

Andrew Gumley
Matthias Schwannauer



VOLVER A LA NORMALIDAD

después de un

TRASTORNO PSICÓTICO

Un modelo cognitivo-relacional
para la recuperación y la prevención de recaídas

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO

**Un modelo cognitivo-relacional para
la recuperación y la prevención de recaídas**

ANDREW GUMLEY y MATTHIAS SCHWANNAUER

VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO

**Un modelo cognitivo-relacional para
la recuperación y la prevención de recaídas**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:
STAYING WELL AFTER PSYCHOSIS.
A cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention
© 2006, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, West Sussex, England

Traducción: Francisco Campillo Ruiz

ANDREW GUMLEY
Universidad de Glasgow
MATTHIAS SCHWANNAUER
Universidad de Edimburgo

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2008
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-2281-3
Depósito Legal: BI-
Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

Índice

Prefacio.....	15
Prólogo de Max Birchwood	21
Agradecimientos.....	25

PARTE I: VISIÓN GENERAL TEÓRICA

1. Perspectivas actuales respecto de las recaídas, y de la detección y prevención de recaídas	29
Introducción	29
Las terapias psicológicas y la prevención de recaídas.....	31
Terapias de familia.....	32
Terapia cognitivo-conductual.....	33
Los afectos, el sentido y las recaídas	47
Observador externo versus detección efectuada por el propio sujeto	52
El estrés emocional como una reacción psicológica	53
Experiencias subyacentes	53

Un modelo cognitivo-conductual para explicar los primeros signos y las recaídas	55
La medicación antipsicótica y las recaídas	60
Dosis bajas o supresión de la medicación antipsicótica ...	63
Las consecuencias de volver a la normalidad después de un trastorno psicótico	68
 2. La teoría del apego, el fenómeno de la autorregulación y la psicosis.....	71
Introducción	71
Pautas de apego.....	75
Tipos de apego.....	76
La teoría del apego y la psicopatología ulterior.....	77
Seguridad y autonomía.....	80
El apego inseguro.....	81
El apego desorganizado	82
Estabilidad de la organización vincular	83
Organización vincular y psicosis.....	85
La utilidad del tratamiento y la relación con el servicio...	87
El apego no resuelto.....	89
 3. Los factores psicológicos que intervienen en la vulnerabilidad y la transición hacia la recaída	91
Introducción	91
El contexto interpersonal	93
El contexto evolutivo de la expresión emocional.....	100
El contexto social más amplio de la psicosis	102
Urbanización, migración y discriminación	103
Acontecimientos vitales significativos	105
Traumas	108
Traumas infantiles tempranos	108
La psicosis como acontecimiento traumático.....	109
Recursos interpersonales.....	111
La valoración de la psicosis y el estrés emocional.....	115
Conclusiones.....	117

PARTE II:
VISIÓN GENERAL DE LA ESTRUCTURA,
EL ESTILO Y LA ORGANIZACIÓN DE LA TERAPIA

4. Visión general de los principios y procedimientos	121
Introducción	121
Objetivos primarios y secundarios.....	122
Evaluación	122
Estrés emocional	123
Experiencias psicóticas.....	123
Creencias respecto de la psicosis	124
Funcionamiento interpersonal	125
Nivel de compromiso, alianza terapéutica y creación de lazos	128
Introspección y capacidad de reflexionar sobre uno mismo	129
La estructura de la terapia	130
El estilo de la terapia	133
Listado de problemas.....	133
Formulación del problema	134
Mentalidad compasiva y mentalidad racional	135
Relación terapéutica	136
Estilo narrativo.....	138
Los elementos básicos de la actitud terapéutica.....	139
Esbozo general de las sesiones de terapia.....	141
Compromiso terapéutico y formulación del problema (sesiones 1-10)	141
Transformación de las creencias y de las estrategias interpersonales problemáticas (sesiones 11-20).....	145
Fase final y cierre del proceso (sesiones 21-30)	147
Modelo de servicio	148
5. Estrategias para el favorecimiento del compromiso y la formulación del problema	151
Introducción	151
Organización vincular, recuperación y estrés emocional.....	152
Validación.....	159

La evolución del discurso terapéutico	166
Formulación del caso.....	168
Principios generales	168
Formulación de casos dentro del marco de la terapia	
cognitivo-relacional	171
Ejemplo de un caso	173
Formulación diagramática	175
Conclusiones.....	176

PARTE III: ESTRATEGIAS COGNITIVAS E INTERPERSONALES ESPECÍFICAS PARA LA RECUPERACIÓN Y LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DESPUÉS DE PASAR POR UNA PSICOSIS CLÍNICA

6. Reorganización de la identidad durante la recuperación:	
trabajar la humillación, la paralización y la pérdida	181
Introducción	181
Los acontecimientos vitales y sus distintos aspectos.....	182
El modelo de Bowlby acerca de la pérdida	188
El duelo atípico	190
Intervenciones y técnicas clínicas	192
Analizar la pérdida, la humillación y la sensación de	
estar atrapado	194
Trabajar las valoraciones idiosincrásicas	198
Desarrollar imágenes y valoraciones alternativas.....	202
Trabajar el sentido y la narrativa	203
Conclusiones.....	208
7. Trabajar la desconfianza interpersonal: desarrollar una	
concepción de la mentalidad paranoide.....	211
Introducción	211
El paranoidismo como respuesta a la amenaza interpersonal .	212
A la mentalidad paranoide le inquietan las amenazas	
personales externas.....	213
La mentalidad paranoide toma decisiones rápidas	213

La mentalidad paranoide supone un despliegue estratégico....	214
Apego y paranoidismo	215
Problemas relacionados con el término “paranoide”	217
Trabajar el estrés emocional personal asociado a la mentalidad paranoide.....	220
Conciencia de la mentalidad paranoide	223
Desarrollo de una base lógica para aceptar el paranoidismo como una respuesta comprensible	225
Beneficios y costes de la mentalidad paranoide	227
Desarrollo de estrategias interpersonales alternativas	230
Conclusiones.....	233
 8. Trabajar las reacciones traumáticas a las experiencias psicóticas	235
Introducción	235
La psicosis como un acontecimiento traumático	236
La teoría del trauma	241
Alteraciones de la memoria autobiográfica.....	242
Asimilación y acomodación.....	246
Analizar las reacciones traumáticas	250
Explicar las reacciones traumáticas	254
Analizar el sentido inherente a los recuerdos y las imágenes traumáticas.....	256
Contrastar las experiencias psicóticas y el trastorno por estrés postraumático.....	262
Conclusiones.....	265
 9. Estrategias interpersonales.....	267
Introducción	267
El entorno social	268
Vulnerabilidades interpersonales.....	268
Calidad de las relaciones interpersonales.....	271
Factores evolutivos.....	272
Los entornos relacionales como base para la intervención psicológica	274
Terapias de familia.....	276

El papel de la ansiedad relacional y de la retracción social ...	278
El inventario interpersonal.....	279
La formulación interpersonal.....	283
Áreas de dificultades interpersonales	286
Trabajar la susceptibilidad interpersonal.....	292
Conclusiones.....	297
 10. Trabajar los esquemas y las creencias nucleares subyacentes.	299
Introducción	299
Pérdida temprana de los padres y psicopatología	300
Abusos y desatención durante la niñez	301
Secuelas psicológicas de los abusos y la desatención durante la niñez	301
Supresión de pensamientos y recuerdos	301
Recuerdos sensoriales implícitos	302
Regulación afectiva y funcionamiento interpersonal	303
El apego no resuelto.....	305
Traumas infantiles tempranos y psicosis	306
Trauma, disociación y esquizotipia	307
Los esquemas y los modelos internos de referencia.....	310
Identificar los esquemas	315
Los esquemas y sus correlatos conductuales	316
Estrategias para cambiar las creencias nucleares dentro de la terapia cognitiva	319
Técnicas basadas en secuencias o progresiones	319
El uso de cuadernos de notas.....	321
Trabajar las estrategias infradesarrolladas	321
Estrategias interpersonales infradesarrolladas	322
Conclusiones.....	328
 11. Conciencia, enajenación y miedo a recaer	329
Introducción	329
Fenomenología de la recaída.....	330
Experiencias subjetivas y psicosis.....	331
Valoraciones y recaída.....	334

Conciencia, enajenación y miedo.....	336
La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la prevención de recaídas.....	339
Analizar las experiencias de recaída.....	340
Explicar las creencias	343
Seguir la evolución de los primeros signos.....	345
La TCC focalizada	346
El orden de los cometidos del tratamiento	346
La entrevista inicial para la TCC focalizada.....	347
Comprobar la formulación.....	347
Descatastrofizar la recaída	348
Negociar la intervención.....	349
Sesiones subsiguientes.....	350
Identificar las creencias más destacadas a nivel emocional	350
Flexibilizar las creencias.....	352
Transformar las creencias	354
Comprobar las creencias transformadas.....	357
Conclusiones.....	358
12. Conclusión	361
Introducción	361
Visión general del manual de tratamiento	361
La formación del terapeuta	368
El contexto terapéutico.....	369
Apéndice 1: Cuestionario de la escala para la valoración del miedo a recaer	371
Apéndice 2: Formulación diagramática de los primeros signos....	373
Bibliografía.....	375

Prefacio

Cuando estábamos escribiendo este libro tuvimos que tomar una serie de decisiones sobre el lenguaje utilizado para referirnos a los sujetos que han pasado por experiencias psicóticas perturbadoras. No nos estamos refiriendo a entidades diagnósticas tales como la esquizofrenia. Consideramos que la psicosis es un término integrador y colectivo que permite describir toda una gama de experiencias, tales como el oír voces o adolecer de creencias paranoides persecutorias. Además, queríamos servirnos de ilustraciones de casos y de ejemplos de diálogos entre paciente y terapeuta con objeto de ilustrar los procesos terapéuticos. Para ello, hemos tenido que tomar en consideración una serie de ejemplos extraídos de nuestra propia experiencia clínica y de supervisión de casos a la hora de ilustrar los distintos elementos de la terapia. A estas ilustraciones de los problemas terapéuticos más característicos y recurrentes les hemos dado unos nombres, para que los lectores puedan seguir la evolución de las distintas situaciones terapéuticas. Dichos nombres no se corresponden con pacientes reales y concretos.

Durante los últimos 15 años se ha producido una revolución en nuestra forma de entender las experiencias psicóticas. Dicha revolución está relacionada con la aceptación cada vez mayor de los

modelos psicológicos de la psicosis, la creciente importancia y centralidad de la implicación activa del paciente, y la evolución de una base de evidencia empírica en favor de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de la psicosis. Sin embargo, por el momento no disponemos de pruebas de que los tratamientos psicológicos individuales tales como la terapia cognitivo-conductual sean eficaces a la hora de prevenir la reaparición de nuevos episodios psicóticos perturbadores. Ello contrasta con las terapias de familia, que sí han demostrado tener efectos importantes y significativos en lo referente a reducir la probabilidad de reaparición del trastorno psicótico y el reingreso hospitalario. Ahora bien, la aprobación y la aplicación de terapias de familia en el ámbito del Reino Unido y demás lugares es limitada, y son muchas las familias que no tienen acceso a este tipo de tratamientos. Además, muchas personas que han pasado por una experiencia psicótica no necesariamente viven con sus familias, y en su lugar puede que vivan solos y estén socialmente aislados, al tiempo que sus problemas fundamentales, tal y como ellos los perciben, pueden no tener que ver con ningún contexto familiar ni relacional. Este es un grupo en el que el riesgo de recaídas es también muy elevado. Además, el impacto de la reaparición del trastorno psicótico puede ser devastador para el propio sujeto, sus personas queridas y sus familiares. La psicosis también puede tener efectos a largo plazo sobre el desarrollo vital del sujeto, particularmente en lo relativo a su desarrollo vocacional y social, que con frecuencia se ve sensiblemente afectado por las secuelas de la irrupción de un primer episodio en la adolescencia tardía. Por ejemplo, los sujetos suelen experimentar traumas personales asociados en relación con la propia psicosis o bien con la experiencia de la hospitalización; suele ser frecuente la pérdida de expectativas y esperanzas respecto del futuro, el deterioro de la individuación secundaria y de la independencia personal, el aumento del distanciamiento respecto de las amistades y los parientes, junto con unos niveles significativos de estigmatización y discriminación socio-económica. La reiteración de sucesivos episodios psicóticos genera pérdidas adicionales, reiteración de la traumatización, experiencias

psicóticas más generalizadas y dolorosas, y una mayor discapacidad social. Por consiguiente, tenemos la impresión de que existe una necesidad urgente de desarrollar una terapia psicológica individual encaminada a prevenir las recaídas. Con objeto de intentar llevar esto a cabo, describimos un modelo integrador de corte cognitivo-interpersonal para ayudar a las personas que se están recuperando de una experiencia psicótica. Presentamos un marco de referencia para el tratamiento psicológico que incluye diversas estrategias terapéuticas, las cuales pretenden facilitar la recuperación emocional respecto de la psicosis y la prevención de la reaparición de la psicosis, además de optimizar el desarrollo interpersonal y social. El presente libro se basa en la premisa de que la psicosis constituye fundamentalmente una experiencia humana normal, cuya forma y contenido reflejan cometidos y experiencias vitales nucleares a nivel cognitivo, interpersonal y evolutivo.

El libro ha sido estructurado de forma que las personas interesadas en la evidencia empírica y teórica de amplio espectro de la que nos hemos servido para desarrollar nuestro modelo terapéutico, deben comenzar por la lectura de los capítulos 1, 2 y 3. La parte II presenta una visión general de la estructura, el estilo y la organización de la terapia. Concretamente, el capítulo 4 aborda las cuestiones relacionadas con la estructura y el estilo terapéuticos, en tanto que el capítulo 5 expone una visión más detallada del proceso de cristalización del compromiso terapéutico y de formulación clínica del problema.

A lo largo de los cinco primeros capítulos nos referimos con frecuencia a la teoría del apego. Este es uno de los temas principales de este libro y de nuestro modelo para favorecer la recuperación después de haber padecido un trastorno psicótico. Existen numerosas razones empíricas y teóricas para ello, y llamamos la atención de los lectores sobre los capítulos 2 y 3 con vistas a una exposición detallada. Sin embargo, nos parece que la fundamentación lógica de este elemento no tiene vuelta de hoja. Pedirles a las personas que padecen una psicosis que busquen ayuda dentro del contexto de la alteración emocional y durante un período en el que el riesgo de recaída

es elevado, constituye una tarea sumamente complicada y exigente. En el caso de muchas personas, el hecho de pedirles que vigilen los primeros signos y pongan en marcha un plan de acción previamente acordado, constituye todo un reto. Pensemos en lo difícil que le resulta a un paciente con un trastorno por angustia mantener, en plena crisis de ansiedad, ¡la creencia de que sus palpitaciones son normales! La teoría del apego nos ofrece una explicación evolutiva de las experiencias de búsqueda de ayuda o de búsqueda de proximidad por parte de los pacientes dentro del contexto de la perturbación y del dolor. La teoría del apego también nos ayuda a reflexionar sobre nuestras propias reacciones, ya sea a nivel individual o del servicio como un todo, ante los esfuerzos del paciente por encontrar un apoyo. En razón de ello, se puede entender el favorecimiento de la recuperación dentro del contexto de este proceso relacional recíproco. Este modelo teórico nos ha ayudado a operativizar qué es lo que pretendemos, en nuestra condición de cuidadores, al subrayar la comprensión, la aceptación, la ausencia de ningún juicio, además de un enfoque afable y sensible, a la hora de ofrecer una terapia psicológica con vistas a la recuperación y la prevención de recaídas después de pasar por una experiencia psicótica.

Al escribir este libro, hemos tratado de evitar las fórmulas fijas. De lo cual se deriva que la evolución del tratamiento no necesariamente debe reflejar la evolución de los capítulos de la parte III del libro. La parte III analiza detalladamente las estrategias cognitivas y relacionales específicas que nos han parecido útiles y que se basan en nuestra experiencia clínica y en nuestra experiencia en el ámbito de la investigación (véase Gumley *et al.*, 2003). Hemos organizado la parte III de manera que refleje los problemas recurrentes más frecuentes asociados a la recuperación y la prevención de recaídas. Ello incluye intervenciones para favorecer la reorganización personal y emocional después de la psicosis (capítulo 6), estrategias encaminadas a abordar la desconfianza y la suspicacia a nivel interpersonal (capítulo 7), estrategias encaminadas a aliviar los efectos traumáticos de la psicosis (capítulo 8), intervenciones interpersonales encaminadas a ayudar a los sujetos a negociar las múltiples exigencias de

su contexto interpersonal y social (capítulo 9), estrategias centradas en los esquemas cognitivos (capítulo 10) y trabajar el miedo a la reaparición de la psicosis (capítulo 11). Esperamos que los lectores se dirijan a los capítulos concretos sobre la base de los problemas y objetivos específicos de sus pacientes, y se sirvan de los capítulos para remitirse a los temas recurrentes desarrollados a lo largo del libro. Esperamos que el capítulo 12 les sirva de ayuda a los lectores en relación con este propósito.

Al analizar los temas recurrentes desarrollados a lo largo de este libro, nos hemos basado principalmente en la labor de los seguidores de la teoría del apego, incluidos Mary Pain, Peter Fonagy y Mary Dozier. También hemos adoptado la perspectiva de que la psicosis constituye un acontecimiento vital grave, que conduce al desarrollo de una perturbación emocional asociada. Para comprender la alteración emocional que se deriva de la psicosis se requiere comprender el proceso de adaptación emocional a la psicosis. Para ello nos hemos basado principalmente en los escritos de Max Birchwood, Tirril Harris y George Brown. Esperamos que el presente manual de tratamiento les sea de utilidad a los terapeutas que aplican tratamientos de familia a las personas cercanas que cuidan de los sujetos aquejados de un trastorno psicótico. En la redacción de este manual nos hemos sentido enormemente influenciados por la labor de Christine Barrowclough. Finalmente, en el proceso de adaptar las estrategias terapéuticas cognitivas y relacionales al contexto del modelo del apego, queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a la labor de Paul Gilbert, que ha influido y seguirá influyendo profundamente en nuestra forma de pensar como terapeutas, psicólogos clínicos e investigadores.

