos sexos, previamente diagnosticados de esquizofrenia, con un curso reciente o crónico, y con síntomas leves a moderados del trastorno formal del pensamiento. Deben estar estabilizados con un tratamiento farmacológico. Todo paciente que esté dispuesto a asistir con regularidad a las sesiones y a beneficiarse de ellas será un posible candidato para esta intervención.

El lugar donde se desarrollará es un centro que se dedica a atender, a través de terapia, a pacientes diagnosticados de psicosis.

6.4.- METODOLOGÍA:

Un mismo psicólogo puede hacer toda la intervención. Para ello será necesario que tenga formación en mindfulness aplicado a pacientes psicóticos.

Para el tratamiento individual se necesitarán, como recursos materiales, de una habitación silenciosa, dos sillas cómodas y una mesa. Para la terapia en grupo se necesitará una sala silenciosa, relativamente amplia, así como esteras y cojines tanto para los pacientes como para el terapeuta.

Una vez confirmada, a través de una evaluación inicial, de la presencia del trastorno formal del pensamiento, con un grado de severidad de leve a moderado, se podrá comenzar la terapia individual.

El programa consta de treinta sesiones, 20 de terapia individual y 10 de terapia en grupo, más una evaluación pretratamiento y otra postratamiento. Cada tipo de terapia se realizará cada dos semanas. La terapia en grupo, mindfulness, no se comenzará hasta que, supuestamente, no se haya consolidado la relación terapéutica dentro de la terapia individual. El grupo o los grupos que se formen tendrán un máximo de diez pacientes, con el fin de que la atención sea lo más individualizada posible. El seguimiento se hará a los tres meses y al año de acabado el tratamiento. El cronograma de aplicación de las sesiones será el siguiente:

TIPOS DE SESIONES	MESES																			
	SEMANAS																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
EVALUAC. PRETR.	X																			
INDIVIDUALES		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
GRUPALES																				

TIPOS DE SESIONES	MESES																			
	SEMANAS																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
INDIVIDUALES		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
GRUPALES	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
EVALUAC. POSTR.																				X

6.5.- EVALUACIÓN:

Se realizará una evaluación pretratamiento sobre la presencia, tipo y gravedad del trastorno formal del pensamiento. Para que la evaluación sea completa también será necesaria una evaluación funcional y una conceptualización del caso, cuya información se obtendrá a lo largo de las sucesivas sesiones del tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento se hará otra evaluación con el fin de verificar su eficacia.

6.5.1.- Evaluación pretratamiento:

Se realizará en la primera semana del mes de septiembre. Será una evaluación de la naturaleza y severidad del trastorno formal del pensamiento. Se hará también una historia del desarrollo del trastorno, una historia detallada del paciente, y si es posible de la familia o del personal de instituciones.

Al principio de la entrevista se formularán preguntas abiertas que requieran respuestas extensas. Se preguntará al paciente qué situaciones le provocan estrés, cómo nota el estrés, si el estrés le hace difícil comunicarse o le permite pensar con claridad, qué pensamientos están asociados a estas situaciones, etc.

Se llevará también a cabo con la escala para la Evaluación de los Síntomas Positivos (SAPS). Se evaluarán distintos aspectos de la severidad, tales como la frecuencia, duración, comprensibilidad, etc., a través de la escala THORATS (Anexo A).

6.5.2.- Evaluación funcional:

Una evaluación funcional completa incluye una historia del desarrollo del trastorno, información sobre creencias nucleares, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, interpretaciones, actitudes, los hechos que provocan y que impiden, los desencadenantes y salvaguardas comunes, así como las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales a los síntomas y las consecuencias funcionales y sociales de éstos. Otro componente a considerar sería el nivel de introspección del paciente ante estos distintos elementos.

Parte de esta evaluación será consecuencia de la información que se obtiene en la sesión de evaluación pretratamiento. El resto de la información se irá consiguiendo en sucesivas sesiones.

6.5.3.- Conceptualización del caso:

Se hará un relato de cómo distintos factores, pasados y presentes, obtenidos a través de la evaluación funcional, contribuyeron o contribuyen a la aparición y mantenimiento de los síntomas. La conceptualización se presentará de forma individualizada al paciente y como un todo o por partes, en función de su preparación.

Como es difícil saber con seguridad qué factores específicos llevaron a la aparición y mantenimiento de los síntomas, será mejor recoger información general independientemente de su relación específica con los síntomas.

La conceptualización del caso nos puede servir para establecer una serie de objetivos a trabajar, y por tanto guiar la terapia, aunque el paciente no esté preparado todavía para reconocer su problemática.

6.5.4.- Evaluación postratamiento:

Se realizará en la última semana del mes de junio. Se pasarán las escalas SAPS y THORATS.

6.6.-SESIONES DE TRATAMIENTO:

Las sesiones, tanto individuales como grupales, son en principio de una hora de duración, pero pueden ser más breves o incluso con descansos. Las sesiones se programan con cierto grado de flexibilidad, pudiéndose acortar o alargar según responda el paciente. Se ajustará el contenido, el ritmo y la duración de cada sesión.

6.6.1.- Sesiones individuales:

SESIÓN TÍPICA:

- Recabar información sobre el estado de ánimo
- Calificación del estado de ánimo
- Comprobar cumplimiento de la toma de medicación
- Puesta al día sobre uso de otros servicios de la comunidad
- Resumir la sesión anterior, cuestiones importantes tratadas
- Relacionar la sesión anterior con la actual, establecer puentes
- Revisión de las tareas para casa
- Identificar posibles puntos de la agenda para trabajar en la sesión actual
- Establecer agenda estructurada
- Enfoque en los síntomas del trastorno formal del pensamiento
- Enfoque en los síntomas comórbidos
- Enfoque en problemas no sintomáticos (p. ej., afrontar una situación de desamparo ante los servicios sociales de la comunidad)
- Proporcionar un resumen y recabar comentarios del paciente sobre la sesión
- Plan de tareas para casa
- Proporcionar una visión general del plan de tratamiento hasta la sesión siguiente (p. ej., plan de visitas al centro de día, asistencia al centro de formación laboral,...)

En las sesiones individuales se comprueba el estado de ánimo del paciente a lo largo de la semana anterior y se identifican las posibles irregularidades en la toma de la medicación. Se pretende cierta continuidad entre sesiones por lo que se revisarán los temas importantes que

se trataron en la sesión anterior. A continuación, el terapeuta establece una agenda estructurada con distintos objetivos de interés para la sesión. Después el terapeuta aplica al paciente algunas estrategias cognitivas y conductuales. Al ir finalizando la sesión se asignan al paciente tareas para casa con el objetivo de que practique la autoobservación y ponga a prueba sus creencias a través de experimentos conductuales. El orden de las etapas que se establecen aquí no es necesariamente el orden que se debe seguir para todos los pacientes, se debe adaptar a los síntomas de cada paciente individual.