Los modelos y las técnicas descritos en este libro siguen otros dos principios adicionales. Estos son que las intervenciones deben ser convenientemente adaptadas a nivel evolutivo, y que la manifestación de las experiencias psicóticas se entiende como una respuesta adaptativa y comprensible [llena de sentido] a las experiencias vitales personales. La psicosis perturba algunos procesos evolutivos importantes, deformando o deteniendo con ello la trayectoria vital

personal. Al mismo tiempo, la psicosis parece hacer acto de presencia dentro de un contexto evolutivo en particular, lo que nos mueve a sugerir que las intervenciones específicas que pretendan ser sensibles a la perspectiva evolutiva necesitan incluir los cometidos evolutivos y las transiciones evolutivas [los procesos evolutivos, en definitiva]. Finalmente, proponemos que las experiencias psicóticas constituyen una manifestación de la adaptación evolutiva por parte de los sujetos, así como una respuesta a acontecimientos y transiciones vitales cruciales. Las personas que desarrollan una psicosis suelen haber padecido experiencias tempranas adversas, las cuales ejercen un impacto sobre el desarrollo cognitivo, emocional e interpersonal.

Andrew Gumley y Matthias Schwannauer
Glasgow y Edimburgo

Prólogo

Después de muchos años de investigación y práctica de la psicoterapia en el *Chestnut Lodge Institute* de Estados Unidos, Tom McGlashan se lamentaba: “¿Qué ha sido de la psicoterapia de la esquizofrenia?” (McGlashan, 1994). Parecía estar sentenciada debido al empuje de la neurociencia. Simultáneamente, en el Reino Unido se producía un renacimiento de la psicoterapia aplicada a la psicosis bajo los auspicios de la terapia cognitiva. Tuvimos ocasión de redescubrir a la “persona” que había detrás de la psicosis: las personas aquejadas de psicosis ya no eran meras esponjas pasivas de la experiencia psicótica, sino agentes activos en busca del sentido y del control de su trastocada vida mental. Recientemente también hemos tenido ocasión de asistir al reencuentro entre la emoción y la psicosis (todavía en el período de noviazgo, sospecho), después de la afirmación de Jaspers de que había que separar “la emoción de la locura propiamente dicha”. Ello nos ha permitido analizar las interrelaciones entre la emoción y la psicosis (Freeman & Garety, 2003), así como los distintos caminos que conducen a la disfunción emocional en las psicosis (Birchwood, 2003).

Estos cambios de paradigma se han traducido en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a las psicosis (TCCp). La primera

generación de dichos estudios fue un éxito y se valoró utilizando los objetivos tradicionales empleados en los ensayos con fármacos (síntomas psicóticos, recaídas). Fue así como la TCCp se ganó la aprobación dentro de la *National Schizophrenia Treatment Guidelines* (plan nacional) para el tratamiento de la esquizofrenia] en el Reino Unido y Estados Unidos; sin embargo, ha ido en aumento la desagradable impresión de que ello ha sido así a expensas de los verdaderos orígenes y del auténtico objetivo de la TCC y de que, por consiguiente, nos decidimos a adoptar la metáfora neuroléptica aplicada a la TCCp con objeto de recuperar la respetabilidad para la psicoterapia de la esquizofrenia.

Estamos entrando en una nueva fase de la TCCp en la medida en que el procesamiento emocional e interpersonal que tiene lugar dentro del marco de la psicosis comienza a ocupar el centro de nuestro pensamiento. ¡Estamos saliendo del armario! Ahora comprendemos, por ejemplo, que la valoración secundaria que se hace de la psicosis puede desembocar en la depresión y la ideación suicida o bien en reacciones traumáticas; y estamos empezando a comprender que el contexto social puede interrelacionarse con la vulnerabilidad evolutiva e influir en el estrés emocional asociado a la psicosis y en las conductas de búsqueda de ayuda. El estrés emocional y la disfunción emocional aparecen ahora cada vez más como los objetivos primarios de la TCCp, y ya no únicamente las alucinaciones y los delirios.

Andrew Gumley y Matthias Schwannauer figuran entre la vanguardia de estos nuevos desarrollos dentro de la TCCp: han emprendido una gran labor en lo relativo a la prevención de recaídas gracias a concentrarse no tanto en la reaparición de los síntomas psicóticos *per se*, cuanto en los sutiles cambios en la vida mental y en la valoración catastrofista que los sujetos hacen de los mismos.

Este es un libro magnífico. Define lo que estoy seguro de que va a caracterizar a la “nueva ola” de TCC aplicada a las psicosis, sobre la base de una firme evidencia en favor de la interrelación de la vulnerabilidad evolutiva, las cogniciones y las emociones en los trastornos psicóticos, exponiendo los programas de intervención con un énfasis distintivo, y ya no simplemente como algo de lo que se echa mano

una vez que fracasan los neurolépticos. El título de la obra y su énfasis en la recuperación y la vuelta a la normalidad son acertados. El libro combina un modelo teórico avanzado, reuniendo los principios de la teoría del apego y de la cognición social, que evolucionan paralelamente en su programa de tratamiento cognitivo-relacional, ilustrado con ejemplos clínicos coloridos y esclarecedores. Por encima de todo, este es un texto sumamente práctico que merece ser ampliamente difundido y aplicado entre los profesionales de primera fila.

Bibliografía

- Birchwood, M. (2003): "Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis" [Fuentes de la disfunción emocional en los episodios psicóticos iniciales], *British Journal of Psychiatry*, 182, 373-375.
- Freeman, D. y Garety, P.A. (2003): "Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations" [Relación entre neurosis y psicosis: la influencia directa de las emociones sobre los delirios y las alucinaciones], *Behavioural Research and Therapy*, 41, 923-947.
- McGlashan, T.H. (1994): "What has become of the psychotherapy of schizophrenia?" [¿Qué ha sido de la psicoterapia de la esquizofrenia?], *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 384 (supl.), 147-152.

Max Birchwood
*Catedrático de Salud Mental de la Universidad de
Birmingham y Director del
Servicio de Intervención Precoz de Birmingham*

Agradecimientos

Nos sentimos obligados hacia muchas personas por el apoyo y la inspiración que nos han brindado en la realización de este proyecto. En primer lugar, queremos reconocer y dar las gracias a nuestros pacientes y a sus familiares, que han configurado y dotado de sentido a nuestra experiencia clínica. Dicha experiencia nos ha alentado a tratar de comprender el proceso de adaptación a la experiencia psicótica, y a desarrollar y operativizar el modelo de terapia bosquejado en este libro. También queremos agradecer la paciencia y el apoyo de nuestros colegas y amigos en el ámbito de nuestra labor clínica y académica. En particular, queremos agradecer el apoyo de nuestros colegas del Servicio de Intervención Precoz del Área Norte de Glasgow (*North Glasgow Early Intervention Service*, ESTEEM), y del Servicio de Apoyo a las Psicosis de Inicio Temprano (*Early Psychosis Support Service*, EPSS) de la Unidad Infanto-Juvenil de Edimburgo.

También queremos darles las gracias a las siguientes personas por la inspiración que nos han facilitado: Aaron T. Beck, Tony Morrison, Max Birchwood, Nick Tarrier, David Fowler, Philippa Garety, Douglas Turkington, Gillian Haddock, Mick Power, Kevin Power y

Kate Davidson. Nos gustaría igualmente dar las gracias de forma especial a Angus Macbeth, Nicola Clark y Emma Seel por su ayuda en la elaboración de este manuscrito. Finalmente, son muchas las horas que hacen falta para escribir un libro, tiempo que sacamos de muchos fines de semana y de muchas noches. Por ello, nos gustaría darles las gracias a nuestros familiares, nuestros amigos y nuestras parejas, Lee-Anne y Claire, por su apoyo constante y paciente.

I VISION GENERAL TEÓRICA

1 Perspectivas actuales respecto de las recaídas, y de la detección y prevención de recaídas

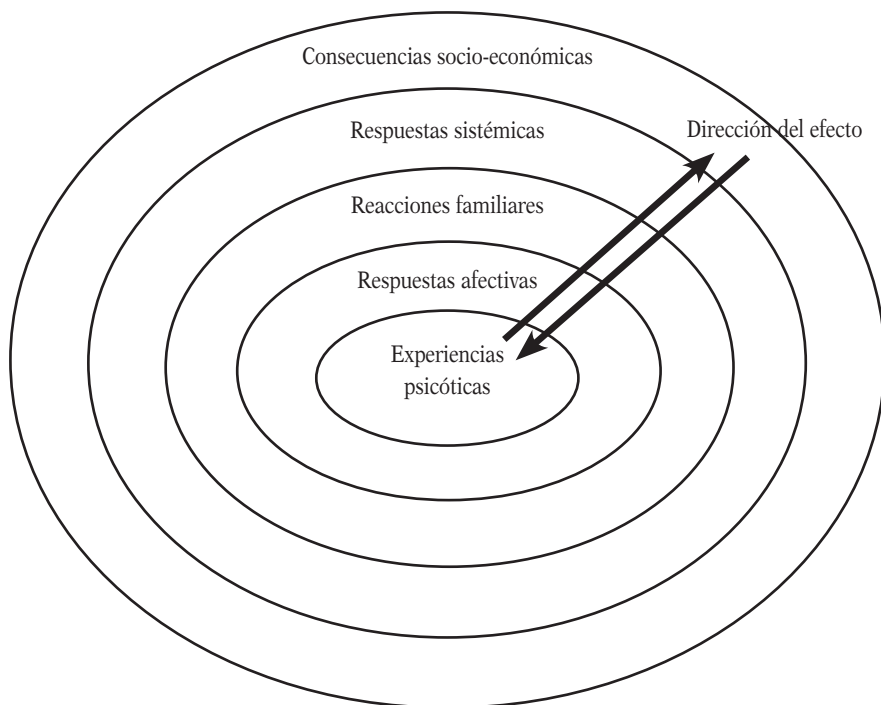
Introducción

En este capítulo, repasaremos brevemente la evidencia a favor de las terapias psicológicas en la prevención de recaídas. Después de este breve repaso, describiremos un modelo psicológico que permite conceptualizar los primeros signos de reaparición de la psicosis. Alegaremos que las recaídas deben entenderse desde (1) el contexto de la persona en particular, sus creencias y apreciaciones respecto de la recaída y la psicosis; (2) el contexto interpersonal individual; y (3) la manera en que los sistemas asistenciales responden al reto de la prevención de recaídas en el caso de aquellos sujetos propensos a tener experiencias psicóticas recurrentes. Nuestra definición general de recaída es la de un término médico que se utiliza para describir la recurrencia de un episodio de la enfermedad o la exacerbación de los síntomas de la enfermedad, los cuales habían remitido parcialmente. Lo importante, sin embargo, en relación con la psicosis, es que la recaída hace referencia principalmente a la reaparición o la exacerbación de experiencias psicóticas positivas asociadas probablemente a niveles elevados de perturbación emocional y de deterioro del fun-

cionamiento social, vocacional e interpersonal. La combinación de experiencias psicóticas, alteración emocional y deterioro funcional puede conducir a que la persona sea voluntaria o involuntariamente ingresada en el hospital. Es importante reconocer la profunda disminución de las posibilidades educativas, vocacionales y sociales que acompaña a la recaída. Además, la recaída trae consigo nuevas y mayores amenazas para la estructura y el funcionamiento familiar.

La recaída se ha asociado con la evolución de un mayor número de experiencias psicóticas residuales y generalizadas [*pervasive*, omnipresentes] (Wiersma *et al.*, 1998), mayor incapacidad social (Hogarty *et al.*, 1991), aumento del riesgo de depresión y de ideación suicida (Iqbal *et al.*, 2000) y niveles más intensos y elevados de problemas familiares (Barrowclough *et al.*, 2001). Hablando en términos

Figura 1.1. El contexto personal, interpersonal y sistémico del proceso de recaída



psicológicos, la recaída es un hecho vital crucial y potencialmente devastador, con profundas consecuencias para el bienestar emocional y psicológico de la persona y de sus familiares o sus personas queridas. Además, no debemos subestimar los efectos de la recaída de un sujeto sobre el personal auxiliar y los profesionales de la salud encargados de su bienestar. Muchos miembros del personal pueden sentirse decepcionados y muy críticos consigo mismos o, por el contrario, sentirse frustrados y enfadados. Por tanto, cualquier intento de elaborar una formulación exhaustiva del proceso de recaída debe integrar plenamente todos los factores a nivel individual (por ejemplo, los significados y apreciaciones personales, las reacciones afectivas y las respuestas conductuales), el nivel interpersonal (por ejemplo, las atribuciones de los familiares y sus correspondientes reacciones emocionales y conductuales asociadas), y el nivel sistémico (esto es, las respuestas de los servicios, los profesionales de la salud y el personal auxiliar). En la figura 1.1 aparece ilustrada gráficamente la relación bidireccional entre los factores personales, interpersonales y sistémicos.

Las terapias psicológicas y la prevención de recaídas

Antes de describir nuestro modelo psicológico para definir los primeros signos de la recaída, revisaremos brevemente la evidencia actual en favor de los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces en la prevención de recaídas en sujetos diagnosticados de esquizofrenia. Nos centraremos en particular en la terapia de familia y la terapia cognitivo-conductual (TCC). Alegaremos que si bien existe una firme evidencia en favor de que las intervenciones familiares constituyen un enfoque eficaz con vistas a ayudar a las familias y los individuos a favorecer la recuperación después de una psicosis clínica, no obstante es necesario crear terapias individuales que permitan apoyar e intensificar la labor familiar o bien puedan ser aplicadas aisladamente como un posible enfoque psicológico para prevenir las recaídas.

Terapias de familia

Pitschel-Walz y colaboradores (2001) describen un metaanálisis de 25 estudios, que evalúa la eficacia de las intervenciones familiares para la prevención de recaídas en sujetos diagnosticados de esquizofrenia. Los meta-análisis previos (Mari & Streiner, 1994, 1996; Pharoah *et al.*, 1999), que contenían un total de 13 estudios, sugerían que las intervenciones familiares aplicadas a la esquizofrenia eran moderadamente eficaces a la hora de disminuir la frecuencia de las recaídas y reingresos. Pitschel-Walz y colaboradores tuvieron la posibilidad de incluir más estudios que todavía no habían sido publicados cuando se realizaron estas revisiones anteriores. En total, estos autores identificaron 39 estudios; cuatro de ellos fueron excluidos porque no tenían grupo de control, nueve no eran estudios aleatorizados y en otro de ellos no aparecían las comparaciones grupales. Doce estudios comparaban la terapia familiar con los cuidados habituales (Goldstein *et al.*, 1978; Leff *et al.*, 1985; Spiegel & Wissler, 1987; Spencer *et al.*, 1988; Tarrier *et al.*, 1989; Kelly & Scott, 1990; Hogarty *et al.*, 1991; Posner *et al.*, 1992; Vaughan *et al.*, 1992; Randolph *et al.*, 1994; Xiong *et al.*, 1994; Zhang *et al.*, 1994). Pitschel-Walz y colaboradores encontraron que las terapias familiares eran mejores que los cuidados rutinarios a los 6, 9, 12, 18 y 24 meses después de la terapia. Las terapias a largo plazo (las que se prolongaban de 9 a 24 meses) eran más eficaces que las intervenciones a corto plazo (las que duraban menos de 3 meses). Además, en cinco estudios que combinaban la intervención familiar con la intervención individual (Cranach, 1981; Kelly & Scott, 1990; Hogarty *et al.*, 1991; Buchkremer *et al.*, 1997; Pitschel-Walz *et al.*, 1998), dicha combinación daba mejores resultados que los cuidados rutinarios. Pero la adición de la terapia individual a la intervención familiar no generaba unas mejoras significativas en los porcentajes de recaídas por contraste con la intervención familiar aislada. Otros seis estudios comparaban la intervención familiar con la terapia individual (Ro-Trock *et al.*, 1977, Fallon *et al.*, 1982, 1985; Kelly & Scott, 1990, Hogarty *et al.*, 1991; Telles *et al.*, 1995; Hogarty *et al.*, 1997a, 1997b). No aparecían diferencias significativas a nivel de eficacia entre los

dos tipos de intervención durante el primer año después del inicio del estudio. Sin embargo, dos años después de que los sujetos se incorporasen al estudio, la intervención familiar arrojaba mejores resultados que la terapia individual en relación con la prevención de recaídas. Adicionalmente, cinco estudios (Clarkin *et al.*, 1998; Colom *et al.*, 2003; Miklowitz *et al.*, 2000, 2003; Rae *et al.*, 2003) han puesto igualmente de manifiesto que las intervenciones familiares aplicadas a los trastornos bipolares también son eficaces a la hora de prevenir las recaídas.

Terapia cognitivo-conductual

En la tabla 1.1 aparecen resumidos el tipo de diseño básico, los sujetos que participaron, los resultados obtenidos y los períodos de seguimiento. Se identificó un total de 35 artículos que describen 23 ensayos aleatorizados controlados que comparaban la TCC con al menos otra modalidad diferente de tratamiento, incluyendo un total de 2.206 participantes diagnosticados de esquizofrenia o similar.

Los estudios identificados para esta revisión eran heterogéneos en lo referente a las poblaciones participantes y las medidas utilizadas para evaluar los resultados. Uno de los estudios (Barrowclough *et al.*, 2001; Haddock *et al.*, 2003) se centraba en sujetos con problemas comórbidos de consumo de drogas. Cuatro estudios (Drury *et al.*, 1996; Haddock *et al.*, 1999; Lewis *et al.*, 2002; Startup *et al.*, 2004) incluían la aplicación de la terapia cognitiva durante la fase aguda y de recuperación. Ocho estudios (Lecompte, 1996; Garety *et al.*, 1998; Pinto *et al.*, 1999; Tarrier *et al.*, 1999; Sensky *et al.*, 2000; Turkington & Kingdon, 2000; Durham *et al.*, 2003; Trower *et al.*, 2004) se centraban en sujetos que presentaban síntomas resistentes a los psicofármacos. Dos estudios (Daniels, 1998; Bechdolf *et al.*, 2004) analizaban la terapia cognitiva grupal. Otros dos estudios (Mc Gorry *et al.*, 2002; Morrison *et al.*, 2004) analizaban la aplicación de la TCC a sujetos con un riesgo muy elevado de desarrollar una psicosis. Otros dos estudios (Kemp & David, 1996; Turkington *et al.*, 2002) se centraban en favorecer la introspección y la toma de

conciencia [*insight*] como objetivo principal. Sólo en cuatro estudios (Buchkremer *et al.*, 1997; Hogarty *et al.*, 1997; Bach & Hayes, 2002; Gumley *et al.*, 2003) el objetivo principal consistía en prevenir la recaída o la rehospitalización.