ESTABLECIMIENTO DE LA AGENDA:

En principio se seguirá el formato estándar de relacionar la sesión anterior con la actual, establecido una serie de objetivos concretos, organizados por prioridad y con tiempos preestablecidos. Sin embargo, este formato no siempre resulta el adecuado, por lo que se estructurará la sesión de forma flexible.

REVISIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO:

Se realizará al comienzo de cada sesión una revisión del estado de ánimo del paciente, aunque es posible que sea necesario dedicar más tiempo a atender cualquier problema práctico que haya tenido a lo largo de la semana. También se considerarán otras situaciones que puedan afectar a su situación emocional, tales como el cumplimiento de la toma de medicación o el acudir a otros servicios de la comunidad a lo largo de la semana.

RITMO DE LA SESIÓN:

El terapeuta establecerá un ritmo flexible. Puede ser un proceso lento. Lo importante es que el terapeuta se sepa adaptar a la velocidad con la que el paciente procesa sus propios pensamientos y sentimientos. Esto permitirá afianzar la alianza terapéutica (porque se está transmitiendo al paciente aceptación y empatía), aunque a veces sea necesaria mucha paciencia. Por el contrario, si el paciente es muy hablador y se distrae con facilidad, el terapeuta tendrá que hacer preguntas rápidas, para poder meter baza, además de resúmenes esclarecedores con el fin de enfocar la sesión hacia algún objetivo clínico.

LAS TAREAS PARA CASA:

El principio es que las tareas para casa que se realizan entre sesión y sesión facilitan la consolidación y la generalización de las capacidades que se ejercitan en las sesiones, mejorando los resultados funcionales. Ayudan a los pacientes a identificar, cuestionar y reformular las creencias o pensamientos irracionales, así como a reducir las expectativas negativas respecto a

su implicación emocional o social. Como tareas para casa fundamentales se pedirán autorregistros, donde se expliciten la relación entre pensamientos irracionales, emociones, respuestas fisiológicas y conductas, y ejercicios experienciales, con el fin de afrontar situaciones que hasta ahora se han evitado, en contradicción con los valores más profundos del paciente.

Durante la fase de asignación se pretende establecer objetivos asequibles. La tarea consiste en intentarlo más que en conseguirlo, por lo que se trabajarán las valoraciones distorsionadas sobre dicha tarea. En la fase de revisión todos los esfuerzos por realizar las tareas se refuerzan generosamente. Se trabajarán las distorsiones cognitivas que minusvaloran los esfuerzos y los logros realizados, así como el placer obtenido al hacer dichas tareas.

Para mejorar el cumplimiento de las tareas el terapeuta tenderá a dar instrucciones muy claras con el fin de que se entiendan las tareas, a proporcionar resúmenes escritos o grabados de las instrucciones, a hacer esquemas de dónde, cuándo y cómo se realiza la tarea, a suministrar recordatorios (por ejemplo, notas adhesivas, para que se coloquen en la residencia del paciente), y si es adecuado y posible, a hacer participar a sus cuidadores.

SESIÓN 1:

Se empezará por puntos de la agenda que tienen menor fuerza emocional. Esto contribuirá a minimizar el estrés al principio del proceso terapéutico.

Desde la primera sesión se empleará la escucha reflexiva en aquellos fragmentos del habla que se comprendan con claridad. Esto reforzará la comunicación precisa. Sin embargo, en los pasajes que no se entienden o son incoherentes se harán preguntas generales del tipo “¿Qué quieres decir con...?”, o se sugerirán significados basados en el tono y el contexto. Si los significados son dudosos, se aplicará el descubrimiento guiado para explorar posibles líneas de pensamiento y ayudar al paciente a hacerse una idea más clara de sus propios objetivos. El terapeuta puede pasar por alto el material irrelevante (por ejemplo las resonancias), pero deberá tener en cuenta que eso no quiere decir que no tenga relevancia emocional y que en muchas ocasiones habrá un significado oculto.

Desde la primera sesión se harán preguntas directas al paciente, o se limitará el número de frases que exprese éste, cuando no se entiendan determinadas unidades del habla. De esta forma la desorganización del habla es menos probable que empeore. Si el paciente parece irritarse habrá momentos que nos limitaremos a escuchar.

Desde la primera sesión, si es necesario, se pasará a otro tema o se harán descansos de unos minutos utilizando la respiración profunda, ante temas de excesiva carga emocional que provocan los síntomas del trastorno del pensamiento.

Desde la primera sesión se atenderán cuidadosamente los hilos de significado y se aportarán resúmenes frecuentes en un intento de volver a enfocar al paciente. Si el paciente habla con extrema rapidez, el terapeuta se fijará en los momentos que hace una pausa para respirar para entonces hacerle breves preguntas. El terapeuta debe atender con mucho cuidado cualquier cambio en la velocidad del habla para identificar mejor los temas que tienen un significado emocional para el paciente. Las preguntas socráticas centradas en temas difíciles servirán para mantener enfocada la atención del paciente.

SESIÓN 2:

Se harán preguntas del tipo “¿Qué te dice tu experiencia haciendo X, dónde te lleva? ¿Es eso lo que quieres seguir haciendo? ¿Y qué eliges, hacer X (evitar) que te lleva a A o hacer Y (aceptar) que te lleva a B? ¿Tú dónde quieres ir a A o a B?”. Para la consecución de este objetivo, que en el lenguaje de la ACT se denomina “promover desesperanza creativa”, se puede utilizar una metáfora semejante a “la metáfora del tigre” (Ruiz, Luciano, Vizcaíno y Sánchez, 2012, p.35) (Anexo B).

SESIÓN 3:

Se seguirá promoviendo desesperanza creativa. Se utilizará “la paradoja de si crees que has entendido algo es que no entiendes nada” (García y Pérez, 2016, p. 104)

SESIÓN 4:

Se explicará el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin & Spring, 1977). La vulnerabilidad es consecuencia de distintas causas biológicas, psicológicas y sociales. El efecto del estrés sobre la vulnerabilidad afectará tanto a factores de predisposición como a factores precipitadores.

La educación acerca de las causas y naturaleza de los síntomas puede ayudar al paciente a la reducción del estigma en relación al trastorno, puede ayudar a la normalización. Sin embargo, la falta de introspección acerca de que algo marcha mal, en relación a la esquizofrenia en general y al trastorno formal del pensamiento en particular, hará que este proceso sea delicado y difícil.