Aunque se utilizaba una amplia variedad de instrumentos para evaluar los resultados, tres eran las principales medidas utilizadas, a saber, la Escala Abreviada de Valoración Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS, Overall & Gorham, 1962), la Escala Comprensiva de Valoración Psiquiátrica (*Comprehensive Psychiatric Rating Scale* (CPRS, Montgomery *et al.*, 1978) y la Escala para la Valoración del Síndrome Positivo y Negativo (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS, Kay *et al.*, 1987). La BPRS se utilizaba en Buchkremer *et al.* (1997), Daniels (1998), Garety *et al.* (1998), Haddock *et al.* (1999), McGorry *et al.* (2002), Pinto *et al.* (1999), Startup *et al.* (2004) y Tarrier *et al.* (1999). La CPRS se utilizaba en Sensky *et al.* (2000), Turkington & Kingdon (2000) y Turkington *et al.* (2002). La PANSS se utilizaba en Barrowclough *et al.* (2001), Bechdolf *et al.* (2004), Durham *et al.* (2003), Gumley *et al.* (2003), Lewis *et al.* (2002) y Morrison *et al.* (2004). Otros estudios utilizaban la Escala de Evaluación Psiquiátrica (*Psychiatric Assessment Scale* (PAS, Drury *et al.*, 1996), la Escala de Introspección de David (*David Insight Scale*, Kemp & David, 1996; Turkington *et al.*, 2002), la Escala de Acuerdo con las Voces [*Voice Compliance Scale*] y el Cuestionario de Creencias acerca de las Voces [*Beliefs About Voices Questionnaire*] (Trower *et al.*, 2004) como principales medidas de los resultados. Durante este período de tiempo, los estudios de la TCC parecen haberse preocupado más por la mejoría sintomática y, por consiguiente, aparecen orientados hacia la valoración psiquiátrica de los resultados. Los estudios de la TCC se han preocupado menos de la recuperación emocional, la calidad de vida, el funcionamiento social y la vuelta a la normalidad. A este respecto, el estudio de Trower *et al.* (2004) marca un giro en dirección a unos objetivos más propiamente específicos de la TCC, por contraste con la mera evaluación psiquiátrica.

Tabla 1.1. Ensayos aleatorizados controlados (*randomised controlled trials*, RCT de terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la esquizofrenia o similar¹

Estudio	País	Diseño	Criterios diagnósticos	Condiciones de tratamiento	Principales objetivos	Resultados al final del estudio	Duración del seguimiento	Objetivos del seguimiento	Resultados del seguimiento	Comentarios
Bach & Hayes, 2002	Estados Unidos	RCT		ACT (1: n=) TAU (2: n=)	Recaídas	1 > 2	NA	NA	NA	Este fue el primer ensayo de aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> , ACT) a sujetos aquejados de psicosis.
Barrowclough et al., 2001	Reino Unido	RCT	ICD-10 DSM-IV	TCC + MI + FI (1: n=18) TAU (2: n=18)	GAF ^a PANSS Recaídas	1>2 1=2 1>2	18 meses	Pacientes: GAF PANSS Cuidadores: BDI ¹⁰ GHQ ¹¹	1>2 1=2 1=2 1=2	Principales objetivos comunicados a los 9 y a los 12 meses posteriores a la aleatorización MI= entrevista motivacional [<i>Motivational Interview</i>] FI= intervención familiar [<i>Family Intervention</i>].

Tabla 1.1. (cont.)

Estudio	País	Diseño	Criterios diagnósticos	Condiciones de tratamiento	Principales objetivos	Resultados al final del estudio	Duración del seguimiento	Objetivos del seguimiento	Resultados del seguimiento	Comentarios
Bechdolf et al., 2004	Alemania	RCT	ICD-10	GCBT (1: n=40) GPE (2: n=48)	PANSS ^a Conformidad [Compliance]	1>2 1=2	6 meses	Recaida PANSS ^a Conformidad	1>2 1>2 1=2	Las terapias fueron aplicadas en un formato de 6 semanas de tratamiento con seguimientos realizados a los 6 meses posteriores al tratamiento GCBT= terapia cognitivo-conductual grupal [Group Cognitive Behavioural Therapy] GPE= grupo de psicoeducación.
Buchkremer et al., 1997	Alemania	RCT	DSM-III-R	PMT + L (1: n=32) PMT+ L + KC (2: n=35) PMT + CP (3: n=34) PMT + CP + C (4: n=33) L (5: n=57)	Reingreso BPRS ^a SANS ^a GAS ^a	1,2,3,4= 5 4 > 5 1,2,3,4= 5 1,2,3,4= 5 1,2,3,4= 5	5 años	Reingreso BPRS SANS GAS	1,2,3,4= 5 4 > 5 1,2,3,4= 5 1,2,3,4= 5 1,2,3,4= 5	Principales objetivos de este estudio comunicados a los 2 años posteriores a la aleatorización PMT = psicoeducación L = grupo de tiempo libre [Leisure group] KC = asesoramiento de un trabajador social personalizado [Key-person Counselling] CP = psicoterapia cognitiva [Cognitive Psychotherapy].

Daniels, 1998	Estados Unidos	RCT	DSM-IV	IBT (1: n=10) WL (2: n=10)	GAF CGI ²⁰ OLS ²¹ BPRS	No se informa de las diferencias grupales	Los participantes que recibieron TCC mejoraron significativamente en GAF, pero no en CGI, OLS, BPRS El tratamiento grupal se prolongó 16 sesiones, a un ritmo de dos sesiones semanales. Los objetivos corresponden al IBT = post-tratamiento. terapia conductual integradora [<i>Integrative Behaviour Therapy</i>] WL = lista de espera [<i>Waiting List</i>].
Drury <i>et al.</i> , 1996, 2000	Reino Unido	RCT	WHO	TCC (1: n=20) ATY (2: n=20)	12 semanas: PAS ²² Positivo PAS Desorganización PAS Negativo 9 meses: PAS Positivo PAS Desorganización PAS Negativo	1>2 1=2 1=2 1>2 1=2 1=2	Reingreso PAS 5 años 1=2 1=2 ATY = actividad / recreación.

Tabla 1.1. (cont.)

Estudio	País	Diseño	Criterios diagnósticos	Condiciones de tratamiento	Principales objetivos	Resultados al final del estudio	Duración del seguimiento	Objetivos del seguimiento	Resultados del seguimiento	Comentarios
Durham <i>et al.</i> , 2003	Reino Unido	RCT	DSM-IV ICD-10	TCC (1: n=22) SP (2: n=23) TAU (3: n=21)	PANSS PSYRATS ^a GAS	1=2=3 1=2=3 1=2=3	12 meses	PANSS PSYRATS GAS	1>2,3 1,2>3 1=2=3	Los resultados del final del tratamiento fueron tomados a los 9 meses con un seguimiento de 3 meses. SP = psicoterapia de apoyo [<i>Supportive Psychotherapy</i>].
Garety <i>et al.</i> , 1998	Reino Unido	RCT	DSM-III-R	TCC (1: n=28) TAU (2: n= 32)	BPRS	1>2	18 meses	BPRS Estrés emocional delirante ⁷ Frecuencia de las alucinaciones ⁷	1>2 1>2 1>2	
Gumley <i>et al.</i> , 2003 gía	Reino Unido	RCT	DSM-IV	TCC (1: n=72) TAU (2: n=72)	Recadas Reingreso	1>2 1=2		PANSS SFS ^a		PANSS positivo, negativo y escalas de psicopatología global analizadas por separado.
Haddock <i>et al.</i> , 1999	Reino Unido	RCT	DSM-IV	TCC (1: n=10) TAU (2: n=11)	Días para el alta BPRS PSYRATS	1=2 1=2 1=2 1=2	24 meses	Reingreso	1=2	

Hogarty <i>et al.</i> , 1997	Estados Unidos	RCT	RDC	PT (1: n=74) FT (2: n=50) ST (3: n=53)	Recaída (psicótica y afectiva)	Ensayo 1 1>2,3 Ensayo 2 1 < 3	Los objetivos para los pacientes que vivían con familia (Ensayo 1: n=97) y sin familia (Ensayo 2: n=54) fueron analizados por separado. Los resultados-objetivo corresponden a los 3 años posteriores a la aleatorización: PT = terapia personal [<i>Personal Therapy</i>] FT = terapia de familia [<i>Family Therapy</i>] ST = terapia de apoyo [<i>Supportive Therapy</i>] .
Kemp, 1998	Reino Unido	RCT	DSM-III-R	ComT (1: n=39) TAU (2: n=35)	Conformidad Actitud hacia el tratamiento ¹² Insight ¹³ GAF	1>2 1>2 1>2 1>2	ComT = terapia de conformidad [<i>Compliance Therapy</i>]. 18 meses Conformidad Actitud hacia el tratamiento Insight GAF
Lecompte, 1996	Estados Unidos	RCT		TCC (1: n=32) Con (2: n=32)			Con = conversación no directiva.
Lewis <i>et al.</i> , 2002	Reino Unido	RCT	DSM-IV	TCC (1: n=101) SC (2: n=106) RC (3: n=102)	PANSS PSYRATS	1>2,3 1=2=3	La TCC apareció asociada a una mejora más rápida por contraste con la SC y la RC SC = asesoramiento de apoyo [<i>Supportive Counseling</i>] RC = cuidados rutinarios [<i>Routine Care</i>]. 18 meses PANSS PSYRATS Reingreso 1=2=3

Tabla 1.1. (cont.)

Estudio	País	Diseño	Criterios diagnósticos	Condiciones de tratamiento	Principales objetivos	Resultados al final del estudio	Duración del seguimiento	Objetivos del seguimiento	Resultados del seguimiento	Comentarios
McGorry <i>et al.</i> , 2002	Australia	RCT	N/A	TCC + Risp (1: n=31) CM (2: n=28)	Evolución BPRS SANS	1>2 1=2 1=2	12 meses	Evolución BPPRS SANS GAF	1=2 1=2 1=2 1=2	Resultados-objetivo del final del tratamiento comunicados a los 6 meses. Ensayo realizado con personas con riesgo extremo de desarrollar una esquizofrenia. TCC + Risp = terapia cognitivo-conductual combinada con dosis bajas de risperidona. CM = gestión [dirección individual] de casos [Case Management].
Morrison <i>et al.</i> , 2004	Reino Unido	RCT	N/A	TCC (1: n=37) Supervisión [Monitoring] (2: n= 23)	Evolución PANSS	1>2 1>2				Resultados-objetivo comunicados a los 12 meses posteriores a la aleatorización. Ensayo realizado con personas con riesgo extremo de desarrollar una esquizofrenia.

Pinto <i>et al.</i> , 1999	Italia	RCT	DSM-IV	TCC (1: n=20) SP (2: n=21)	BPRS SAPS ¹⁴ SANS	1>2 1>2 1=2	Todos los participantes recibieron clozapina. Resultados-objetivo comunicados con posterioridad al tratamiento, 6 meses después de la aleatorización.
Sensky <i>et al.</i> , 2000	Reino Unido	RCT	ICD-10	TCC (1: n=46) BF (2: n=44)	CPRS ¹⁵ MADRS ¹⁶ SANS	1=2 1=2 1=2	Resultados-objetivo post-tratamiento tomados a los 9 meses BF = apoyo amistoso [Befriending]
Siartup <i>et al.</i> , 2004	Reino Unido	RCT	DSM-IV	TCC (1: n=47) TAU (2: n=43)	SAPS SANS BPRS SFS	1>2 1=2 1>2 1>2	Resultados-objetivo post-tratamiento tomados a los 6 meses.
Tarrier <i>et al.</i> , ron 1999	Reino Unido	RCT	DSM-III-R	TCC (1: n=33) SC (2: n=26) RC (3: n=28)	BPRS Reingreso	1>2,3 1,2>3	Los seguimientos tuvieron lugar durante los 12 y 24 meses posteriores al tratamiento. La duración del tratamiento fue de 3 meses.
Trower <i>et al.</i> , 2004	Reino Unido	RCT	ICD-10	TCC (1: n=18) TAU (2: n=20)	Conformidad ¹⁸ Malevolencia ¹⁹ Omniscencia ¹⁹ PSYRATS	1>2 1=2 1>2 1>2	Conformidad Malevolencia Omniscencia Control

Tabla 1.1. (cont.)

Estudio	País	Diseño	Criterios diagnósticos	Condiciones de tratamiento	Control Principales objetivos	Resultados al final del estudio	Duración del seguimiento	Objetivos del seguimiento	Resultados del seguimiento	Comentarios
Turkington & Kingdon, 2000	Reino Unido	RCT	ICD-10 DSM-IV	TCC (1: n=13) BF (2: n=6)	CPRS MADRS	1>2 1=2				Resultados-objetivo comunicados a los 6 meses.
Turkington et al., 2002	Reino Unido	RCT	ICD-10	TCC (1: n=257) TAU (2: n=165)	CPRS Insight ¹³ MADRS	1>2 1>2 1>2				Resultados-objetivo presentados a las 20 semanas.

Notas:

¹ Sobre la base de la estrategia de investigación liderada por el Cochrane Schizophrenia Group (2004) completada por una estrategia adicional de investigación que combina SCHIZOPHRENIA con COGNITIVE y/o BEHAVIO* y/o THERAP* en las bases de datos CINAHL, EMBASE, PsycINFO y MEDLINE.

² Overall JE & Gorham DR (1962): The Brief Psychiatric Rating Scale, *Psychological Reports*, **10**, 799-812.

³ Andreasen NC (1989): Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), *British Journal of Psychiatry*, **155**, 53-58.

⁴ Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL & Cohen J (1970): The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Archives of General Psychiatry*, **33**, 766-771.

⁵ Kay S, Fiszbein A & Opler L (1987): The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, **13**, 261-275.

⁶ Haddock G, McCarron J, Tarrier N & Faragher EB (1999): Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS), *Psychological Medicine*.

⁷ Brett-Jones J, Garety PA, Hemsley D (1967): Measuring delusional experiences: a method and its application, *British Journal of Clinical Psychiatry*, **163**, 257-265.

⁸ Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton C & Copesdale S (1990): The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, **157**, 853-859.

⁹ American Psychiatric Association (1994): *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington (DC), American Psychiatric Association.

¹⁰ Beck AT, Ward T & Mendelson S et al. (1961): An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-571.

¹¹ Goldberg D & Williams PA (1988): *Users guide to General Health Questionnaire*, Windsor, NFER Nelson.

¹² Hogan TP, Awad AG & Eastwood R (1983): A self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity, *Psychological Medicine*, **13**, 177-183.

¹³ David AS (1990): Insight and psychosis, *British Journal of Psychiatry*, **156**, 798-808.

¹⁴ Andreasen NC (1984): *The scale for the assessment of positive symptoms* (SAPS), Iowa City, Universidad de Iowa.

¹⁵ Montgomery SA, Taylor O & Montgomery D (1978): Development of a schizophrenia scale sensitive to change, *Neuropharmacology*, **17**, 1053-1071.

¹⁶ Montgomery SA & Asberg M (1979): A new depression scale designed to be sensitive to change, *British Journal of Psychiatry*, **135**, 382-389.

¹⁷ Krawiecka M, Goldberg D & Vaughn M (1977): Standardised psychiatric assessment scale for chronic psychiatric patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **36**, 25-31.

¹⁸ Beck-Sander, Birchwood M & Chadwick P (1997): Acting on command hallucinations: a cognitive approach, *British Journal of Clinical Psychology*, **36**, 139-148.

¹⁹ Chadwick P & Birchwood M (1995): The omnipotence of voices: II The beliefs about voices questionnaire (BAVO), *British Journal of Psychology*, **166**, 773-776.

²⁰ Guy W (ed) (1976): *ECDEU Assessment manual for Psychopharmacology* (ADM 76-338), Washington (DC), US Department of Health Education and Welfare.

²¹ Heinrichs DW, Hanlon TE & Carpenter WT Jr (1984): The quality of life scale: an instrument for measuring the schizophrenic deficit syndrome, *Schizophrenia Bulletin*, **10**, 388-398.

La TCC se comparó con el tratamiento habitual (*Treatment as Usual*, TAU) en 11 ensayos (Garety *et al.*, 1998; Kemp *et al.*, 1998; Haddock *et al.*, 1999; Tarrier *et al.*, 1999; Barrowclough *et al.*, 2001; Lewis *et al.*, 2002; Durham *et al.*, 2003; Gumley *et al.*, 2003; Morrison *et al.*, 2004; Startup *et al.*, 2004; Trower *et al.*, 2004). Un total de 12 ensayos incluían una intervención psicológica comparativa dentro del diseño del estudio (Drury *et al.*, 1996; Lecompte, 1996; Buchkremer *et al.*, 1997; Hogarty *et al.*, 1997; Pinto *et al.*, 1999; Tarrier *et al.*, 1999; Sensky *et al.*, 2000; Turkington *et al.*, 2000; Lewis *et al.*, 2002; McGorry *et al.*, 2002; Durham *et al.*, 2003; Bechdolf *et al.*, 2004). Uno de los ensayos (Daniels, 1998) comparaba la TCC con un grupo control de personas en lista de espera.

En términos de sintomatología psiquiátrica general, la TCC muestra una alentadora evidencia de ser más eficaz por contraste con el TAU (Garety *et al.*, 1998; Tarrier *et al.*, 1999; Barrowclough *et al.*, 2001; Turkington *et al.*, 2002; Gumley *et al.*, 2003; Bechdolf *et al.*, 2004; Morrison *et al.*, 2004; Startup *et al.*, 2004; Trower *et al.*, 2004) u otra intervención psicológica (Drury *et al.*, 1996; Pinto *et al.*, 1999; Tarrier *et al.*, 1999; Turkington & Kingdon, 2000) con posterioridad al tratamiento. Pero los resultados que comparan la TCC con otras intervenciones psicológicas son menos claros. La TCC también se asoció a una reducción de las recaídas por comparación con el tratamiento habitual (Gumley *et al.*, 2003), por comparación con la psicoeducación en grupo (Bechdolf *et al.*, 2004) y por comparación con la terapia de familia (Hogarty *et al.*, 1997). Por otro lado, Tarrier *et al.* (1999) no encontraron ninguna reducción de las recaídas y, de hecho, en el caso de pacientes que viven solos Hogarty *et al.* (1997) encontraron un aumento del porcentaje de recaídas por comparación con la terapia de apoyo. Dos estudios (Drury *et al.*, 1996; Lewis *et al.*, 2002) encontraron que la TCC aparecía asociada a un período más rápido de remisión o una remisión más completa (Drury *et al.*, 1996). Sin embargo, Lewis *et al.* (2002) encontraron que la ventaja de la TCC (por comparación con el TAU) a las cuatro semanas había desaparecido a las seis semanas; en otras palabras, los pacientes que reciben TCC durante la fase aguda logran una remisión sintomática

dos semanas antes que los pacientes tratados con los cuidados rutinarios o con terapia de apoyo. Kemp & David (1998) y Turkington *et al.* (2002) encontraron que la TCC mejoraba la actitud hacia el tratamiento farmacológico y aumentaba la aceptación de la enfermedad. McGorry *et al.* (2002) y Morrison *et al.* (2004) encontraron que la TCC se asociaba a un porcentaje menor de evolución en dirección a un trastorno psicótico crónico, incluida la esquizofrenia.