Se establecerán comparaciones con la forma en que otras personas reaccionan al estrés. Por ejemplo, a través de temblores, sudores, mordiéndose las uñas, etc.

SESIÓN 5:

Se proporcionarán ejemplos de cómo pueden producirse los síntomas del trastorno formal del pensamiento en cualquier persona, por ejemplo los lapsus linguae. Tomamos también ejemplos de algunos libros de autores como James Joyce o Lewis Carroll, donde sirviéndose de la licencia poética utilizan un lenguaje que bien se podría considerar fruto de un trastorno del pensamiento.

Se pondrán ejemplos de situaciones que pueden provocar pensamiento y habla desorganizada. Ejemplos como tener muchas cosas que decir en poco tiempo, el consumo de alcohol y algunos medicamentos, la falta de sueño, hablar en público, el empezar a quedarse dormido o al despertarse, enfermedades de tiroides, etc.

SESIÓN 6:

Se comenzará a señalar las ocasiones que en el transcurso de la sesión se producen los síntomas. A veces será conveniente de que escuche una grabación de su habla desorganizada.

Se ilustrarán las consecuencias de dichos síntomas (por ejemplo, la evitación de las demás personas porque no entienden lo que dice).

Tener en cuenta que la concienciación del problema puede provocar depresión, ansiedad, vergüenza e incluso ira. Por ello se debe considerar hasta qué punto mejorar la introspección. Como en muchos otros objetivos de la terapia se deberá considerar un abordaje individualizado.

SESIÓN 7:

Utilizaremos la técnica de representación de roles. Al ponerse el paciente en el papel de receptor puede ayudarle a comprender cómo su forma de comunicarse no la entienden los demás (Kingdon & Turkington, 1994).

Con el previo consentimiento del paciente se animará a sus familiares a que le señalen los casos de trastorno de pensamiento. Esto puede generalizar su consciencia del problema a su vida cotidiana.

SESIÓN 8:

Se explicará cómo funciona el modelo cognitivo. Se intentará mostrar cómo distintas situaciones se vuelven estresantes debido a las creencias previas, interpretaciones,

valoraciones, actitudes, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que se tienen sobre ellas.

SESIÓN 9:

Se debatirá cómo diferentes hechos llevan a determinadas cogniciones, estas cogniciones conducen a ciertas emociones, y estas emociones provocan los síntomas del trastorno formal del pensamiento (o sus consecuencias si no hay suficiente introspección).

Si el paciente se ve capaz, a partir de esta sesión se comenzará a demandar como tareas para casa autorregistros de los pensamientos disfuncionales ante determinados acontecimientos, relacionando dichos pensamientos con las emociones y conductas que provocan.

A medida que el paciente vaya conociendo mejor el proceso, al establecerse las conexiones entre situaciones, cogniciones, emociones y síntomas, puede reducirse el estigma asociado a los síntomas del trastorno formal del pensamiento.

SESIÓN 10:

Se hará una reinterpretación de diferentes hechos que provocan estrés, intentando abrir nuevas perspectivas. Como siempre el planteamiento es de colaboración, aplicando el descubrimiento guiado (la mayéutica socrática), utilizando un estilo de preguntas moderadas. El objetivo es la reducción del estrés para mejorar el trastorno formal del pensamiento.

SESIÓN 11:

Con el fin de que el paciente experimente y se haga consciente de las tres cualidades del yo (el yo como contexto, el yo como contenido y el yo como proceso) (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002), se utilizará “la metáfora del ajedrez” (Hayes et al., 1999, pp. 190-192; García y Pérez, 2016) (Anexo C).

SESIÓN 12:

Se seguirá trabajando el saber diferenciar los tres tipos de yo. Se hará “el ejercicio de observador de sí mismo” (Hayes et al., 1999, pp.193-196).

SESIÓN 13:

Para que el paciente comprenda que detrás de las diferentes elecciones que hace está siempre él en su radical soledad, se hará “el ejercicio de elección de objetos” (Hayes et al., 1999, p. 214; García y Pérez, 2016) (Anexo D).

SESIÓN 14:

Para el desarrollo de una actitud de aceptación, es decir, reconocer a las experiencias tal y como son, con plena consciencia, y con una actitud receptiva y curiosa, sin defensas innecesarias y contraproducentes (Pérez-Álvarez, 2014), se utilizará “la metáfora del polígrafo” (Hayes et al., 1999, pp.123-124).

SESIÓN 15:

Se seguirá trabajando el desarrollo de una actitud de aceptación. Se hará “el ejercicio de cuáles son los números” (Hayes et al., 1999, pp. 126-128).

SESIÓN 16:

Con el objetivo de crear una distancia con respecto al lenguaje (“defusión cognitiva” o “distanciamiento cognitivo”) (Hayer, Strosahl y Wilson, 2011), se hará “el ejercicio sacar la mente a pasear” (Hayes et al., 1999, pp.162-163).

SESIÓN 17:

Se seguirá trabajando la capacidad de crear una distancia con respecto al lenguaje. Se utilizarán diferentes ejemplos en discriminación de pensamientos, sentimientos y sensaciones a través de un marco relacional de jerarquía (yo contiene los pensamientos, sentimientos o sensaciones) y distanciamiento a través de marcos deícticos (yo-aquí-ahora y eventos privados-allí) (Ruiz et al., 2012) (Anexo E).

SESIÓN 18:

Con el fin de ayudar al paciente a clarificar sus propios valores, a convertir en asuntos pragmáticos los valores ideales del paciente esquizofrénico, se podrán utilizar metáforas con un sentido semejante al de “la metáfora de la Alhambra” (García y Pérez, 2016, p.111).

SESIÓN 19:

Se promoverán conductas comprometidas con los valores, conductas coherentes con aquello que él valora (Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders y Silva-Oliveira, 2017).

Esto implica el desarrollo de la voluntad (García y Pérez, 2016). Para alcanzar este objetivo se aplicará “la metáfora del pantano” (Hayes et al., 1999, p. 248).

SESIÓN 20:

Se seguirán promoviendo conductas comprometidas con valores. Se aplicará “el ejercicio buscar al Sr. Malestar” (Hayes et al., 1999, p.247).

6.6.2.- Sesiones en grupo:

La estructura de las sesiones es la siguiente:

1. Presentación e introducción teórica (máximo 10 minutos)
2. Práctica (5-10 minutos)
3. Debate (máximo 10 minutos)
4. Descanso (15 minutos)
5. Práctica (5-10 minutos)
6. Debate (máximo 10 minutos)
7. Conclusión y cierre (máximo 10 minutos)

Los períodos de tiempo expuestos para cada tramo de la sesión son meramente aproximativos, dependerán de cómo se desarrolle cada una de las sesiones.

En todas las sesiones es muy importante que la actitud del terapeuta cumpla con los requisitos básicos del mindfulness: presente, atento, sereno, sin juicios, observando desidentificadamente, con aceptación y con bondad. Este estado de presencia produce de forma implícita efectos terapéuticos en el paciente (Alonso, 2012).

SESIÓN 1:

Se indica que cada ejercicio será practicado conjuntamente con el terapeuta en las sesiones.

Se explica lo que no es mindfulness. No es dejar la mente en blanco. No es apartarse de la vida. No es escapar del dolor. No es suprimir las emociones. No es sólo una técnica de control. No es sólo una técnica de relajación. No es autorreferencial.

Se practica dos veces la adquisición de la postura correcta. Se dirige la atención a la posición del cuerpo, aposentándose sobre los isquiones, con la columna erguida pero a la vez

distendida y evitando la rigidez. Para facilitar la adquisición de la postura correcta percibir las sensaciones propioceptivas, conduciendo amablemente al cuerpo hasta encontrar su propio equilibrio.

SESIÓN 2:

Se resume de forma clara cómo ayuda mindfulness en la regulación de la ansiedad. Desarrolla la observación sostenida, sin juzgar, de las experiencias internas relacionadas con la ansiedad, sin intentar escapar o evitarlas, y eso reduce la reactividad emocional. Crea un hueco de consciencia sin piloto automático, un espacio de libertad. Advertimos las asociaciones que hacemos entre pensamientos, sensaciones, emociones e imágenes, incrementando la autoconsciencia y la autocomprensión. Permite estar presentes en las situaciones que nos generan ansiedad con mayor serenidad y tolerancia.

Una vez sentados en una postura correcta, se practica dos veces la focalización de la atención en el estado mental y emocional, con la intención de aceptar esa vivencia cualquiera que sea su valor: positiva, negativa o neutra.

SESIÓN 3:

Se practica por dos veces la atención observando el flujo de pensamientos y sensaciones, así como el encadenamiento que se puede producir entre ellos, incluyendo las autoinstrucciones que se den ellos mismos con la intención de recuperar la atención, conscientes cada vez que se note alguna divagación o distracción. Si ocurre la distracción, identificar si se trata de un recuerdo, fantasía u otro evento cognitivo y tome consciencia de la eventualidad del fenómeno.

SESIÓN 4:

Se practica dos veces la focalización de la atención en la respiración. Llevar la atención a la percepción de la respiración en las fosas nasales y en el movimiento abdominal. Mantener la respiración fluida y natural, sin intentar controlarla o manipularla.

SESIÓN 5:

Por dos veces se dirige la atención a la consciencia interoceptiva de todas las partes del cuerpo, desde los pies hasta la cabeza, “escaneando” las sensaciones que se estén produciendo, todo ello con una actitud de apertura y ecuanimidad, aceptando todas las sensaciones más allá de su valencia afectiva y notando su naturaleza transitoria.

SESIÓN 6:

Por dos veces se etiqueta brevemente la experiencia en curso que se esté teniendo (pensamiento, sentimiento, sensación, etc.). El etiquetado debe consistir sólo en un reconocimiento del estado presente y ha de estar exento de cualquier otro juicio o análisis. Por ejemplo, “sensación dolorosa, “pensando”, “recordando”, “distrayéndome”, “preocupándome”, etc.

SESIÓN 7:

Por dos veces se recuerdan los valores que quieren poner en práctica (propósito, aceptación, empatía, coraje, sabiduría, creatividad, paciencia, amor, etc.) y proponerse cultivarlos en su actitud interior y llevarlos a la acción.

SESIÓN 8:

Se practican dos meditaciones de tres minutos. Para hacer la meditación se siguen los pasos previos. Al finalizar se procura recordar los valores que se quieren poner en práctica.

SESIÓN 9:

Se hacen dos meditaciones de cinco minutos. Para cada meditación se siguen los pasos ya dichos.

SESIÓN 10:

Mantener durante diez minutos dos meditaciones, siguiendo los pasos ya descritos.

6.7.- SEGUIMIENTO:

En los dos seguimientos que se hacen, a los tres meses y al año de acabar el tratamiento, se hará una entrevista donde se formulen preguntas abiertas que impliquen respuestas extensas. También se pasarán las escalas SAPS y THORATS.

7.-CONCLUSIÓN:

Aunque sean eficaces, los medicamentos antipsicóticos tienen limitaciones importantes. Son “sucios”, en el sentido de que no sólo afectan a los neurotransmisores relacionados con la sintomatología psicótica, sino que también afectan a otros neurotransmisores, produciendo graves efectos secundarios (Nasrallah y Smeltzer, 2002; Wilkaitis, Mulvihill y Nasrallah, 2004). Además los medicamentos neurolépticos no mejoran algunos de los rasgos más discapacitantes

de la esquizofrenia, entre ellos la mala ejecución neurocognitiva, aspecto en clara relación con el trastorno formal del pensamiento. Estas limitaciones, combinadas con la mala calidad de vida de la mayoría de los individuos con esquizofrenia, condujeron al desarrollo de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento complementario (Chadwick et al., 1996). No obstante, será necesaria una estrecha colaboración con el profesional de la psiquiatría ya que la medicación facilita, en principio, el acceso al paciente. La intervención también ha buscado no depender tanto de la medicación.

A lo largo de más de dos décadas se han recogido gran cantidad de pruebas sobre la eficacia de la terapia cognitiva en individuos con esquizofrenia (Jauhar et al., 2014). En el caso específico del trastorno formal del pensamiento, a pesar de que se ha hallado que las técnicas cognitivo-conductuales, de primera y segunda generación, han resultado útiles en ciertos casos, faltan estudios de resultados que de forma sistemática prueben su efectividad (Beck et al., 2010).