De los 22 ensayos, 11 informan de seguimientos superiores a los 12 meses posteriores a la aleatorización (Drury *et al.*, 1996; Buchkremer *et al.*, 1997; Hogarty *et al.*, 1997; Garety *et al.*, 1998; Kemp & David, 1998; Haddock *et al.*, 1999; Tarrier *et al.*, 1999; Sensky *et al.*, 2000; Barrowclough *et al.*, 2001; Lewis *et al.*, 2002; Startup *et al.*, 2004). Estos seguimientos fueron realizados a los 18 meses (Garety *et al.*, 1998; Kemp *et al.*, 1998; Sensky *et al.*, 2000; Barrowclough *et al.*, 2001; Lewis *et al.*, 2002; Startup *et al.*, 2004), a los 24 meses (Haddock *et al.*, 1999; Tarrier *et al.*, 1999), a los tres años (Hogarty *et al.*, 1997) y a los cinco años (Drury *et al.*, 1996; Buchkremer *et al.*, 1997). Por consiguiente, en términos de cantidad de estudios realizados, la mejor evidencia en favor del mantenimiento de las ganancias terapéuticas post-tratamiento procede de los seis estudios que han realizado evaluaciones a los 18 meses posteriores a la aleatorización. En los estudios de Barrowclough *et al.* (2001), Garety *et al.* (1998), Kemp & David (1998) y Startup *et al.* (2004), las ganancias terapéuticas inmediatas se mantenían en su mayor parte durante el seguimiento. Todos estos estudios comparaban la TCC con el TAU. El estudio de Sensky *et al.* (2000) no encontró ninguna diferencia entre la TCC y el ofrecimiento de apoyo amistoso (*Befriending*, BF) durante el post-tratamiento. Ahora bien, a los 18 meses los sujetos que recibieron TCC habían seguido mejorando, mientras que los que recibieron BF habían perdido gran parte de lo que habían ganado. El estudio de Lewis *et al.* (citado como Tarrier *et al.*, 2004) no encontró ningún efecto específico en relación con la TCC a los 18 meses, si bien los sujetos que recibieron tratamiento psicológico parecieron mejorar, aunque este hallazgo positivo no se tradujo en

resultados a nivel de recaída o de rehospitalización. Hasta la fecha, no existe evidencia en favor de un efecto específico de la TCC a los dos años (Tarrier *et al.*, 1999). El estudio de Hogarty *et al.* (1997) sí encontró un efecto a favor de la terapia personal [*Personal Therapy*] para los pacientes que vivían con sus familias a los tres años; ahora bien, el tratamiento había sido constante a lo largo de dicho período. Finalmente, se encontró escasa evidencia en favor de la eficacia de la TCC en un seguimiento de cinco años (Buchkremer *et al.*, 1997; Drury *et al.*, 2000). Pero el estudio de Drury *et al.* (2000) encontró que los sujetos que recayeron más de una vez durante el período de tratamiento mostraron unos resultados muy pobres, lo que sugiere la importancia de la prevención de recaídas en el caso de este grupo de pacientes. El estudio de Buchkremer *et al.* (1997) arrojó escasa evidencia de que la aplicación de la TCC combinada con psicoeducación más asesoramiento [*counselling*] protegiera a los participantes de recaer por contraste con la regulación de las actividades de tiempo libre durante los cinco años de tratamiento.

En la revisión de Cochrane, Jones *et al.* (2004) concluyen que:

La aplicación de la terapia cognitiva se ha asociado a cierta reducción de los síntomas de la esquizofrenia, especialmente de los síntomas positivos. Sin embargo, existe una considerable variabilidad en los hallazgos de los diversos estudios y por el momento no es posible aseverar ningún beneficio sustancial en favor de la terapia cognitivo-conductual por contraste con los cuidados habituales o las terapias de apoyo.

Nosotros alegaríamos que alguna de esta variabilidad en los hallazgos se debe en parte a una serie de factores, incluida la diversidad de medidas utilizadas por los equipos de investigación y las diferentes poblaciones (en términos de síntomas y de diagnósticos) investigadas en los ensayos. No parece razonable comparar la TCC aplicada a los síntomas positivos estables pero refractarios a los psicofármacos, con la TCC aplicada durante la fase aguda. Además, recientemente Birchwood (2003) ha alegado que los objetivos de la TCC no deberían ser los mismos que los objetivos de la medicación

antipsicótica. En un ejemplo de esto, Trower *et al.* (2004) informan de la obtención de resultados positivos para su ensayo de terapia cognitiva aplicada a las alucinaciones de recibir órdenes. Son también limitados los datos relativos al mantenimiento de las ganancias de la terapia después del tratamiento; necesitamos más investigaciones en relación con este aspecto.

Adicionalmente, en estos momentos no existe la suficiente evidencia en favor de la aplicación de la TCC como una estrategia para prevenir las recaídas. Ello puede deberse en parte al hecho de que muchos ensayos incluyen participantes que presentan síntomas psicóticos crónicos resistentes a los psicofármacos, pero que en todo lo demás se muestran estables. Además, pocos estudios han elegido el fenómeno de la recaída como principal objeto de estudio. Sin embargo, el examen de los manuales de tratamiento adoptados por los investigadores de los ensayos pone de manifiesto que las estrategias de prevención de recaídas aparecen incluidas dentro de estos programas (Kingdon & Turkington, 1994; Fowler *et al.*, 1995). Dichas estrategias se concentran en ayudar a los sujetos a reconocer y reaccionar a los primeros signos de recaída buscando ayuda, pero no especifican cogniciones ni conductas particulares asociadas a la aceleración de la recaída, ni tampoco especifican estos manuales estrategias psicológicas para abordar las cogniciones ni las conductas durante la recaída. No parece descabellado sugerir que la falta actual de resultados en relación con las recaídas podría deberse tal vez en parte a la inadecuación de los actuales programas de tratamiento con TCC para la reaparición de la psicosis. De hecho, los estudios que eligen específicamente la prevención de recaídas como el objetivo principal ponen de manifiesto que la intervención cognitivo-conductual puede ser eficaz para el mantenimiento de la recuperación y la vuelta a la normalidad después de la psicosis clínica. Necesitamos, pues, un tratamiento psicológico estandarizado específico que tenga por objeto facilitar la recuperación emocional y la prevención de recaídas. Este es precisamente el objetivo que pretende satisfacer este libro.

Los afectos, el sentido y las recaídas

Un aspecto clave de la recaída es la vivencia de niveles elevados de estrés emocional y desregulación afectiva antes, durante y después de la fase aguda de la psicosis. Esto ha sido reconocido desde hace tiempo por los investigadores y los clínicos por igual. Por ejemplo, Docherty y colaboradores (1978) propusieron que con anterioridad al desarrollo de una recaída plena había unas fases identificables que seguían una determinada secuencia que los autores consideraban como el despliegue progresivo de una serie de estados psicológicos. Estas fases se definían en tanto que caracterizadas por sensaciones de desbordamiento, reducción de la conciencia, desinhibición conductual y afectiva, desorganización psicótica y resolución de la crisis. Durante la primera fase de desbordamiento, la persona se siente abrumada por exigencias o por conflictos internos y externos estresantes, unido a sensaciones de miedo, amenaza, ansiedad y nerviosismo. Esta fase viene seguida de la aparición de una variedad de fenómenos mentales perturbadores [intrusivos] que limitan la capacidad que tiene la persona de concentrarse y de pensar. La persona experimenta una sensación de indefensión, desesperanza, insatisfacción y soledad. Durante la fase de desinhibición, la capacidad que tiene el sujeto de modular o de regular sus impulsos internos se ve deteriorada. Los signos y síntomas de esta fase serían la rabia, el pánico y la hipomanía. Ello precede a una creciente desorganización perceptiva y cognitiva, pérdida de la identidad y fragmentación del control durante la fase activa de la psicosis. La formulación de Docherty y colaboradores enfatiza una concepción secuencial de la naturaleza del fenómeno, donde la recaída se caracteriza por la progresión de síntomas no psicóticos crecientes, pasando por el aumento del estrés emocional, la desregulación afectiva, la fragmentación psicológica y la sensación de pérdida del control, hasta culminar en la evolución hacia la psicosis.

La importancia del papel desempeñado por los afectos en la reaparición de la psicosis ha sido demostrada una y otra vez a través de una serie de estudios retrospectivos y prospectivos que analizan

la predicción de la propia recaída. Estudios retrospectivos de individuos y familiares (Herz & Melville, 1980; McCandless-Glimcher *et al.*, 1986; Birchwood *et al.*, 1989) ponen de manifiesto que los primeros signos de recaída más frecuentemente señalados son temor, ansiedad, problemas de sueño, irritabilidad, tensión, depresión y retracción social. En su estudio pionero, Herz & Melville (1980) realizaron el primer intento de identificar y caracterizar sistemáticamente los primeros signos de recaída. En su estudio, se les pidió a un total de 145 personas que habían sido diagnosticadas de esquizofrenia y a 80 de sus familiares que respondieran a la siguiente pregunta: “¿Podría decirnos si se produjeron algunos cambios en sus pensamientos, sus sentimientos y sus conductas que le llevaran a pensar que estaba enfermando y que puede que tuviera que ir al hospital?”. Aproximadamente el 70 por ciento de los participantes informó de que habían advertido cambios. Los familiares tenían una probabilidad ligeramente más elevada que los propios pacientes de identificar los cambios, y en aproximadamente un 66 por ciento de los casos tanto los familiares como los sujetos se mostraban de acuerdo. Para la mayoría de los pacientes y familiares el intervalo de tiempo anterior a la recaída era superior a una semana. Entre el 50 y el 60 por ciento de los pacientes y familiares buscaron ayuda profesional; sin embargo, menos de un 4 por ciento habían sido aconsejados por un profesional de la salud para que obrara de este modo. Adicionalmente, Creer & Wing (1974) también informaron en una investigación con 80 familiares que prácticamente a ninguno se le había asesorado respecto de la naturaleza de los primeros signos de recaída. Las experiencias descritas por los familiares se clasificaron en relación con la frecuencia con la que habían sido comunicadas. Las experiencias comunicadas con más frecuencia fueron temor/ansiedad, tensión y nerviosismo, insomnio, problemas de concentración, y pérdida del apetito y anhedonia. Estos datos son consistentes con la propuesta de Docherty y colaboradores (1978) de que las primeras fases de la recaída parecen caracterizarse por un aumento de la ansiedad, el temor y la tensión. Los hallazgos de Herz & Melville

han sido confirmados por otros tres estudios retrospectivos (Thurm & Haefner, 1987; Kumar *et al.*, 1989; Hamera *et al.*, 1992).

La consistencia con la que se ha informado de los primeros signos ha conducido al desarrollo de investigaciones prospectivas de este fenómeno. En esencia, estos estudios han tratado de identificar la sensibilidad y la especificidad de estos primeros signos como indicadores de una recaída inminente. Obviamente, si estos primeros signos son sensibles y específicos del proceso de recaída, entonces la vigilancia de dichos signos, y del estrés emocional asociado, facilitaría las intervenciones más precoces –lo que potencialmente llevaría a prevenir y/o aminorar la recaída. En el ámbito de la investigación de la fuerza predictiva de la detección de los primeros signos, la *sensibilidad* hace referencia a la capacidad que tiene el sistema de detección de identificar correctamente una recaída inminente. Consiste esencialmente en la proporción de sujetos que advierten los primeros signos previos a una recaída. Por su parte, la *especificidad* se refiere a la capacidad que tienen estos primeros signos de identificar correctamente a los sujetos o los momentos en los que no va a producirse una recaída (véase tabla 1.2).

La tabla 1.3 ofrece un resumen de los estudios prospectivos de la relación entre los primeros signos y las recaídas. Tres de estos estudios (Jolley *et al.*, 1990; Gaebel *et al.*, 1993; Marder *et al.*, 1994) se llevaron a cabo dentro del contexto de un ensayo de intervenciones concurrentes que hace que sea más difícil determinar la relación entre los primeros signos y la recaída, debido al impacto de los distintos tratamientos sobre dicha relación. Cuatro estudios investigan exclusivamente los primeros signos evaluados por un observador externo (Subotnik & Neuchterlein, 1988; Tarrier *et al.*, 1991; Gaebel *et al.*, 1993; Marder *et al.*, 1994), tres estudios investigan tanto los primeros signos evaluados por un observador externo como por el propio sujeto (Birchwood *et al.*, 1989; Malla & Norman, 1994; Jorgensen, 1998) y un estudio investiga exclusivamente los primeros signos evaluados por el propio sujeto (Hirsch & Jolley, 1989). Subotnik & Neuchterlein (1988) informan de un estudio prospectivo

de los primeros signos en relación con la recaída en 50 sujetos. Los sujetos fueron supervisados quincenalmente y la recaída se definió en virtud de una clasificación de grave o extremadamente grave sobre la base de los ítems correspondientes a “contenidos mentales inusuales”, “desorganización conceptual” y/o “alucinaciones” de la BPRS [Escala Abreviada de Valoración Psiquiátrica]. Los síntomas relacionados con el aumento de la suspicacia y de las perturbaciones a nivel de pensamiento permitieron identificar correctamente a 10 de las 17 recaídas. Ello arroja una sensibilidad a la recaída del 59 por ciento. Birchwood y colaboradores (1989) reunieron a 17 sujetos participantes que fueron supervisados quincenalmente utilizando la Escala de los Primeros Signos [*Early Signs Scale*] valorada por el propio sujeto o por un observador externo durante un período de nueve meses. Se definió la recaída como cualquier ingreso hospitalario o bien como el juicio de un profesional respecto de una recaída inminente o de una hospitalización probable. El 82 por ciento de los sujetos que tuvieron una recaída sufrieron un aumento de los primeros signos antes de recaer; el 62 por ciento de los sujetos que mostraron un aumento de los primeros signos siguieron empeorando hasta recaer, lo que significa que el 38 por ciento sufrieron un aumento de los primeros signos pero no siguieron empeorando hasta recaer. Tarrier *et al.* (1991) supervisaron a 56 participantes a razón de una frecuencia mensual. Se definió la recaída como la reaparición de los síntomas psicóticos positivos o bien el empeoramiento de los síntomas positivos persistentes o residuales, los cuales debían prolongarse durante cuanto menos una semana. El estado de ánimo deprimido tomado por separado se asoció con una sensibilidad del 50 por ciento y un porcentaje de especificidad del 81 por ciento.

Tabla 1.2. Sensibilidad y especificidad

	<i>Alta</i>	<i>Baja</i>
Sensibilidad	Bajo n° de falsos positivos	Alto n° de falsos positivos
Especificidad	Bajo n° de falsos negativos	Alto n° de falsos negativos

Tabla 1.3. Estudios sobre la sensibilidad y la especificidad de los primeros signos a la recaída en la esquizofrenia

<i>Estudio</i>	<i>Evaluación de los primeros signos</i>	<i>Número de recaídas</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>
Subotnik & Neuchterlein (1988)	Valorados por un observador	17	59	SE
Birchwood <i>et al.</i> (1989)	Autovalorados	8	62	82
	Valorados por un observador			
Hirsch & Jolley (1989)	Autovalorados	10	73	SE
Tarrier <i>et al.</i> (1991)	Valorados por un observador	16	50	81
Gaebel <i>et al.</i> (1993)	Valorados por un observador	162	8	90
			14	70
			10	93
Marder <i>et al.</i> (1994)	Valorados por un observador	42	37	SE
Malla & Norman (1994)	Autovalorados	24	50	90
	Valorados por un observador			
Jorgensen (1998)	Autovalorados	27	78	45
	Valorados por un observador		30	58

Cuando la depresión se combinaba con las alucinaciones el porcentaje de sensibilidad se elevaba al 62,5 por ciento y el porcentaje de especificidad era del 87,5 por ciento. Malla & Norman (1994) supervisaron a 55 participantes a razón de una frecuencia mensual durante un período de un mínimo de 12 meses (rango: 12 a 29 meses). En dicho estudio muchos aumentos de las experiencias psicóticas no se vieron precedidos por ningún aumento del estrés emocional, a menos que viniera acompañado de un aumento de los síntomas psicóticos. Jorgensen (1998) supervisó a 60 sujetos, 30 de los cuales padecían síntomas psicóticos positivos residuales (“sintomáticos”) en tanto que los otros 30 habían remitido por completo (“asintomáticos”).

Los participantes fueron entrevistados cada quince días durante seis meses o hasta que recayeran. A priori, se seleccionaron diferentes puntos de corte con objeto de identificar los primeros signos. Se definieron estos puntos de corte como cambios en las puntuaciones de los primeros signos ≥ 5 , ≥ 10 o ≥ 15 . Los porcentajes de sensibilidad y especificidad de la Tabla 1.3 corresponden a ≥ 5 . En total, el 45 por ciento de los participantes recayeron, el 27 por ciento de los cuales fueron reingresados en el hospital. En el caso de los participantes sintomáticos, la sensibilidad de los primeros signos a la recaída fue del 88 por ciento y la especificidad del 64 por ciento, y en el caso de los participantes asintomáticos el porcentaje de sensibilidad fue del 73 por ciento y el porcentaje de especificidad del 89 por ciento. A lo largo de los ocho estudios que especifican la sensibilidad y la especificidad de los primeros signos de la recaída, los hallazgos sobre los porcentajes de sensibilidad oscilan del 8 al 88 por ciento, y los porcentajes de especificidad del 45 al 93 por ciento. La comparación estricta entre estos estudios es problemática, dada la naturaleza de las diferencias en la metodología y el diseño. Sin embargo, es posible extraer algunas conclusiones sobre la base de estos datos.

Observador externo versus detección efectuada por el propio sujeto

Si bien no es fácil agrupar conjuntamente los estudios que analizan los primeros signos valorados por un observador externo y valorados por el propio sujeto debido a las importantes diferencias metodológicas, vale la pena resaltar que la sensibilidad media de los primeros signos valorados por un observador externo (Subotnik & Neuchterlein, 1988; Tarrier *et al.*, 1991; Gaebel *et al.*, 1993; Marder *et al.*, 1994) fue del 37 por ciento, mientras que en el caso de los estudios que incluían la detección de los primeros signos valorados por el propio sujeto (Birchwood *et al.*, 1989; Malla & Norman, 1994; Jorgensen, 1998; Hirsch & Jolley, 1989) los resultados arrojaron una sensibilidad media del 68 por ciento. Como recordará el lector, la sensibilidad hace referencia a la capacidad por parte de los primeros signos de identificar correctamente una recaída inminente. Por consiguiente, en este caso los primeros signos valorados por el propio sujeto parecen mucho más

firmes a la hora de predecir la recaída, lo que sugiere que el conocimiento único que tienen los sujetos respecto de sus propias experiencias les brinda una mayor capacidad de predecir las recaídas que los profesionales de la salud que les ofrecen apoyo y tratamiento. Ello también significa que es probable que los sujetos detecten antes sus propios signos idiosincrásicos de recaída. Dependiendo de sus experiencias en relación con anteriores recaídas o episodios psicóticos, es probable que esto genere un nivel elevado de estrés emocional.

El estrés emocional como una reacción psicológica

También parece que cuando los estudios incluyen experiencias psicóticas positivas o psicosis incipientes en sus definiciones de los primeros signos (Subotnik & Neuchterlein, 1988; Birchwood *et al.*, 1989; Tarrier *et al.*, 1991; Jorgensen, 1998), ello incrementa la sensibilidad de la detección de los primeros signos como predictores de posibles recaídas. La inclusión de síntomas psicóticos positivos de bajo nivel tales como, por ejemplo, las ideas de referencia o de control del pensamiento, sugiere que el aumento de la alteración emocional constituye una señal de la reacción emocional de la persona ante la reaparición de las experiencias psicóticas. La consistencia (del 64 al 93 por ciento) que aparece a lo largo de estos estudios respecto de los hallazgos relativos a la especificidad de los primeros signos a la recaída apoyaría esta sugerencia. Esto es, cuando se produce una recaída, casi siempre tiene lugar de antemano un incremento del estrés emocional.

Experiencias subyacentes

Es probable que los sujetos puedan estar respondiendo a cambios muy sutiles en su cognición, percepción y atención, los cuales serían psicológicamente significativos o reminiscentes de experiencias psicóticas anteriores. Estudios anteriores (e.g., McGhie & Chapman, 1961; Chapman & McGhie, 1963; Freedman & Chapman, 1973; Docherty *et al.*, 1978; Henrichs *et al.*, 1985) encontraron en las entrevistas clínicas que los cambios idiosincrásicos en la percepción

de las cogniciones, las emociones y las experiencias interpersonales parecían estar asociados a la psicosis, y que dichas experiencias son diferentes a las de los sujetos en los que la psicosis ha remitido o en los que adolecen de depresión (Cutting, 1985). Chapman & McGhie (1963) sugieren que los sujetos aquejados de psicosis se vuelven conscientes de experiencias inusuales, y que sus reacciones a dichas experiencias pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de la psicosis. Estos autores señalan que la comprensión por parte del psicoterapeuta de las dificultades perceptivas y vivenciales del individuo permitiría mejorar la comunicación. Adicionalmente, también sugieren que la psicoterapia debería tener por objetivos: (1) descubrir las experiencias subjetivas y las dificultades cognitivas del individuo; y (2) reducir las reacciones perjudiciales o ineficaces a dichas experiencias. Bowers (1968) alega que los cambios subjetivos en la percepción y la conciencia son cruciales para la transformación de la experiencia normal en una psicosis clínica. En un relato vivencial extraído de las entrevistas a 15 sujetos aquejados de psicosis, Bowers describe los cambios en la intensificación de la conciencia de los estímulos internos y externos. Asociados a dichos cambios perceptivos, también menciona que los sujetos experimentan un aumento de la sensación de urgencia, una disminución de la necesidad de dormir, unos afectos exagerados, y una intensificación del sentido de la propia identidad. Junto con dicha intensificación de la experiencia, se volvían significativos y relevantes acontecimientos y estímulos internos y externos que normalmente estaban fuera de la conciencia. Los sujetos hablaban de que se sentían atraídos, fascinados, perplejos o aterrorizados por sus propias experiencias. Este estado de intensificación de la conciencia de sí mismo dejaba paso a lo que Bowers denomina “una disolución de la identidad” o una “pérdida de la representación mental de sí mismo”. Dicha pérdida del sentido combinada con la intensificación de la conciencia de los estímulos internos y externos, dejaba paso al desarrollo y la evolución de creencias delirantes erigidas con objeto de conferirle un sentido a “la intensificación y la alteración del flujo sensorial y la experiencia de sí mismo, la ampliación de los criterios de relevancia y el impulso a encontrar una conclusión o un sentido” (1968, p. 352).

Un modelo cognitivo-conductual para explicar los primeros signos y las recaídas

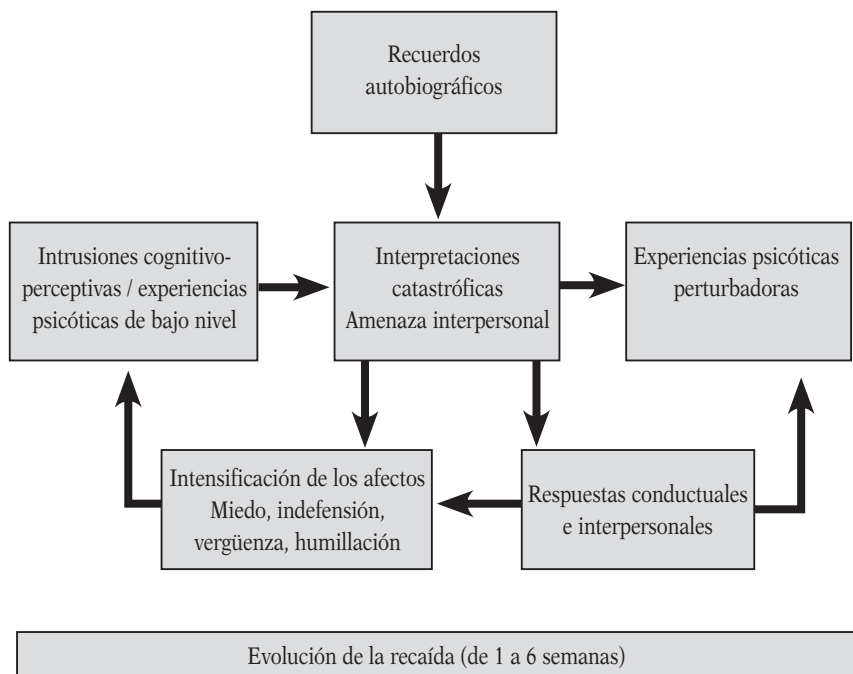
Existen una serie de concepciones psicológicas de la recaída (Thurm & Haefner, 1987; Birchwood, 1995; Gumley *et al.*, 1999). Todos estos modelos enfatizan que los sujetos interpretan algunos signos sutiles (e.g., cambios cognitivo-perceptivos) y/o síntomas aislados (e.g., susceptibilidad interpersonal) como evidencia de una reaparición inminente de su psicosis. Dentro de este contexto, las interpretaciones que hace el individuo de sus experiencias vendrán determinadas por sus recuerdos autobiográficos específicos (de la psicosis). En el caso de los sujetos que no aceptan la idea de tener una psicosis o una enfermedad, dichos signos pueden indicar un incremento de la amenaza interpersonal (e.g., “si mi psiquiatra ve que estoy suspicaz, me volverá a ingresar en el hospital”). Estos recuerdos y apreciaciones impulsan la aparición de un estrés emocional elevado y generan una desregulación afectiva. Las estrategias de afrontamiento adoptadas por los sujetos pueden permitirles reducir sus niveles de estrés emocional o favorecer la estabilización afectiva. Por ejemplo, el hecho de ser capaz de hablar con un amigo o un familiar de confianza, de ser capaz de tranquilizarse a sí mismo, de tener una actitud bondadosa, compasiva y de aceptación hacia uno mismo, de ser capaz de descatastrofizar el hecho de la recaída, o de ser capaz de acceder a la ayuda y la asistencia adecuadas que puedan estar al alcance, todo ello puede tener un efecto positivo sobre la eficacia del afrontamiento. Tres estudios (Brier & Strauss, 1983; McCandless-Glimcher *et al.*, 1986; Hultman *et al.*, 1997) ponen de manifiesto que los pacientes supervisan y regulan sus síntomas con objeto de prevenir la recaída. En los sujetos con trastorno bipolar, Lam (1997, 2001) informa del uso espontáneo de estrategias cognitivas y conductuales de afrontamiento durante los fases preliminares, y del efecto que ejercen sobre el funcionamiento del individuo. Estos estudios informan de que el uso de estrategias conductuales de afrontamiento tiene el efecto de reducir la probabilidad de una recaída maníaca. Por otro lado, el hecho de tener pocos

recursos personales, de vivir en un entorno altamente estresante o de estar aislado socialmente, puede limitar la disponibilidad y la flexibilidad de las estrategias de afrontamiento o las posibilidades de buscar ayuda. El uso de estrategias de afrontamiento tales como el consumo de sustancias psicoactivas [drogas] o la interrupción de la medicación (para reducir los efectos secundarios), puede brindar un alivio a corto plazo, pero aumenta el riesgo de recaer a medio y largo plazo. La evitación y la retracción social pueden aumentar la susceptibilidad interpersonal, las rumiaciones y el estrés emocional, lo que conduce a la indefensión, la desesperanza y la ideación suicida. Hultman *et al.* (1997) vieron que los sujetos con un estilo de afrontamiento tendente a la retracción tenían más probabilidades de recaer que los sujetos que tenían un estilo de afrontamiento más relacional [caracterizado por una orientación más social]. Adicionalmente, las estrategias de control de pensamientos problemáticos o las estrategias de evitación pueden dificultar la refutación de las creencias excesivamente negativas respecto de las recaídas, y en razón de ello: (1) mantener una elevada sensación de amenaza asociada a la recaída; y (2) aumentar la probabilidad de una mayor aceleración del proceso de recaída ante la manifestación de los primeros signos. Las conductas que enfatizan la seguridad [las medidas de seguridad a nivel conductual] son una modalidad de estrategias de afrontamiento encaminadas específicamente a tratar de evitar un efecto temido. Estas conductas ya no sólo tratan de impedir un resultado temido, sino que también le impiden al individuo refutar sus creencias perjudiciales y de este modo desempeñan un papel en el mantenimiento de la ansiedad y la alteración psicológica. La concepción clínica del fenómeno de la recaída aparece resumida en la figura 1.2.

Freeman *et al.* (2001) analizaron las medidas de seguridad asociadas a los delirios persecutorios en sujetos psicóticos. En este estudio, todos los participantes informaron del uso de medidas de seguridad para reducir la percepción de la creciente amenaza procedente de sus creencias persecutorias, y los autores barajaron la hipótesis de que dichas medidas de seguridad contribuían al mantenimiento de la psicosis al impedir la refutación de las creencias amenazantes. En

una modificación de la entrevista de Freeman *et al.* (2001), Gumley y colaboradores (en preparación) comprobaron que cuando a los participantes diagnosticados de psicosis ($n=24$) se les preguntaba si habían hecho algo para impedir o para minimizar la recaída o la rehospitalización durante el mes previo a la entrevista, 20 (el 83,3 por ciento) comunicaron haber utilizado alguna estrategia para prevenir la reaparición del trastorno. Estas estrategias incluían evitar personas o lugares ($n=14$, el 58,3 por ciento), buscar ayuda procedente de amigos, familiares o personal de salud mental ($n=10$, el 41,7 por ciento) o evitar pensar en recaer o en los recuerdos de anteriores recaídas ($n=12$, el 50 por ciento). Estos estudios enfatizan una modalidad particular de estrategias de afrontamiento evitativas, que podría estar determinada por otros procesos emocionales e interpersonales adicionales.

Figura 1.2. Modelo cognitivo-conductual para explicar los primeros signos y las recaídas



Rachel

Rachel vive sola en un bloque de apartamentos. Ha tenido dos períodos de hospitalización de resultados de la experiencia de oír unas voces inquietantes que le decían que era mala, que tenía que matarse y que unas personas estaban tramando matarla a ella y a su familia. En ambas ocasiones, Rachel fue ingresada en el hospital psiquiátrico de la zona. Ambos ingresos fueron prolongados, y duraron unos tres y cinco meses respectivamente. Antes de su primer episodio, Rachel trabajaba en una peluquería y estaba en su segundo año como aprendiz de peluquera. En el período comprendido entre los doce meses anteriores a su primer episodio, sus padres se separaron. Rachel había hecho muchos esfuerzos por mantener el contacto con su madre y con su padre, pero las constantes discusiones entre sus padres la habían llevado a sentirse atrapada una y otra vez y en un conflicto de lealtades. Rachel se sintió cada vez más deprimida y paranoide antes de sufrir el primer episodio de psicosis. Se sentía responsable de la separación de sus padres, le parecía que era una mala persona y que estaba siendo castigada por ser una mala hija. Durante su ingreso en el hospital, Rachel tuvo dos intentos de suicidio y estuvo en observación constante durante un considerable período de tiempo.

Antes del segundo ingreso ocurrido menos de un año después de darle el alta, Rachel empezó a sentirse decaída, cada vez más susceptible a las críticas y más tímida. Tenía miedo de estar volviendo a deprimirse (“me estoy poniendo mal otra vez”), de que el estrés de volver al trabajo la desbordara (“no puedo seguir”) y de que los demás se dieran cuenta de que no podía seguir (“soy un desastre y un motivo de decepción”). Rachel proporcionó un vívido relato visual de su recuerdo de cómo le hablaban las voces, diciéndole que se matara por el bien de su familia. Este recuerdo aparecía dentro del contexto del ingreso psiquiátrico. Recordaba haber vivido esto mientras estaba echada en la cama del hospital, al tiempo que estaba siendo observada por una

enfermera que estaba sentada justo al otro lado de la puerta de la habitación. Los pensamientos que la acompañaban eran acordes (“soy una persona anormal, estoy acabada”). Rachel empezó a sentirse cada vez más desmoralizada, avergonzada e indefensa. Sus pensamientos autocríticos fueron a más y cuando empezó a oír una voz que le decía que era una inútil, sintió unos niveles muy elevados de pánico. Tenía la impresión de que no podía hablar con nadie, de que había decepcionado a sus padres, a su médico, a sus compañeros de trabajo y a su enfermera comunitaria. Además, la intensidad de la alteración emocional era abrumadora, socavando su capacidad para reflexionar sobre sus propios pensamientos y recuerdos y encontrar la forma de comunicárselos a los demás. Adicionalmente, merece la pena resaltar que fue su percepción de las opiniones que los demás tenían de ella lo que desencadenó sus apreciaciones negativas respecto de sí misma. Se retrajo todavía más, temerosa de ser castigada si la gente se enteraba de que se estaba volviendo a poner mal.

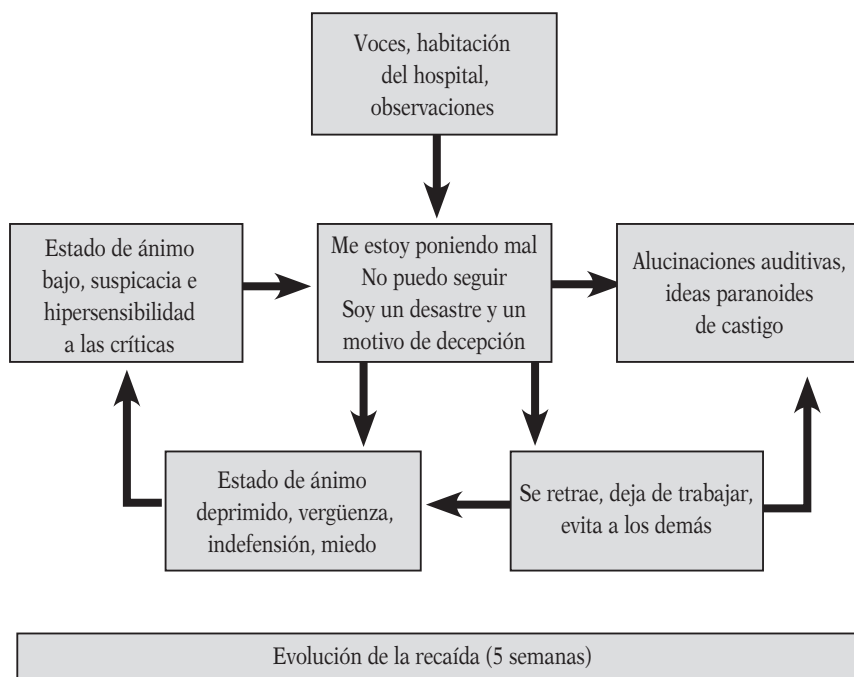
La formulación de la recaída de Rachel fue desarrollada en colaboración con ella misma durante su recuperación después de su segundo ingreso hospitalario. Como se puede ver, dicha formulación enfatiza la naturaleza dinámica de la recaída y pretende darle una forma y una estructura a su experiencia, en lugar de cargar las tintas en una mera lista de signos y síntomas. Anteriormente hemos alegado:

las definiciones utilizadas para explicar la sensibilidad de los primeros signos podrían beneficiarse de las definiciones más estrechamente asociadas a las creencias negativas respecto de uno mismo y de la enfermedad, que supuestamente determinan la velocidad y la aceleración de la recaída –en lugar de confiar en la delimitación más estricta de un conjunto de signos y síntomas individuales aislados.

(Gumley *et al.*, 1999)

La figura 1.3 muestra la formulación de la recaída de Rachel.

Figura 1.3. Rachel: Formulación cognitivo-conductual de los primeros signos y del proceso de recaída



La medicación antipsicótica y las recaídas

Los cuidados rutinarios habituales recibidos por los sujetos aquejados de psicosis enfatizan la prescripción de medicación antipsicótica y la observancia de la misma. En el caso de muchos sujetos, la observancia de la medicación antipsicótica es difícil. En una revisión sistemática de la bibliografía existente, Lacro y colaboradores (2002) encontraron un porcentaje medio de inobservancia de la medicación antipsicótica entre el 41,2 y el 49,5 por ciento. En los 39 artículos incluidos en la revisión, los factores que con más frecuencia aparecen asociados a la inobservancia incluyen la escasa conciencia, las creencias negativas respecto de la medicación, la inobservancia previa, el consumo de sustancias psicoactivas, la menor duración de la psicosis clínica, la deficiente planificación del alta después del

tratamiento como paciente interno y una alianza terapéutica más deficitaria. Nos parece interesante que las actitudes negativas hacia la medicación, la falta de conciencia y la inobservancia previa aparezcan asociadas a la inobservancia actual. Estos factores parecen sugerir una falta de aceptación de las interpretaciones psiquiátricas de la enfermedad, las cuales son utilizadas después por los investigadores para definir el grado de conciencia o para describir las actitudes hacia la medicación. Ello parece conducir a una circularidad en la concepción de la inobservancia. Nuestra experiencia es que nuestros pacientes rechazan la medicación debido a los efectos secundarios negativos y a la falta de experiencias positivas de ayuda para sus problemas.