Generalmente la mayoría de programas de intervención cognitivo-conductuales aplicados a la esquizofrenia se realizan en una media de 20 sesiones, repartidas a lo largo de un período que oscila entre los seis y los nueve meses (Kuipers et al., 1997; Sensky et al., 2000; Naeem et al., 2014). Sin embargo Beck y colaboradores (2010) señalan que a los pacientes más graves les convendría un mayor número de sesiones y administradas con mayor frecuencia. Con nuestro programa hemos ampliado el número de sesiones hasta 30 por medio de la terapia en grupo. Si los miembros de un grupo terapéutico comparten el mismo tipo de problemas es más probable que se sientan menos expuestos a la crítica y por tanto se disminuye el sentido de alteridad y de no pertenencia (Pinto, 2009). Con mindfulness también se ha perseguido, a través del trabajo con el cuerpo, afianzar las técnicas y estrategias de la ACT que se han utilizado en terapia individual, ya que se parte de principios muy similares (Pérez- Álvarez, 2014).

Desde las terapias cognitivo-conductuales más tradicionales muchas veces se busca la eliminación de los síntomas a cualquier precio, desembocando con frecuencia en que terapeutas y pacientes se sientan frustrados e incomprendidos respectivamente. Desde las terapias basadas en la aceptación, es decir, el mindfulness y la ACT, se pretende que terapeutas y pacientes acepten en principio los síntomas, resituando la sintomatología del paciente en una relación de coordinación con sus valores personales y con un yo fortalecido.

Con la intervención se pretende que el paciente aumente la consciencia sobre la presencia del trastorno formal del pensamiento, además de proporcionarle una serie de herramientas, con el fin de reducir su frecuencia y gravedad. Analizar y transformar los pensamientos que dan lugar al estrés puede tener semejantes resultados (Beck et al., 2010).

Aunque falta evidencia clínica, es probable que si logramos integrar y complementar estas terapias de última generación con la terapia más clásica, dentro del modelo cognitivo-conductual, los pacientes con trastorno formal del pensamiento tengan más capacidad para afrontarlo.

Teniendo en cuenta que ninguna teoría es válida para todos los pacientes, así como ninguna lo es del todo para ningún paciente, corresponderá, por tanto, al terapeuta “construir” una teoría lo más adecuada posible para cada uno de sus pacientes, tomando como base los conceptos de la que parta de origen (Greenson, 1979; Frank, 1988).

8.-REFERENCIAS:

- Alonso, M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de ansiedad. En M. T. Miró y V. Simón (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp.81-140). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Ed. (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andreasen, N. C. (1979). Thought, language and communication disorders: I. Clinical assessment, definition of terms and evaluation or their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36 (12), 1315-1321.
- Andreasen, N. C. (1984). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SANS)*. University of Iowa, Department of Psychiatry, Iowa City.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. y Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449.
- Andreasen, N. C. y Grove, W. M. (1986). Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (3), 348-359.
- Arieti, S. (1965). *Interpretación de la esquizofrenia*. Barcelona: Labor.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J. A. J. y Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84 (4), 30-36.
- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1129-1139.

- Barnes, T. R. E. y Liddle, P. F. (1990). Evidence for the validity of negative symptoms. En Andreasen, N. C. (comp.). *Schizophrenia: Positive and negative symptoms and syndromes* (pp. 43-72). Basilea: Karger.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. y Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Nueva York: International Universities Press.
- Blood, I. M., Wertz, H., Blood, G. W., Bennet, S. y Simpson, K. C. (1997). The effects of life stressors on stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40 (1), 134-143.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, R. G. y Pluck, G. (2000). Negative symptoms: The “pathology” of motivation and goal-directed behavior. *Trends in Neuroscience*, 23, 412-417.
- Callieri, B. (1987). Dimensioni antropologiche della psicopatologia della corporeità. *Neurologia, Psichiatria, Scienze Umane*, 7, 709-722.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester, Inglaterra: Wiley & Sons.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 204 (5), 333-334.
- Chadwick, P., Birchwood, M. J. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Nueva York: Wiley.
- Cioffi, D. y Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (2), 274-282.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Coletti, J. P. y Teti, G. L. (2015). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, mindfulness y valores. *Vertex* 16 (1), 37-42.
- Collins, A. M. y Loftus, E. F. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review*, 82 (6), 407-428.
- Collins, A. M. y Quillian, M. R. (1969). Retrieval time from semantic memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 8 (2), 240-247.
- Crow, T. J. (2008). The emperors of the schizophrenia polygene have no clothes. *Psychological Medicine*, 38 (12), 1681-1685.

- Delgado, L. C., Bravo, I., Hidalgo, A., Vila, J. y Reyes del Paso, G. (2012). Efecto diferencial de una intervención breve basada en la consciencia plena (mindfulness) y valores en las dimensiones del dolor crónico en espondilitis y artritis. *Behavioral Psychology, Psicología Conductual*, 20 (3), 681-697.
- Didonna, F. (Ed.) (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer (trabajo original publicado en 2008 por Springer-Verlag, Nueva York).
- Docherty, N. M., Cohen, A. S., Nienow, T. M., Dinzeo, T. J. y Dangelmaier, R. E. (2003). Stability of formal thought disorder and referential communication disturbances in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 469-475.
- Dougher, M. J. y Hayes, S. C. (1999). Clinical behavior analysis. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp.11-25). Reno: Context Press.
- Falloon, I. (1988). Expressed emotion: current status. *Psychological Medicine*, 18 (2), 269-274
- Frank, J. D. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En J. M. Mahoney y A. Freedman (Eds.). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Analisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 99-119.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M. & Perona-Garcelán, S. (2012). Affinities in the phenomenological perspective of schizophrenia and recent cognitive research: Towards mutual enrichment. *Theory and Psychology*, 22 (6), 756-770. Doi: 10.1177/0959354312456600
- Gottesman, I. I. y Gould, T. D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 636-645.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153 (3), 321-330.
- Green, M. F. Kern, R. S., Braff, D. L. y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff". *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 119-136.
- Greenson, R. R. (1979). *La técnica y la práctica del psicoanálisis*. México D. F.: Editorial Siglo XXI.
- Gur, R. E. y Gur, R. C. (2005). Neuroimaging in schizophrenia: linking neuropsychiatric manifestations to neurobiology. En H.I. Kaplan, B. J. Sadock y V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp.1396-1407). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance* (pp. 1-29). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M. y Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Nueva York: Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D. y Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Nueva York: Guilford Press.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Jauhar, S., Mckenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. y Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry*, 204 (1), 20-29.
- Jones, K. D. (2012). Dimensional and cross-cutting assessment in the DSM-5. *Journal of Counseling and Development*, 90, 481-497.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud la crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Keefe, R. S. E. y Eesley, C. E. (2006). Neurocognitive impairments. En J. A. Lieberman, T. S. Stroup y D. O. Perkins (comps), *Textbook of schizophrenia* (pp.245-260). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13 (6), 579-592.
- Khoury, B., Leacomte, T., Gaudiano, B. A., Paquin, K. (2013). Mindfulness Interventions for Psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150 (1), 176-184. Doi: 10/1016/j.schres.2013.07.055
- Kindong, D. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Kraepelin, E. (1971). *Dementia praecox and paraphrenia*. Huntington, Estados Unidos: Krieger.

- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Graham D., Bebbington, P., Freeman, D. y Hadley C. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for psychosis: 1. Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171 (4), 319-327.
- Kuipers, L. y Bebbington, P. (1988). Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18 (4), 893-909.
- Lemire-Rodger, S., Lam, J., Viviano, J. D., Stevens, W. D., Spreng, R. N. y Turner, G. R. (2019). Inhibit, switch, and update: A within-subject fMRI investigation of executive control. *Neuropsychologia*, 132. Doi: 10/1016/j. neuropsychologia.2019.107134
- Levelt, W. J. M. (1989). *Speaking: From intention to articulation*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de entrenamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D. y Silva-Oliveira, M. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusión as a mediator in the relationships between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6 (1), 53-62.
- Luciano, M. V., Gutiérrez, S. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5 (2), 173-201.
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (1), 109-157
- MacDonald, A. W. y Carter, C. S. (2002). Cognitive experimental approaches to investigating impaired cognition in schizophrenia: A paradigm shift. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24 (7), 873-882.
- Maher, B. A. (1983). A tentative theory of schizophrenic utterance. *Progress in Experimental Personality Research*, 12, 1-52.
- Marder, S. R. y Fenton, W. (2004). Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72 (1), 5-9.
- Martindale, B. V., Bateman, A., Growe, M. y Margison, F. (Eds.). (2009). *Las psicosis. Tratamientos psicológicos y su eficacia*. Barcelona: Editorial Herder.
- McGee, M. (2008). Meditation and psychiatry. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 5 (1), 28-41.

- McKenna, P. J., Oh, T. M. (2005). *Schizophrenic speech: Making sense of bathroofs and ponds that fall in doorways*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta Agostini.
- Miró, M. T. (2012). Mindfulness y auto-observación terapéutica. En M. T. Miró y V. Simón (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp.15-50). Bilbao: Desclée de Brouwer
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S. Y. Bentall, R. P. (2012). *La terapia cognitiva de las psicosis*. Barcelona: Editorial Herder.
- Morrison, A. P. Renton, J. C., French, P. y Bentall, R. P. (2010). *¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces*. Barcelona: Editorial Herder.
- Naeem, F., Farooq, S. y Kingdon, D. (2014). Cognitive behavioural therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD010646.pub2
- Nasrallah, H. & Smeltzer, M. (2002). *Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia*. Newtown, Pennsylvania: Handbooks in Health Care Company.
- Ngan, E. T. C. y Liddle, P. F. (2000). Reaction time, symptom profiles and course of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 46 (2-3), 195-201. Doi: 10.1016/s0920-9964(00)00027-x
- Nicol, S.E. y Gottesman, I. L. (1983). Clues to the genetics and neurobiology of schizophrenia. *American Scientist*, 71 (4), 398-404.
- Norman, D. A. y Shallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of behavior. En R. J. Davidson, G. E. Schwartz y D. Shapiro (Eds.). *Consciousness and self-regulation: Advances in research and Theory IV* (pp.1-18). Nueva York: Plenum Press.
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10 (2), 160-203.
- Olivares, J., Maciá, D., Rosa, A. I. y Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Páez, M. y Gutiérrez, O. (Coords.). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pankey, J. y Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 311-328.
- Peralta, P. V., Cuesta, M. J. y de León, J. (1992). Formal thought disorder in schizophrenia: A factor analytic study. *Comprehensive Psychiatry*, 33 (2), 105-110.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.

- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edupsykhé*, 5 (2), 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales: Gestión de relaciones con los clientes*. Madrid: Síntesis.
- Pinto, A. (2009). Mindfulness y psicosis. En F. Didonna (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 569-615). Bilbao, España: Deslée De Brouwer.
- Quintana, M. y Rincón, M. E. (2011). Eficacia del entrenamiento mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22 (1), 51-67.
- Ramos, J. M., Rodríguez, A., Sánchez, A. y Mena, A. (2018). Fusión cognitiva en trastornos de personalidad: una contribución a la investigación sobre mecanismos de cambio. *Clínica y Salud*, 29 (2), 49-57.
- Read, J. y Dillon, J. (2017). *Modelos de locura II*. Barcelona: Editorial Herder.
- Read, J., Mosher, L. R. y Bentall, R. P. (2006). *Modelos de locura*. Barcelona: Editorial Herder.
- Rector, N. A., Seeman, M. V. y Segal, Z. V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 63, 1-11.
- Reichenberg, A. y Harvey, P. D. (2007). Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-bases and brain imaging findings. *Psychological Bulletin*, 133 (5), 833-858.
- Rodríguez-Jiménez, R., Fernández-Garcimartín, H., Bagney, A., Dompablo, M., Torio, I., Rodríguez-Torresano, J. (2013). Cognición y Esquizofrenia: de la Neurocognición a la Cognición Social. *Psilogos* 11 (1), 10-24.
- Rosenfarb, I. S., Goldstein, M. J., Mintz, J. y Nuechterlein, K.H. (1995). Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (2), 259-267.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Vizcaíno, R. M. y Sánchez, V. (2012). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad. En M. Páez y O. Gutierrez (Coords.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 29-46). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guildford Press (trabajo editado en castellano por Desclée de Brouwer, Bilbao).
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Siddle, R., O'Carroll, M. y Barnes, T. R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57 (2), 165-172.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society London, Series B, Biological Sciences*, 298 (1089), 199-209.
- Shapiro, D. H. Jr. (1992). Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *International Journal of Psychosomatics*, 39 (1-4), 62-67.
- Saphiro, D. H. Jr. (1994). Examining the content and context of meditation: A challenge for psychology in the areas of stress management, psychotherapy, and religion/values. *Journal of Humanistic Psychology* 34 (4), 101-135.
- Simón, V. (2012). Formación en mindfulness para psicoterapeutas. En M. T. Miró y V. Simón (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp.51-80). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Smeland, O. B., Frei, O., Kauppi, K., Hill, W. D., Li, W., Wang, Y., ... Andreassen, O. A. (2017). Identification of Genetic Loci Jointly Influencing Schizophrenia Risk and the Cognitive Traits of Verbal-Numerical Reasoning, Reaction Time, and General Cognitive Function. *JAMA Psychiatry*, 74 (10), 1065-1075. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1986
- Smith, E. y Jonides, J. (2003). Executive control and thought. En L. R. Squire, F. E. Bloom, S. K. McConnell, J. L. Roberts, N.C. Spitzer y M. J. Zigmond (Eds.). *Fundamental neuroscience* (pp. 1377- 1394). San Diego, California: Academic Press.
- Sullivan, P. F., Owen, M. J., O'Donovan, M. C. Y Freedman, R. (2006). Genetics. En J.A. Lieberman, T.S. Stroup y D. O. Perkins (Comps). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia* (pp.39-83). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Tan, E. J. y Rossell, S. L. (2017). Formal thought disorder and neurocognition in schizophrenia: The question of individual mechanisms. *Schizophrenia Research*, 190, 189-190. Doi: 10.1016/j.schres.2017.03.039
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, I. R. E., Nur, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarasekera, N., Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five year follow up. *Schizophrenia Research*, 98 (1-3), 1-7.
- Wakefield, S., Roebuck, S. y Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 1-13. Doi: 10.1016/j.jcbs.2018.07.001
- Walker, E. y Harvey, P. (1986). Positive and negative symptoms in schizophrenia: Attentional performance correlates. *Psychopathology*, 19 (6), 294-302.

- Walsh, R. y Roche, L. (1979). Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 136(8), 1085-1086. Doi: 10.1176/ajp.136.8.1085
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter S. R. y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 53 (1), 5-13.
- Weiser, M., Van Os, J., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Nahon, D., Kravitz, E., ... Davidson, M. (2007). Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191 (4), 320-324.
- Wilkaitis, J., Mulvihill, T. y Nasrallah, H. A. (2004). Classic antipsychotic medications. En A. F. Schatzberg y C.B. Nemeroff (Eds.). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychopharmacology* (pp.425-442). Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wong, A. H. C. y Van Tol, H. H. M. (2003). Schizophrenia: From phenomenology to neurobiology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 269-306.
- Wykes, T. y Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: theory and practice*. Nueva York: Taylor & Francis Inc.
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4 (1), 30-38.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H. y Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77, 1-9.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.

9.-ANEXOS:

Anexo A: Escala de calificación de trastornos del pensamiento (THORATS):

1.- Frecuencia. El trastorno formal del pensamiento está presente:

- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De una vez por semana a menos de una vez al día
- 2 De una vez al día a menos de una vez por hora
- 3 Una vez por hora, pero no casi continuamente
- 4 Continuosamente o casi continuamente

2.- Duración. Cuando está presente, dura:

- 0 Nunca
- 1 De unos segundos a menos de un minuto
- 2 De un minuto a menos de una hora
- 3 De 1 a 2 horas
- 4 Más de 2 horas

3.- Comprensibilidad. El habla se comprende:

- 0 Siempre
- 1 67-99% de las veces
- 2 34-66% de las veces
- 3 1-33% de las veces
- 4 Nunca

4.- Cantidad de malestar. Cuando el trastorno del pensamiento está presente, produce malestar:

- 0 Nunca
- 1 1-33% de las veces
- 2 34-66% de las veces
- 3 67-99% de las veces
- 4 Siempre

5.- Intensidad del malestar. Este malestar es:

- 0 Ninguno
- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Pronunciado
- 4 Severo.

6.- Alteración de la vida. La alteración de la vida debida al trastorno del pensamiento es:

0 Ninguna

1 Leve

2 Moderada

3 Pronunciada

4 Severa

Anexo B: La metáfora del tigre:

T: Te voy a contar una pequeña historia. Imagínate a un niño que quiere ser domador. Tiene un cachorro de tigre, en vez de tener gallinas como tú, tiene un tigre pequeño. Resulta que el tigre crece un poco y empieza a enseñar los colmillos. A rugir, es decir, a “tigrear”, ¿Qué hace el niño?

N: Se asustará.

T: Y una vez que se asusta, ¿Qué puede hacer el niño?

N: Tranquilizarlo.

T: ¿Cómo?

N: Le da una galleta.

T: Y el tigre, ¿Qué hace?

N: Se la come y se calla. Como los bebés, se ponen a llorar hasta que les das de comer.

T: ¡Muy bien! Pero al día siguiente empieza a “tigrear” otra vez y... ¿Qué hace el niño?

N: Le echa otra comida.

T: Empieza otra vez a enseñar los colmillos y...

N: Y ahora le echo pienso.

T: Resumiendo, todos los días, cuando el tigre “tigrea”, al niño le da miedo y le da de comer. El

tigre otra vez “tigrea”, al niño le da miedo y le da de comer, ¿Y cómo se pone el tigre?

N: Cada vez más grande.

T: Cuanto más come...

N: Más grande.

T: y cuanto más grande...

N: Mas grande.

T: Y cuanto más grande...

N: Más miedo da.

T: Muy bien ¿No se parece eso un poco a lo que te pasa a ti con el miedo cuando te acuestas?

N: Sí, porque es como si le voy dando de comer al miedo y más grande se hace.

T: ¿Cómo le vas dando de comer al miedo o al tigre?

¿Qué haces para que no rechiste el tigre?

N: Llamo a mi madre.

T: Muy bien. Eso es como si tú le das comida al tigre. Llamas a tu madre y el tigre se calla, enciendes la luz y el tigre se calla. ¿A quién le das comida así?

N: Al tigre.

T: ¿Y el tigre es?

N: El miedo.

T: ¿Cómo está el miedo?

N: Grande.

T: Unos días más que otros, ¿no? Hay unos días que no ruge mucho el tigre y otro sí. Al día siguiente, lo mismo. ¿Qué podemos hacer, qué puede hacer el niño?

N: Ignorarlo.

T: Cuando el tigre "tigrea", ¿qué haces?

N: Ignorarlo.

T: Porque, ¿Quién manda así?

N: El niño.

T: ¿Antes quién mandaba?

N: El tigre.

T: Cuando tú vas a dormir, ¿Quién manda?

N: El miedo.

T: Y G, ¿Qué hace?

N: Llamo a mi madre.

T: Claro, pero a la noche siguiente, ¿Quién manda?

N: El miedo.

T: Esta G y el miedo de G. ¿Quién manda?

N: el miedo.

T: ¿Y qué conseguimos con eso? Con llamar a tu madre y encender la luz, ¿qué conseguimos?

N: Seguir dándole de comer.

T: Muy bien, y así el miedo está cada vez más grande.