Robinson y colaboradores (1999) realizaron un estudio de seguimiento a largo plazo de sujetos que habían sido diagnosticados de un primer episodio de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo. Se llevó a cabo el seguimiento de un total de 104 participantes durante un período de cinco años. Al final del quinto año de seguimiento, el porcentaje acumulativo de recaídas para los 104 participantes fue del 81,9 por ciento. De dichos participantes, 63 se habían recuperado después de la primera recaída. El porcentaje acumulativo para la segunda recaída fue del 78,0 por ciento. De este grupo, 20 se recuperaron después de la segunda recaída. A su vez, de este grupo el 86,2 por ciento recayeron por tercera vez. En sus análisis, el riesgo de una primera y de una segunda recaída era casi cinco veces mayor cuando no tomaban la medicación que cuando tomaban la medicación. Trece participantes estables que no estaban tomando medicación antipsicótica se retiraron del estudio. Cuando estos participantes fueron incluidos en el análisis, el riesgo de recaída fue tres veces mayor para los sujetos que no tomaban medicación. Robinson y colaboradores consideraron que la relación entre la interrupción de la medicación y la recaída podía ser producto de la interrupción a consecuencia del propio proceso de recaída (por ejemplo, la pérdida de la conciencia de enfermedad). Esto se comprobó en estudios subsiguientes analizando el período de tiempo que mediaba entre el abandono de la medicación y la recaída. El efecto de esta rela-

ción continuó siendo significativo a los 14, los 28 y los 56 días de diferencia, lo que indicaba que no era probable que la interrupción de la medicación fuera una manifestación de la propia recaída. Los sujetos que interrumpieron la medicación también dieron muestras de una adaptación premórbida más deficiente desde el punto de vista del aislamiento social y de una pobre adaptación académica. En conclusión, este estudio pone de manifiesto que la interrupción repentina de la medicación antipsicótica constituye un factor de riesgo para las recaídas prematuras.

Otro importante estudio sobre la medicación antipsicótica es el *Northwick Park First Episode Study* (Johnstone *et al.*, 1986), que realizó el seguimiento de 120 sujetos diagnosticados de un primer episodio de esquizofrenia. Durante el primer mes después de recibir el alta hospitalaria, todos los sujetos participantes continuaron tomando su medicación antipsicótica. Los participantes que finalizaron esta fase de un mes sin ser reingresados fueron a continuación distribuidos aleatoriamente para recibir un placebo o una medicación psicoactiva. Se definió la recaída como: (1) una nueva hospitalización para recibir atención psiquiátrica independientemente de cuál fuera la razón; (2) la consideración de la necesidad de una nueva hospitalización, aun cuando ello no fuera posible; y (3) la consideración de la esencialidad de la prescripción de medicación antipsicótica por parte del psiquiatra del sujeto, debido a la presencia de indicios de una recaída inminente (esto es, a la aparición de los primeros signos) Johnstone y sus colaboradores encontraron que de los sujetos que recibieron la medicación antipsicótica de mantenimiento, el 46 por ciento recayeron; y de los sujetos que recibieron el placebo, el 62 por ciento recayeron pasados 24 meses. Estos resultados aparecen en la tabla 1.4. Cabe destacar que dicha Tabla pone de manifiesto que dentro del grupo de sujetos en los que la duración de la psicosis no tratada (*duration of untreated psychosis*, DUP) era superior a un año, el porcentaje de recaídas para los que recibieron la medicación de mantenimiento fue del 75 por ciento y el de los que recibieron el placebo fue del 100 por cien. Por contraste, en el caso de los sujetos con una DUP inferior a un año, los porcentaje de recaídas fueron del

Tabla 1.4. El estudio de Northwick Park sobre los primeros episodios de esquizofrenia. Resultados a nivel de recaídas a los 6, 12, 18 y 24 meses

Grupo	Admitidos N	Recayeron N (%)	Sin recaer (por meses) (N, %)			
			6	12	18	24
DUP < 1 año						
Medicación	31	10 (32)	25 (80)	25 (80)	22 (71)	18 (59)
Placebo	51	26 (51)	39 (66)	23 (45)	21 (42)	21 (42)
Total	82	36 (44)	64 (72)	48 (59)	43 (54)	39 (48)
DUP > 1 año						
Medicación	22	15 (75)	17 (76)	7 (33)	6 (26)	4 (18)
Placebo	13	13 (100)	3 (23)	1 (8)	–	–
Total	25	28 (80)	20 (55)	8 (23)	6 (14)	4 (10)
Todo el grupo						
Medicación	54	25 (46)	43 (79)	33 (80)	29 (54)	23 (42)
Placebo	66	41 (62)	38 (57)	24 (37)	22 (33)	20 (30)
Total	120	66 (55)	81 (67)	57 (48)	51 (42)	43 (35)

32 por ciento y del 51 por ciento respectivamente. Ello pone de manifiesto que la adaptación a la psicosis temprana (tal como viene medida por la DUP) influye en el impacto de la medicación antipsicótica sobre el porcentaje de recaídas. De hecho, en el caso de los sujetos con una duración más breve de la psicosis no tratada, el 50 por ciento se mantiene sin recaer con el placebo.

Dosis bajas o supresión de la medicación antipsicótica

Si bien la investigación pone de manifiesto que la observancia de la medicación antipsicótica es una forma eficaz de prevenir las recaídas (por ejemplo, Crow *et al.*, 1986; Robinson *et al.*, 1999), la medicación antipsicótica tiene un coste social, además de que después del consumo prolongado pueden tener lugar una serie de graves complicaciones. De hecho, la aparición de los efectos secundarios

extrapiramidales (movimientos parkinsonianos) constituye uno de los mayores problemas, que pone en peligro tanto la continuidad a largo plazo de la medicación antipsicótica como su aceptación. Incluso los nuevos fármacos llamados atípicos ejercen importantes efectos secundarios sobre el metabolismo, incluidas las dificultades cardiovasculares por obesidad clínica y el aumento del riesgo de diabetes del tipo II. Robinson *et al.* (2002) encontraron que el predictor más importante de interrupción (de la medicación) en su estudio de 1999 (descrito más arriba) era la aparición de efectos secundarios parkinsonianos. Se han elaborado estrategias de dosis bajas con objeto de establecer la dosis mínima necesaria para prevenir la recaída. Dicho modelo de tratamiento se basa en la sugerencia de que los fármacos antipsicóticos se pueden prescribir a dosis menores que las necesarias durante la fase aguda (Narder, 1999), y que más adelante las dosis pueden aumentarse si ello fuera necesario para prevenir las recaídas. Barbui y colaboradores (1996) realizaron un metaanálisis de estudios aleatorizados controlados que comparaban las dosis bajas de medicación antipsicótica con las dosis convencionales (Kane *et al.*, 1983; Marder *et al.*, 1984, 1987; Johnson *et al.*, 1987; Hogarty *et al.*, 1988; Inderbitzin *et al.*, 1994). Un total de 415 sujetos (214 en el grupo de dosis bajas y 201 en el grupo de dosis convencionales) participaron en estos estudios. En todos los estudios seleccionados se definió la recaída como un incremento en dos o más puntos en la BPRS [Escala Abreviada de Valoración Psiquiátrica] (Overall & Gorham, 1962) o un agravamiento de las experiencias psicóticas que hiciera necesaria la hospitalización. En tres de los ensayos se definieron las dosis bajas como el 20 por ciento de las dosis convencionales (Marder *et al.*, 1984, 1987; Hogarty *et al.*, 1988); en otro ensayo como el 10 por ciento (Kane *et al.*, 1983) y en otros dos ensayos como el 50 por ciento (Johnson *et al.*, 1987; Inderbitzin *et al.*, 1994). Todos los estudios se sirvieron de un seguimiento de 12 meses, excepto dos, que realizaron un seguimiento de los participantes hasta completar los 24 meses (Marder *et al.*, 1987; Hogarty *et al.*, 1988).

La tabla 1.5 expone los resultados de esta revisión. En dicha tabla, el riesgo relativo hace referencia al riesgo de recaída en el grupo que

recibe dosis bajas, por comparación con el riesgo de recaída en el grupo que recibe dosis convencionales. Una razón de riesgo relativo de 2.00 significa que el riesgo de que se produzca una eventualidad en el grupo experimental es dos veces mayor que el riesgo de que dicha eventualidad se produzca en el grupo de control. La reducción del riesgo relativo (RRR) es el complemento del riesgo relativo y viene expresada en porcentajes. Los resultados ponen de manifiesto que se produjo un aumento significativo en la tasa de recaídas asociada a la medicación antipsicótica a dosis bajas a lo largo de 12 meses. Sin embargo, a los 24 meses los porcentajes de recaídas no diferían significativamente. Dos son las consecuencias que se pueden derivar de estos hallazgos. Primero, a lo largo de cuanto menos 12 meses no fue posible introducir reducciones sustanciales en las dosis de medicación antipsicótica sin aumentar el riesgo de recaída. Existe un delicado equilibrio entre maximizar la protección frente al riesgo de recaer y minimizar los costes sociales generados por los antipsicóticos. Segundo, es curioso que no aparezcan diferencias significativas entre las dosis bajas y las dosis convencionales por lo que se refiere al porcentaje de recaídas a los 24 meses. Por consiguiente, los sujetos que no recaen a lo largo del primer año que sigue a la reducción de la dosis de medicación, tienden a no recaer a lo largo del segundo año.

Gilbert y colaboradores (1995) realizaron una amplia revisión sistemática de los estudios que investigaban los porcentajes de recaídas con posterioridad a la retirada de la medicación antipsicótica. En dicha revisión se exponen 66 estudios que incluyen un total de 4.365 participantes y que fueron realizados entre los años 1958 y 1993. Veintinueve de dichos estudios incluía comparaciones apareadas con grupos que seguían recibiendo medicación antipsicótica. En resumen, el riesgo de recaída en los sujetos que interrumpieron la medicación antipsicótica fue mayor (53 por ciento frente al 16 por ciento) a lo largo de un período promedio de seguimiento de casi 10 meses. El mayor riesgo de recaída se dio durante los primeros tres meses después de interrumpir la medicación (50 por ciento frente al 4 por ciento), lo que demuestra que las recaídas tienen lugar poco después de interrumpir la medicación y que los sujetos que se man-

Tabla 1.5. Estudios de dosis bajas de medicación antipsicótica y recaídas. Inclusión de análisis de datos a los 12 y a los 24 meses

Estudio	Recaídas		Riesgo relativo (95 % IC** RR)	RRR* (%) (95 % IC RRR)	p
	Dosis convencional	Dosis baja			
Kane <i>et al.</i> (1983)	48	77	1.60 (1.20–2.13)		<0.001
Marder <i>et al.</i> (1984)	36	29	0.79 (0.35–1.76)		NE
Johnson <i>et al.</i> (1987)	10	34	3.56 (1.09–11.07)		<0.05
Hogarty <i>et al.</i> (1988)	24	35	1.45 (0.69–3.05)		NE
Inderbitzin <i>et al.</i> (1994)	35	35	0.99 (0.44–2.25)		NE
12 meses general				–47 (–15 a –88)	<0.005
Hogarty <i>et al.</i> (1988)	42	43	1.02 (0.59–1.75)		NE
Marder <i>et al.</i> (1987)	45	49	1.08 (0.64–1.80)		NE
24 meses general				–5 (28 a –52)	NE

Notas: RRR: reducción del riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

Fuente: Barbui *et al.* (1996): Low-dose neuroleptic therapy and relapse in schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials, *European Psychiatry*, 11(6), 306-313.

tienen sin recaer pasados tres meses tienden a seguir sin recaer a más largo plazo. De los estudios incluidos en la revisión, 33 incluían una interrupción abrupta de la medicación (menos de 14 días y habitualmente un solo día de observancia). Estos estudios encontraron que el riesgo de recaída era tres veces mayor después del abandono abrupto por comparación con la retirada gradual, y que los sujetos que recibían dosis más altas de antipsicóticos tenían un riesgo todavía mayor de recaer.

Los hallazgos descritos más arriba apoyan la sugerencia de que las estrategias para reducir la medicación antipsicótica son factibles,

ventajosas y eficaces en el caso de muchas personas, si bien no implican necesariamente la retirada total de los psicofármacos (Carpenter & Tamminga, 1995). Las estrategias de dosificaciones bajas aparecen asociadas a un incremento del riesgo de recaídas a lo largo de los primeros 12 meses, pero a los 24 meses el 50 por ciento de los sujetos que recibe dosis más bajas siguen bien. De forma similar, en los estudios de interrupción de la medicación el riesgo de recaídas es considerablemente elevado, particularmente durante los primeros tres meses después de retirar la medicación. Sin embargo, a largo plazo casi un 50 por ciento de los sujetos se mantienen sin recaer sin tomar medicación. De hecho, el estudio de Johnson sugiere que los sujetos que siguen estando bien a los 12 meses, continúan estando bien a los 24 meses. Los sujetos con una duración mayor de una psicosis clínica no tratada (Crow *et al.*, 1986), los que prescinden de la medicación sin una planificación previa (Robinson *et al.*, 1999, 2002) o bien de forma abrupta (Gilbert *et al.*, 1995), tienen un riesgo muy elevado de recaer y es probable que de hecho la recaída tenga lugar durante los tres meses siguientes al abandono de la medicación. Es importante no perder de vista la elevada proporción de recaídas (81,9 por ciento a lo largo de cinco años) en el estudio de Robinson, dado que este estudio alega firmemente que la observancia de la medicación antipsicótica es absolutamente necesaria con vistas a prevenir las recaídas. Ahora bien, en este estudio se definió la interrupción de la medicación como la irrupción de un período *no planificado* de abandono de la medicación durante un mínimo de una semana o más. Era probable, pues, que estas interrupciones fueran abruptas y se llevaran a cabo sin consultar con las personas encargadas del cuidado del sujeto.

Evidencia más reciente procedente de Gaebel y colaboradores (2002) pone de manifiesto que el 58 por ciento de los sujetos con una retirada *planificada* de la medicación después de un primer episodio de psicosis y a los que se les facilita una supervisión regular y sistemática de los primeros signos (volviendo a la medicación en el caso de haber indicios de una posible recaída), continúa sin recaer, por comparación con el 62 por ciento de sujetos con un primer episodio de psicosis y que continúan manteniendo la medicación antipsicóti-

ca. Además, Gitlin y colaboradores (2001) realizaron el seguimiento de 53 sujetos con una retirada planificada de la medicación durante un promedio de 18 meses. Durante este período, el 78 por ciento y el 96 por ciento sufrieron una exacerbación o una recaída al año y a los dos años siguientes respectivamente. A pesar de ello, cuando se utilizó la hospitalización como el criterio principal de recaída, sólo seis sujetos de los 50 sufrieron una exacerbación o una recaída que hizo necesaria la rehospitalización. Este estudio pone de manifiesto la importancia del apoyo, el seguimiento y la supervisión continuada de los primeros signos (con una intervención rápida, en el caso de estar indicado) para aquellos sujetos que tienen la oportunidad de abandonar o de reducir la medicación antipsicótica en conjunto. Es sorprendente que sean pocos, de haber alguno, los estudios que describen la aplicación simultánea de terapias psicológicas sólidas para los sujetos que están participando en los estudios de dosificaciones más bajas o de retirada de la medicación. Además, muchos de los estudios mencionados fueron realizados en el período inmediatamente anterior al (relativamente reciente) desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales pensadas específicamente para sujetos aquejados de psicosis.

Las consecuencias de volver a la normalidad después de un trastorno psicótico

Hemos alegado que los primeros signos de recaída se conciben de la mejor forma dentro de un marco de referencia psicológico, donde las vivencias afectivas como el miedo, la indefensión, la vergüenza, la turbación y la humillación se desprenden de la apreciación que la persona hace de experiencias cognitivo-perceptivas sutiles o de experiencias psicóticas de bajo nivel. Las apreciaciones que hacen los sujetos se originan a partir de recuerdos autobiográficos específicos y a menudo muy penosos de episodios anteriores de psicosis y de las consecuencias personales, interpersonales, sociales y vocacionales que tuvieron. Las reacciones emocionales y conductuales

de los sujetos ante la aparición de los primeros signos de recaída tienen la capacidad de acelerar, retardar o impedir el inicio de una vuelta plena a las experiencias psicóticas y la rehospitalización. En este sentido, los primeros signos de recaída se pueden definir de forma alternativa como “estados mentales de riesgo”. Dichos estados mentales de riesgo son más frecuentes dentro del contexto de la inobservancia o de la interrupción abrupta y repentina o no planificada de la medicación antipsicótica. Ello ha desembocado en las intervenciones y los tratamientos que enfatizan la observancia o la conformidad con la medicación antipsicótica (e.g. Kemp & David, 1998). Si bien dichas intervenciones son potencialmente eficaces de cara a reducir el riesgo de un reingreso hospitalario subsiguiente, cuanto menos en el caso de los pacientes internos, son muchos los sujetos que no aceptan los conceptos tradicionales de enfermedad a la hora de explicar sus experiencias. Además, les duele tener que tomar medicación antipsicótica o tienen unas creencias y/o unas expectativas negativas respecto de la medicación. Es probable que las medidas para forzar la conformidad con la medicación generen una mayor sensación de alienación en los pacientes, además de aumentar la probabilidad de una falta de implicación con los servicios asistenciales. En razón de ello, estos sujetos se verán a su vez apartados o excluidos de otras posibles intervenciones potencialmente estimables, tales como la terapia de familia, que ha demostrado su eficacia en la prevención de recaídas.

Tenemos la impresión, por consiguiente, de que necesitamos urgentemente de un enfoque psicológico individual para volver a la normalidad después de una psicosis clínica. Dicho enfoque podría ayudar a los sujetos a reducir la dosis de medicación antipsicótica en su conjunto. Sin embargo, una estrategia alternativa de tratamiento de tales características también tiene que incluir a los sujetos con un riesgo extremo de recaer. Tomados como grupo, dichos sujetos suelen ser difíciles de abordar en los servicios asistenciales (Tait *et al.*, 2003) y también es probable que no sigan la medicación (Robinson *et al.*, 2002). El enfoque de tratamiento que bosquejamos en las partes II y III es complementario de los muchos y excelentes enfoques

de terapia cognitivo-conductual aplicada a la psicosis, tales como, por ejemplo, los de Max Birchwood y colaboradores, Tony Morrison y colaboradores, y David Fowler y colaboradores. El objetivo de este libro es describir un enfoque cognitivo-interpersonal para tratar a los sujetos que *corren el riesgo* de recaer, favorecer la recuperación emocional y la readaptación después de la experiencia de una psicosis clínica, reducir la vulnerabilidad psicológica a las recaídas y ofrecer un apoyo rápido e inmediato a los sujetos que presentan estados mentales de riesgo en relación con la reaparición de la experiencia psicótica.