Anexo C: La metáfora del ajedrez:

Se pide al cliente que se imagine un tablero de ajedrez en el que hay fichas blancas y negras jugando una partida. Las fichas blancas serían los pensamientos “positivos” que el paciente tiene, aquellos sentimientos con los que se siente a gusto, etc. Por el contrario, las fichas negras serían las voces, los pensamientos, emociones, dudas, etc., contra las que el paciente ha estado luchando, aquello que ha intentado expulsar de su vida. Pues bien, planteada así la situación se pregunta al cliente quién sería él en esta hipotética partida. Por lo habitual, las personas suelen contestar que ellos son las fichas blancas. Ante esta respuesta el terapeuta debería pararse y pedirle al cliente que considere alguna otra posibilidad. Si él no fuera las fichas blancas, ¿Quién sería? Se puede sugerir al cliente que tal vez fuera el tablero que contiene tanto las fichas blancas (los pensamientos, emociones, etc., que gustan) como las negras (lo que no gustan). De hecho, está claro que él tiene tanto aspectos “blancos” como “negros”. El juego ha sido, hasta ahora, intentar que las blancas ganen la partida; pero este juego ha resultado muy poco fructífero y tal vez haya traído más costes que beneficios. Otro juego posible sería mover el tablero hacia la dirección que se estima adecuada, vayan ganando blancas o las negras. Tal vez sea más difícil mover el tablero cuando las negras van ganando la partida; pero también

tendría más mérito. El siguiente diálogo ilustra una reflexión del terapeuta a propósito de esta metáfora:

- TERAPEUTA: Según me has dicho tu tablero no parece estar muy bien situado. Parece que estás jugando la partida en un sitio frío, con lluvia, con ruido... un sitio molesto y desagradable. A lo lejos puedes ver un sitio en el que te gustaría estar jugando, pero está ahí... a lo lejos... Por ahora estás más pendiente de la partida que de dónde estás jugando esa partida. ¿Te interesa cambiar de sitio? ¿Quieres cambiar tu vida?

Este ejercicio consiste, básicamente, en poner las condiciones para que el cliente haga contacto con la variedad de pensamientos, emociones, sentimientos, roles, apariencias, etc. Que ha tenido a lo largo de su vida. Toda esta variedad no ha menoscabado, sin embargo, un cierto aspecto de su identidad como persona, su “yo contexto”. El ejercicio tiene como propósito el que la persona haga contacto con esa experiencia de continuidad personal. Para ello se solicita al cliente que se siente en una silla cómoda y cierre los ojos. A continuación, se le pide que haga contacto con la situación que se presenta en ese momento; que note el contacto de su cuerpo con la silla y con sus ropas, con el suelo, su respiración, los ruidos de la habitación. Etc. Una vez hecho esto se van presentando distintas situaciones. Por ejemplo, se pide que recuerde un momento en que él era un niño de pocos años, y también otro en que tuviera más edad. O un momento en que hubiera estado feliz y otro muy triste. Etc. Lo importante es que, a medida que realiza el ejercicio, el cliente note que hay algo que en todas las situaciones por contradictorias que fueran han permanecido constante. Este algo, es como se decía anteriormente, el observador de sí mismo. A pesar de que los comportamientos o roles desempeñados por el cliente han sido muy diversos, el observador ha sido siempre el mismo: él mismo. Se ha de insistir que no se trata de una “idea”, sino de una experiencia. El cliente debería experimentar realmente que, a pesar de haber hecho cosas muy distintas, ha seguido siempre manteniendo un aspecto que es común a todas estas conductas. Es siempre “él” (como contexto) quien se ve haciendo cosas muy distintas.

Anexo D: ejercicio de elección de objetos:

Tomando dos objetos cualesquiera de la mesa, por ejemplo, un bolígrafo y un libro le pregunta al paciente:

- TERAPEUTA: Elige, el bolígrafo o el libro.

- CLIENTE: ¿Quieres que elija entre uno y otro...Mmmm? El libro.

- TERAPEUTA: ¿Por qué?
- CLIENTE: Porque cuesta más el libro que el bolígrafo.
- TERAPEUTA: Efectivamente. Es verdad que es más caro el libro que el bolígrafo, pero aun así podrías haber elegido el bolígrafo, ¿no? Podrías haber elegido el objeto más barato, en lugar del más caro. ¿no?
- CLIENTE: Supongo que sí.
- TERAPEUTA: Bien, pues de nuevo. ¿El bolígrafo o el libro?
- CLIENTE: el bolígrafo ahora.
- TERAPEUTA: ¿Por qué?
- CLIENTE: Porque la última respuesta que te di, que era el libro, no te sirvió.
- TERAPEUTA: Es verdad que he seguido preguntándote después de que me dijeras que elegías el libro, pero aún así ¿podrías haber elegido de nuevo el libro, ¿no?
- CLIENTE: sí.
- TERAPEUTA: Bien, pues de nuevo. ¿El bolígrafo o el libro?

El ejercicio sigue, validándose siempre las razones que da el cliente y volviendo a pedir que se elija, hasta que la persona dé una contestación como “porque me da la gana”, “porque sí”, “porque quiero”, o algo similar. Cuando se llega a este punto el clínico debería hacer que el cliente reparase en que detrás de las distintas elecciones que toma está siempre, en su radical soledad. Eligiendo qué hacer o qué no hacer.

Anexo E: marco relacional de jerarquía y marcos deícticos:

T: Vamos a hacer otro ejercicio. Quiero que escribas lo primero que te venga a la cabeza (G tiene delante de él unas tarjetas).

N: Coche.

T: Déjalo ahí escrito. ¿Dónde está?

N: Ahí (indicando el papel).

T. Léelo y nada más. Date cuenta de que ahora el pensamiento está en la tarjeta y date cuenta de que tú lo estás mirando. Ahora, cógela y ponla aquí (se la pega en el brazo). Venga, otra cosa.

N: Pressing Catch.

T: ¿Dónde está?

N: Aquí escrito (indicando el papel).

T: Muy bien, date cuenta de que tú, G, puedes ver el pensamiento escrito en la tarjeta. Cógelo y ponlo al lado...

N: Juego al baloncesto.

T: ¿Dónde está?

N: Ahí (indicando el papel).

T: Cógelo, date cuenta de que ahora está en el papel y de cómo puedes verlo y lo pones ahí al lado (lo pone en la mesa). Ahora lo vamos a hacer igual, pero sin escribirlo.

N: Ya está.

T: Venga, otra cosa.

N: Ya está.

T: ¿Dónde?

N: Ahí (al lado).

T: Otra y... ¿Dónde está?

N: Aquí (al lado).

T: Eso, y date cuenta de cómo tú, G, puedes verlo ahí escrito. Otra cosa, ¿Dónde está?

N: Aquí (al lado de las demás en la mesa).