2

La teoría del apego, el fenómeno de la autorregulación y la psicosis

Introducción

En los orígenes del contexto relacional y la teoría del apego, John Bowlby formuló la siguiente afirmación:

Cuando se conocen las experiencias reales que han vivido durante el transcurso de la niñez y es posible tomarlas en consideración, con frecuencia ello permite ver los miedos patológicos de los pacientes adultos bajo una luz radicalmente nueva. Los síntomas paranoides que habían sido considerados como endógenos e imaginarios, se ve entonces que son respuestas inteligibles, aunque distorsionadas, a unos hechos históricos (1973, p. 210).

Al escribir un manual de tratamiento psicológico para la recuperación y la prevención de recaídas después de una psicosis clínica, estamos convencidos de que es esencial disponer de una teoría reguladora que facilite una explicación del contexto relacional asociado a la búsqueda de ayuda y el estrés emocional. Las primeras fases de la recaída se caracterizan por reacciones afectivas extremas incluido miedo, horror, indefensión, desesperanza, vergüenza y depresión.

Es dentro de este contexto donde esperamos que los sujetos vigilen la aparición de signos de una posible recaída y a continuación busquen la ayuda de un servicio asistencial que puede que no haya brindado una ayuda eficaz en el pasado. Por consiguiente, la prevención de recaídas comienza con el estado emocional de la persona después de la psicosis clínica y con su respuesta relacional al estrés emocional. Por ejemplo, nuestra experiencia es que los sujetos con un estilo evitativo de recuperación no buscan ayuda al encontrarse dentro del contexto de un aumento del riesgo de sufrir una recaída. Ello estrecha los márgenes de posibilidades en lo referente a la detección precoz y la intervención. El impacto de dicha estrategia evitativa sobre los familiares y los equipos de salud mental puede traducirse en unas estrategias de intervención más coercitivas. Es probable que las estrategias coercitivas tales como la hospitalización involuntaria refuercen a su vez las estrategias evitativas de autorregulación, incrementando la probabilidad de recaer y reduciendo la probabilidad de una recuperación emocional. Una de las teorías que ya ha sido desarrollada con objeto de explicar la relación entre la alteración emocional y la búsqueda de ayuda es la teoría del apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980). La teoría del apego es, en esencia, una teoría reguladora que constituye la base de nuestra interpretación evolutiva de las pautas de regulación emocional y de búsqueda de proximidad. Nuestro objetivo en este capítulo es poner de manifiesto que las experiencias interpersonales tempranas configuran las “plantillas” para los esquemas interpersonales internalizados que rigen los afectos, las relaciones, la búsqueda de apoyo y la utilización del apoyo. Pondremos de manifiesto que ello se relaciona estrechamente con el compromiso con el servicio asistencial y las estrategias adaptativas de afrontamiento en los sujetos aquejados de psicosis. El ejemplo del caso que viene a continuación expone algunas de las dificultades asociadas a la implicación y la generación de un compromiso, la búsqueda de ayuda y la recuperación después de una psicosis clínica:

Gavin

Gavin vino a nuestro servicio después de ser atendido en ayuda en carretera por una sobredosis grave. Después de ser tratado en cuidados intensivos, Gavin fue derivado de acuerdo con la ley de salud mental a una unidad para enfermos psiquiátricos agudos. Gavin dijo que venía oyendo voces desde hacía algunos meses y llevaba un localizador colocado en el brazo. También habló de que venía sintiendo manía persecutoria. Gavin sostenía la creencia de que la gente por regla general trataba de hacerle daño sin ningún motivo. Sospechaba de los motivos de los demás y era incapaz de viajar si no era acompañado. Tenía pensamientos suicidas y pensamientos homicidas. Después del alta hospitalaria, fue derivado para que recibiera ayuda en razón de la presencia de alucinaciones de voces persistentes y despreciativas que le transmitían órdenes. Gavin oía dos voces; una la reconocía como la de su hermano y otra era la de un varón desconocido. La voz de su hermano le decía que se hiciera daño cortándose y mediante otras formas de autolesión, incluido el abstenerse de comer y el tomar una sobredosis de medicación. La voz también le insultaba con frecuencia. La segunda voz era más “robótica”, no tenía una identidad clara, pero, al igual que la de su hermano, también era cruel y carente de emoción. Gavin se sentía controlado y anonadado en relación con las voces. Sentía que eran poderosas y malvadas en sus intenciones para con él. Hablaba de que también sentía enfado en relación con las voces. A veces tenía la impresión de que quería matar a su hermano por la forma como éste le trataba.

Gavin no veía a su hermano desde hacía años. Su hermano era cinco años mayor. Su relación con él siempre había sido difícil. Gavin recuerda que su padre tenía una relación muy estrecha con su hermano. Concretamente, recuerda que iban juntos al fútbol. Gavin no comprendía por qué su hermano quería hacerle daño. No tenía más hermanos ni hermanas. Vivía en

la casa de sus padres con su madre. Describía la relación entre los dos como extremadamente positiva y amable. La evidencia que alegaba en favor de esto era que su madre no le abandonaba. Gavin no veía a su padre desde hacía años. Decía que su padre le había dejado cuando él tenía nueve años. Se acordaba poco de su padre, al margen de recordarle enfadado la mayor parte del tiempo y de que bebía. Entre los 9 y los 14 años, se sintió muy cercano a un tío materno. A los 14 años, este tío murió y a raíz de ello comenzaron los problemas relacionados con las autolesiones y el consumo de drogas. Gavin iba esporádicamente al instituto y le resultaba difícil hacer amigos de confianza. Dijo que se sentía solo, aislado y que nadie le quería. Tenía la impresión de que, a excepción de su madre, las demás personas no eran de fiar.

Inicialmente, Gavin pareció desarrollar una buena relación con su trabajador social personal y con el psicólogo. A pesar de estar preocupado por el reingreso en el hospital, se mostró capaz de hablar de dichos miedos. Le preocupaba particularmente que si hablaba de sus síntomas lo ingresaran en el hospital. El psiquiatra, el trabajador social personal y el psicólogo trabajaron estrechamente con él para aquietar estos miedos con objeto de ayudarle a desarrollar una actitud más abierta y colaboradora. Gavin parecía estar deseoso de empezar una terapia psicológica para reducir el estrés que le provocaban las voces. Sin embargo, su observancia de la medicación era esporádica. La aparente actitud positiva inicial dejó paso a unos problemas de asistencia cada vez mayores en relación con todos sus compromisos. Empezó a consumir drogas (principalmente cannabis, anfetaminas [*speed*] y cocaína) de forma regular y abusar del alcohol. Dentro de este contexto se produjo una creciente inestabilidad al nivel de los afectos, de las experiencias alucinatorias y de la conducta. Gavin se hacía cortes regularmente. Las voces habían aumentado la frecuencia y el impacto que ejercían sobre él. Además, tenía cada vez más ideas suicidas y homicidas. Todo lo cual culminó en el reingreso preceptivo en el hospital.

El ejemplo de este caso permite ilustrar una trayectoria evolutiva crucial en relación con la vulnerabilidad a las recaídas. Gavin habla de las experiencias asociadas a unas primeras relaciones problemáticas caracterizadas por una pérdida temprana y una conducta poco cariñosa o rechazante por parte de figuras claves de apego, dificultades en establecer un sentido de la propia identidad dentro del contexto de unas relaciones confiadas y positivas con sus iguales, y dificultades en regular fuertes afectos negativos dentro del contexto de unas estrategias de afrontamiento problemáticas, incluido el consumo de drogas y las autolesiones. Dichas experiencias ofrecen una base deficitaria para relacionarse con los demás y para integrar los acontecimientos vitales negativos dentro de un marco explicativo más amplio.

Pautas de apego

El principio fundamental de la formulación que hace Bowlby (1969, 1973, 1980) de la teoría del apego radica en la primacía de la necesidad que tiene el ser humano de sentir seguridad –“la base segura”. Los niños pueden explorar y adoptar un interés activo por el mundo mucho mejor si sienten que tienen una base segura a la que poder volver en el caso de percibir algún peligro. Inicialmente esta base la brinda la figura de apego –la persona que cuida del niño, habitualmente el progenitor. De niños, somos extremadamente vulnerables y sumamente dependientes de los demás. Se trata, pues, de una necesidad evolutiva para que los niños puedan asegurarse el interés y la atención de los adultos, y para que los adultos mantengan el cuidado y la empatía hacia el niño. Ello configura un sistema de control recíproco. En consecuencia, cuando el niño se separa de su cuidador, o si el cuidador se muestra insensible, o si el niño detecta alguna amenaza (por ejemplo, la aparición de un extraño) y se siente asustado o angustiado, se activa el sistema de apego (el niño busca la proximidad del apego). El aspecto recíproco de este fenómeno lo constituye la activación del sistema de apego del cuidador. El objeti-

vo del sistema de apego es la protección y/o la autorregulación. Una vez alcanzado este objetivo, el sistema se desactiva nuevamente. Las conductas de apego acrecientan la proximidad o mantienen el contacto con la figura de apego.

El test de las situaciones extrañas (*Strange Situation Test*, Ainsworth *et al.*, 1978) nos ofrece un procedimiento basado en los estudios de laboratorio, con objeto de valorar el equilibrio entre las conductas de apego y las conductas exploradoras en los niños. Sobre la base de un importante cuerpo de investigación empírica con niños pequeños, Mary Ainsworth y colaboradores (1978) identificaron dos estilos de apego principales: seguro e inseguro. Las estrategias derivadas del apego seguro se observan cuando el niño puede fiarse con confianza de su cuidador como fuente de seguridad. Por su parte, los estilos asociados al apego inseguro se pueden subdividir adicionalmente en estilos evitativos y estilos ambivalentes. En los niños, estos estilos conductuales inseguros constituyen intentos de mantener la sensación de seguridad en ausencia de una situación de apego óptima (e.g., un cuidador imprevisiblemente accesible o incluso rechazante), a través de la maximización (ambivalente) o la minimización (evitativo) de las conductas de apego. Otra categoría a incluir en la clasificación y que ha sido descubierta posteriormente –la dimensión desorganizado/ desorientado– se caracteriza por la conducta extraña o conflictiva (Main & Solomon, 1986, 1990). Se observa a menudo en niños que han vivido niveles elevados de pérdida, separación, malos tratos o bien una crianza sumamente caótica por parte de los padres (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). A continuación pasamos a describir más detalladamente estos distintos tipos de apego durante la niñez.

Tipos de apego

Los niños calificados de *seguros* se sirven de su madre como una base para explorar. Cuando se separan, el niño da muestras de echar de menos al progenitor. Cuando se reúnen, el niño recibe activamente al progenitor sonriendo, vocalizando o haciendo gestos. Si el niño se siente alterado, hace señas o busca el contacto con el progenitor.

El niño es confortado y vuelve a explorar. Los niños calificados de *evitativos* exploran con rapidez y dan escasas muestras de afecto o de conductas asociadas a una base segura. Cuando el niño y la madre se separan, el niño reacciona mínimamente y ofrece escasas muestras de alteración cuando lo dejan solo. Cuando se reúnen nuevamente, el niño evita activamente al progenitor y la mayoría de las veces suele concentrar su atención en el entorno inmediato. Cuando lo toman, puede que el niño se ponga rígido o bien que haga gestos de volverse hacia otro lado. Los niños calificados de *ambivalentes / resistentes* suelen ser displicentes o pasivos y no muestran interés por las conductas de exploración ni por el juego. Cuando se separan, se ponen inquietos y alterados. Cuando se reúnen, pueden alternar los intentos de establecer contacto con señales de rechazo, enfado y rabietas, o mostrarse pasivos e inertes y demasiado alterados o desconcertados como para establecer ningún contacto. La presencia del progenitor no conforta la angustia del niño. Los niños calificados de *desorganizados y desorientados* se comportan de forma que parece carecer de ningún objetivo, intención o propósito de exploración observables. Por ejemplo, el niño puede manifestar estereotipias, paralización e indicaciones directas de miedo hacia el progenitor, confusión y desorientación. Falta una estrategia de apego coherente ante la separación o la reunión con el cuidador.

La teoría del apego y la psicopatología ulterior

Un influyente marco de referencia para comprender las actitudes hacia el apego después de la infancia y la niñez es el brindado por la obra de Mary Main sobre el apego en los adultos (Main *et al.*, 1985; Main, 1990, 1999), que ha cristalizado en la entrevista para la evaluación del apego en los adultos (*Adult Attachment Interview*, AAI). Dicha concepción de las actitudes adultas con relación al apego nos ofrece unas tipologías análogas a la conducta de apego en el niño. El apego seguro durante la niñez se refleja en una actitud vincular autónoma por parte del adulto; el apego ansioso y ambivalente del

niño tiene su paralelismo en el apego aprensivo/ absorbente del adulto; el apego evitativo del niño se relaciona con la actitud adulta de rechazo del apego. Finalmente, el apego desorganizado por parte del niño sienta las bases de un subtipo adulto que refleja la vivencia traumática en relación con las experiencias de pérdida y de malos tratos (Hesse, 1999).

Está comprobado que las primeras experiencias adversas tales como las pérdidas y los traumas tempranos están fuertemente relacionados con la aparición de problemas emocionales y psicológicos significativos durante la adultez (Brown *et al.*, 1986; Rutter, 2000; Hofstra *et al.*, 2002). Ahora bien, dicha asociación entre la pérdida y/o el trauma temprano y la psicopatología ulterior en la adultez ya no se considera que proceda de un vínculo o una relación causal directa entre los acontecimientos adversos tempranos y la psicopatología ulterior. Una amplia proporción de los sujetos que viven acontecimientos adversos significativos durante la niñez *no* necesariamente pasan a desarrollar problemas emocionales significativos en su vida ulterior. Por el contrario, se considera que la asociación entre las experiencias vitales tempranas y la psicopatología ulterior estaría mediatizada por toda una serie de factores relacionados con la forma en que dichas experiencias han sido procesadas por el sujeto e incorporadas a las narrativas autobiográficas individuales. Especialmente relevante dentro de este contexto es la labor pionera de John Bowlby (1969, 1973) sobre la teoría del apego, así como la labor experimental de Margaret Mahler (e.g. 1971, 1974) y su investigación del desarrollo infantil temprano de la autonomía y la independencia en virtud del proceso de separación e individuación primaria, sobre la base de las observaciones longitudinales detalladas de la interrelación madre-niño y niño-niño. Desde la aparición de estos trabajos formativos, se han realizado numerosos estudios que describen el impacto de las primeras experiencias de apego sobre el funcionamiento interpersonal y la regulación emocional individual (resumidos en Fonagy, 1998; Fonagy *et al.*, 2002), el desarrollo de las relaciones y la confianza interpersonal, y la formación de la identidad (Cole & Putnam, 1992; Briere, 2002). Bowlby (1973) propone

que durante el período que abarca el desarrollo infantil normal, la experiencia de las relaciones con las figuras de apego se interioriza y de este modo pasa a la adultez bajo la forma de una serie de modelos mentales, también conocidos como *modelos internos de referencia* o *esquemas relacionales nucleares* (Bretherton, 1985; Alexander, 1992; Pearce & Pezzot-Pearce, 1994). Dichas estructuras implícitas generan determinadas expectativas respecto de uno mismo y de los demás, y regulan las reacciones que tienen lugar dentro del contexto de las interrelaciones interpersonales ulteriores.

Así pues, las tempranas relaciones de apego vienen a formar el prototipo de las relaciones interpersonales a lo largo de toda la vida, a través de la representación interna de los modelos de sí mismo y de los demás (e.g. Styron & Janoff-Bulman, 1997). El desarrollo de la mentalización, la función reflexiva y la regulación del afecto también están intrínsecamente vinculados al desarrollo de la autorregulación en virtud del contexto de las relaciones de apego íntimo (Fonagy *et al.*, 2002). La mentalización se define como el proceso por el cual acertamos a comprender que el hecho de tener una mente mediatiza necesariamente nuestra experiencia del mundo a través de la representación mental de los distintos estados psicológicos. La mentalización hace referencia a la “disposición mental”. La función reflexiva describe el proceso mediante el cual se adquiere la disposición mental. Por ejemplo, durante la niñez dicha función es brindada por la habilidad que muestra el cuidador de reflejar adecuadamente las manifestaciones intencionales y emocionales del niño. Por ejemplo, la capacidad de percibir(se) y de comprender(se) a sí mismo y a los demás en términos de estados mentales o anímicos (pensamientos, sentimientos, deseos) surge dentro del contexto de los cuidados sensibles y receptivos, donde el niño puede reconocer sus propias intenciones (la “actitud intencional”) en la conducta oportunamente refleja del cuidador. En los adultos, la función reflexiva se evidencia a través de la conciencia de la naturaleza, y de la opacidad, de los estados mentales de los demás, donde el adulto pone de manifiesto la capacidad y la obligación moral de comprender que los estados mentales se encuentran a la base de la conducta de los demás (Fonagy, 1998).

Seguridad y autonomía

A lo largo de toda la vida, el apego seguro se asocia con el desarrollo de una serie de capacidades que dependen de las habilidades interpretativas tales como el juego exploratorio, la capacidad lingüística, la resiliencia [*resilience*, resistencia psicológica] y el control, la tolerancia a la frustración y la capacidad de cognición social [de pensar socialmente]. La sensibilidad del cuidador hacia los estados intencionales y emocionales del niño es uno de los predictores más firmes de un apego seguro (e.g. Slade *et al.*, 1999). El impacto positivo de la seguridad vincular sobre la competencia cognitiva, la regulación emocional y el estilo de comunicación no está mediatizado por la seguridad general ni la confianza en sí mismo por parte del niño, sino porque la seguridad del apego posibilita el desarrollo de la capacidad para la función reflexiva. Además, existen pruebas de que los niños que disfrutan de un apego seguro comprender mejor las emociones negativas (Laible & Thompson, 1998) y rinden más en los aspectos teóricos de las tareas mentales (Fonagy & Target, 1997; Meins *et al.*, 1998). Los adultos que disfrutan de una mentalidad, actitud o estado anímico seguro o autónomo con respecto al apego, son capaces de comportarse de forma flexible y abierta dentro del contexto de las relaciones. Son capaces de reflexionar abiertamente y de comunicar información acerca de su propio estado anímico sin excesivas distorsiones ni reservas. Son más capaces de reflexionar acerca de los estados mentales de los demás y de sintonizar con los mismos. Los adultos autónomos comunican una narrativa autobiográfica que fluye libremente, es fresca, reflexiva, sensible al contexto y colaboradora para con el otro. Las primeras experiencias pueden, pues, desempeñar un papel formativo en la generación de los modelos internos de referencia y en el funcionamiento social ulterior en virtud de su solidez, más que de las representaciones de la interrelación segura y confiada entre el niño y el cuidador *per se*. Estos esquemas relacionales que se forman a través de la experiencia ejercen un marcado impacto sobre la capacidad individual de establecer y mantener relaciones significativas con los demás (Briere, 2002) y también sobre la regulación de las emociones negativas y no desea-

das (Alexander, 1992). En el entorno asociado a un apego positivo el niño es capaz de experimentar estados internos desagradables y, con la ayuda de la seguridad externa que se deriva del progenitor, desarrollar una serie de estrategias con el fin de tolerar y controlar los afectos negativos. A través del soporte del modelo de unos cuidadores emocionalmente accesibles, pero que también se sienten cómodos con la autonomía del individuo a la hora de explorar el mundo, se abre paso un modelo de la propia identidad como algo estimado y apreciado, un concepto de sí mismo como algo valioso.

El apego inseguro

Por contraste, un concepto minusvalorado de la propia identidad se deriva de un modelo que concibe a los cuidadores como rechazantes o perturbadores de la conducta exploratoria (Bretherton & Mulholland, 1999). De hecho, la confianza a largo plazo en las estrategias conductuales asociadas al apego inseguro incrementa la vulnerabilidad a la ulterior psicopatología adulta (Bowlby, 1988). Los niños que disfrutaban de un apego seguro sentirán angustia, pero también saben que sentirán seguridad y contención cuando recuperen su figura de apego o cuando puedan remitirse al modelo-guía internalizado propio de una base segura. De forma similar, los adultos autónomos han desarrollado la capacidad de tranquilizarse a sí mismos. Este no es el caso de los niños y de los adultos caracterizados por un apego inseguro. En el caso de los niños, existe una falta de confianza respecto de que la figura de apego sea capaz de dar seguridad. En el caso de los adultos, existe una carencia en la capacidad de reflexionar acerca de las propias experiencias y emociones y de darse a uno mismo alivio, calidez, seguridad y tranquilidad. Dentro del ámbito del apego existen dos posibles estrategias interpersonales principales para regular el afecto y el estrés emocional: ya sea minimizando (estrategias evitativas) el afecto o bien exagerándolo (estrategias ambivalentes). En los adultos, el estado anímico o la actitud de inseguridad con respecto a la vinculación puede entenderse, pues, desde el punto de vista del predominio de

una *organización vincular evitativa* o del predominio de una *organización vincular ambivalente*.

Los niños que desarrollan un apego evitativo se adaptan a unos cuidados habitualmente rechazantes en virtud de quitarles importancia o inhibir las sensaciones de necesidad y de dependencia. Los afectos quedan sobrerregulados. Las pautas de apego evitativo en la niñez se reflejan en unos estados anímicos distantes en la vida adulta. Los adultos distantes minimizan y evitan las experiencias relacionadas con el apego y, en consecuencia, los recuerdos autobiográficos relacionados con las experiencias de vinculación tienden a estar débilmente elaborados. La capacidad que tiene el adulto distante de reflexionar sobre sus propias experiencias afectivas y de sintonizar con el ánimo, las intenciones y los estados mentales de los demás, demuestra ser reducida.

Los niños cuya experiencia de sus cuidadores es inconsistente y escasamente comprometida, sin ser necesariamente rechazante, tienen un mayor riesgo de desarrollar un estilo vincular ambivalente. A estos niños les preocupan sus apegos y en un esfuerzo por captar la responsividad parental, incrementan sus conductas perturbadas [sus muestras de preocupación, tristeza o dolor]. En otras palabras, hiperactivan su sistema de apego. Cuando la atención del progenitor es captada, el niño no se siente tranquilizado, sino que desconfía de la fiabilidad de su progenitor. En tales circunstancias, el niño también se resistirá a ser calmado y confortado. En la adultez ello se refleja en un estado anímico de preocupación absorta con respecto al apego, donde el adulto suele darle vueltas a las experiencias o las figuras de apego, valora el apego, pero se siente inseguro, meditabundo y afligido. A menudo, los adultos con estados anímicos preocupados se inquietan por los temas del abandono y el rechazo.

El apego desorganizado

El tipo de apego desorganizado (o no resuelto) no es un estilo de apego como tal. Se refiere a la ausencia de una estrategia coherente de apego o bien al colapso de una estrategia de apego preexisten-

te, debido a experiencias traumáticas y/o pérdidas no resueltas. El calificativo se refiere a los niños la mayoría de las veces educados por cuidadores que dan miedo, que tienen miedo, o ambas cosas. Por ejemplo, los cuidadores que son maltratadores, hostiles, que se encuentran bajo la influencia de las drogas o el alcohol, o los cuidadores que están sumamente perturbados o alterados emocionalmente, con frecuencia a causa de pérdidas y de traumas no resueltos, ofrecen una base vincular desorganizada y desorientadora para el niño. Las estrategias de parentización de las personas con apegos no resueltos y desorganizados incluyen errores en lo relativo a reflejar y responder al afecto, conductas desorientadas (e.g. confusión, pánico y miedo), conductas improcedentes negativas (ridiculizar y burlarse de un niño apenado), confusión de roles (donde el progenitor busca el consuelo del niño) y retracción (donde el progenitor es distante y desligado). En un esfuerzo por sincronizar con un progenitor atemorizante y/o atemorizado, las estrategias de apego del niño se vuelven desorganizadas y desreguladas. De forma característica, los adultos con un estilo de apego desorganizado y no resuelto darán muestras de una desorganización de la regulación afectiva, la conducta y el seguimiento de la narrativa y el discurso. Esto es característico del conflicto de evitación de la cercanía que con frecuencia vemos en los adultos que buscan ayuda por traumas y malos tratos sufridos en el pasado.

Estabilidad de la organización vincular

Las primeras pautas de apego son altamente predictivas de los estilos de representaciones vinculares presentes en los adultos, hasta de un 77 por ciento en el caso de las representaciones seguras (Waters *et al.*, 2000) y de un 94 por ciento en lo referente a las representaciones inseguras al asociarse con ulteriores acontecimientos vitales negativos (Weinfeld *et al.*, 2000). Más allá de estas afirmaciones, no existe una clara predicción de la psicopatología adulta a partir de los estilos de apego inseguro o desorganizado, si bien dichos estilos parecen estar altamente representados en determinados grupos clínicos.

En consecuencia, vuelve a parecer que la asociación entre las primeras experiencias de apego y el funcionamiento relacional adulto (y la consiguiente psicopatología) estaría mediatizada por los modelos internos de referencia, los procesos subyacentes de regulación afectiva, la adaptación conductual y la función reflexiva.

En particular, la contribución de un apego inseguro o desorganizado a las ulteriores consecuencias desadaptativas o patológicas queda patente a través de la variable esencial de la autorregulación y la función reflexiva en combinación con una serie de factores externos de riesgo. En lo relativo a los factores cognitivos de riesgo conocidos, tales como los procesos de atención, la sensibilidad perceptiva y el control activo, se ha demostrado que están evolutivamente relacionados con muchas de las secuelas del apego seguro, incluida la competencia [habilidad, destreza] social, la empatía y los niveles bajos de agresividad (Rothbart *et al.*, 1994, 2000; Kochanska *et al.*, 2000).

A la luz de lo anterior, tanto la evitación como la resistencia (que se observan a menudo como estrategias de afrontamiento en las psicosis) pueden entenderse alternativamente como estrategias de autoprotección en contextos interpersonales muy cargados. Si el modelo-guía interno del sujeto es inseguro, puede optar por retraerse de los demás con objeto de evitar la inestabilidad, reforzando la representación de sí mismo con relación a las representaciones de los demás (estilo desligado) o bien enfatizar protectoramente las representaciones de los demás (estilo preocupado). Ambas estrategias permiten separar la representación del otro de la representación de sí mismo. Kobak & Sceery (1988) confirmaron dicha asociación teórica entre los estilos de apego y las correspondientes estrategias de regulación afectiva en una muestra de adolescentes. El apego desligado se asociaba a la negación de la alteración emocional, el rechazo del apoyo de los padres y la percepción de los demás como figuras hostiles. El apego preocupado se asociaba con la comunicación de niveles elevados de estrés emocional y unas habilidades interpersonales deficientes. Los adolescentes calificados de tener un estilo de apego inseguro manifestaban una tendencia a desarrollar estilos de afrontamiento basados en la externalización junto con el correspondiente recurso a la agresivi-

dad y al consumo de alcohol y de drogas. En un estudio que vinculaba el estado anímico en relación al apego con la psicopatología en los adolescentes, Rosenstein y Horowitz (1996) informan de la presencia de un fuerte vínculo entre las estrategias de apego y la vulnerabilidad diferencial a los síntomas psiquiátricos. En su muestra de 60 adolescentes hospitalizados, la organización vincular desligada se asociaba a estrategias de minimización del estrés emocional y al rechazo de las figuras de apego. Los estados mentales asociados a la negación o la minusvaloración del estrés emocional aparecían dentro del contexto de dicha organización vincular desligada. Los adolescentes que utilizaban estrategias de apego preocupado recurrían a maximizar el sistema de vinculación y dentro de dicho contexto activaban unos estados mentales donde los afectos negativos eran reconocidos [admitidos] y/o exagerados. En una línea similar, Harrop y Trower (2001) sostienen que uno de los aspectos claves de la adolescencia es la lucha por la autonomía respecto de la base parental, y que el desarrollo prematuro de la autonomía o la incapacidad de alcanzar la autonomía constituye un factor potencial de riesgo en relación con la psicosis.

Organización vincular y psicosis

Dozier y Kobak (1992) encontraron que las personas que padecen esquizofrenia (n=21) recurrían a unos estilos de apego más represivos que las personas con trastornos afectivos (n=19). Las estrategias represivas (evitativas) se asociaban a la autovaloración de niveles inferiores de síntomas psiquiátricos por comparación con los sujetos que se servían de las estrategias propias del apego preocupado. Dozier y Lee (1995) estudiaron la organización vincular de 76 adultos con problemas de salud mental graves, de los cuales 23 tenían un diagnóstico de esquizofrenia y 27 tenían un diagnóstico de trastorno bipolar. Los participantes (n=49) que recurrían a las estrategias de apego evitativas o desactivadoras [del sistema de apego] comunicaban menos síntomas y un menor afecto, mientras que las personas con estrategias hiperactivadoras o preocupadas comunicaban más

afecto y un mayor número de síntomas. En un estudio posterior (Dozier & Tyrrell, 1997) se investigó la organización vincular en el trastorno bipolar (n=7), el trastorno esquizoafectivo (n=8) y la esquizofrenia (n=27). Sirviéndose de la clasificación de la organización vincular en tres tipos (autónomo, preocupado y desligado), la mayoría de dichos participantes fueron calificados de despegados respecto de la vinculación. La tabla 2.1 muestra los tipos de apego identificados en este estudio. Como se puede ver en la misma, los datos aparecen ilustrados en virtud de una clasificación en tres y en cuatro tipos. La clasificación en tres tipos muestra los tres tipos de apego organizado valorados según la AAI [*Adult Attachment Interview*]. La clasificación en cuatro tipos permite utilizar una cuarta dimensión, la del apego desorganizado o no resuelto. Dozier alega dos implicaciones importantes a partir de estos datos. En primer lugar, los estados anímicos de los adultos en relación con el apego dentro del contexto de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, podrían explicar la implicación y el compromiso con el servicio, así como el uso que se hace del tratamiento. En segundo lugar, Dozier afirma que estos estados anímicos de apego [actitudes vinculares] tienen poco que decir respecto de los factores psicológicos que predisponen a los sujetos a recibir el diagnóstico de esquizofrenia. Nos ocuparemos sucesivamente de cada una de estas dos afirmaciones.

Tabla 2.1. Tipos de apego según la entrevista para el análisis del apego en pacientes adultos y el diagnóstico

	<i>Tipología triple</i>			<i>Tipología cuádruple</i>			
	<i>Seguro</i>	<i>Preocupado</i>	<i>Evitativo</i>	<i>Seguro</i>	<i>Preocupado</i>	<i>Evitativo</i>	<i>Desorganizado</i>
Diagnóstico							
Trastorno							
bipolar	0	0	7	0	0	3	4
Esquizo							
afectivo	1	1	6	1	0	5	2
Esquizo-							
frenia	3	0	24	1	0	16	12

La utilidad del tratamiento y la relación con el servicio

Un aspecto importante de la búsqueda de ayuda y del compromiso con el servicio es el desarrollo de unos lazos de colaboración con los clínicos, los terapeutas y los gestores de casos. Es muy probable que la capacidad de establecer y de organizar lazos de colaboración con los demás esté mediatizada por la actitud general de la persona con relación al apego y los modelos internos de referencia de los que parte la representación de sí mismo y de las relaciones interpersonales cercanas. Es probable que las relaciones terapéuticas óptimas se asemejen a las relaciones propias del apego seguro, en el sentido de que el terapeuta haría las veces de una base segura con vistas a la búsqueda de proximidad, de que el terapeuta interviene para apoyar a la persona en la resolución del estrés emocional dentro del contexto de una actitud interpersonal cálida, amable, acogedora y tranquilizadora. Adicionalmente, la relación es recíproca y se caracteriza por la colaboración y la reflexión dentro de un contexto de seguridad.

Dozier (1990) analizó la organización vincular y el uso que se hace del tratamiento en 42 sujetos diagnosticados de esquizofrenia (n=12), trastorno bipolar (n=25), depresión (n=3) y “psicosis atípica” (n=2). Se le pidió a los clínicos que valorasen la conformidad de los sujetos con el tratamiento requerido, hasta qué punto los pacientes buscaban o rechazaban el tratamiento, hasta qué punto se abrían y reconocían sus sentimientos. Las valoraciones correspondientes a los apegos más seguros se asociaban a un mayor grado de conformidad. Era más probable que estos pacientes acudieran a las sesiones y tomaran la medicación. Era menos probable que los sujetos con estrategias propias del apego evitativo buscaran ningún tratamiento y era más probable que lo rechazaran. La evitación estaba inversamente relacionada con la probabilidad de abrirse. Era más probable que los sujetos con estrategias propias del apego preocupado se abrieran y también era más probable que buscaran ayuda.

En un estudio posterior, Dozier *et al.* (2001) grabaron en vídeo las interrelaciones entre adultos con esquizofrenia o trastorno bipolar mientras realizaban dos tareas de solución de problemas

con un familiar (n=17) o con el encargado de su caso (n=17). Una de las tareas implicaba un mínimo de cuestiones interpersonales, por ejemplo, en qué se gastarían 100 \$. La segunda tarea era un tanto comprometida a nivel interpersonal, por ejemplo, hablar de tres problemas que pudiera haber en sus relaciones. Los pacientes con actitudes vinculares despegadas empleaban menos tiempo en la tarea con el encargado de su caso y mostraban más conductas de rechazo durante la solución de problemas. En relación con ello, los familiares de los pacientes despegados sentían un mayor grado de tristeza después de la experiencia de la solución de problemas. En consecuencia, de resultados de este estudio se desprende que las interrelaciones interpersonales están claramente mediatizadas por la organización personal del modelo de apego.

El desarrollo de un vínculo terapéutico colaborador se basa en el desarrollo de una reciprocidad entre la persona que busca ayuda y la que ofrece el tratamiento. Curiosamente, en el estudio de Dozier *et al.* (2001), era más probable que los encargados de los casos cambiaran de tema con sus pacientes despegados durante la realización de la tarea interpersonal en respuesta, al parecer, a señales sutiles de disconformidad por parte del paciente. Así pues, la propia actitud vincular de la persona encargada del tratamiento podría ser relevante con vistas al desarrollo de la reciprocidad y de la vinculación. Dozier *et al.* (1994) estudiaron la relación entre las estrategias vinculares de los propios clínicos y su capacidad de responder terapéuticamente a los pacientes. Los participantes fueron pacientes diagnosticados de esquizofrenia (n=16) o de trastorno bipolar (n=9). Los clínicos más preocupados e inseguros respondieron con mayor profundidad a los pacientes preocupados y les pareció que los pacientes preocupados tenían una mayor necesidad de dependencia por contraste con los pacientes despegados. Estos resultados ponen de manifiesto que las actitudes vinculares de los pacientes se interrelacionan con las actitudes vinculares de los propios clínicos. La organización vincular de los clínicos parece revestir cierta importancia en el desarrollo de la reciprocidad. Los clínicos seguros atienden y responden a las necesidades subyacentes de los pacientes, mientras que los clínicos más

inseguros “responden a las necesidades más evidentes y manifestadas más abiertamente” (Dozier *et al.*, 1994, p. 798).

El apego no resuelto

Dozier y colaboradores afirman que el tipo de apego no resuelto o desorganizado “nos dice poco sobre los factores que predisponen a la esquizofrenia” (1999, p. 510). Ello se debe a que en la AAI el apego desorganizado se basa en las narrativas cuya codificación pone de relieve una serie de lapsos en el razonamiento y el discurso. La codificación de la AAI se basa en el despliegue de un discurso coherente y colaborador durante el análisis de las experiencias y los hechos relacionados con el apego tales como las pérdidas y los traumas, los cuales socavan la reflexión acerca de las representaciones vinculares, así como la comunicación de las mismas. A la luz de estos hallazgos, se puede extraer una conclusión diferente. Pudiera darse el caso de que las experiencias adversas tempranas contribuyan a configurar unos predictores esenciales asociados al desarrollo de la psicosis y a la aparición de un curso negativo dentro de la psicosis. Ello se caracterizaría por la adaptación emocional e interpersonal problemática, el aumento de la sensibilidad al estrés interpersonal (e.g. las críticas y la sobreimplicación emocional), el déficit en las estrategias de afrontamiento más socializadas y la búsqueda de ayuda, la retracción social y los estilos de afrontamiento evitativos y/o conflictivos, y un empobrecimiento de la función reflexiva y la regulación afectiva. A continuación, pasaremos a analizar la bibliografía que investiga los predictores de las consecuencias del empobrecimiento a nivel emocional, sintomático y de calidad de vida en los sujetos aquejados de psicosis a la luz de nuestra exposición de los conceptos más importantes de la teoría del apego.

3

Los factores psicológicos que intervienen en la vulnerabilidad y la transición hacia la recaída

Introducción

Los estudios prospectivos respecto del curso y la evolución subsiguientes a un primer episodio de psicosis ponen una y otra vez de manifiesto que las evoluciones más negativas tales como, de forma característica, los síntomas resistentes al tratamiento o el desplazamiento en dirección a la reaparición de la psicosis, las predicen factores tales como el tiempo que la psicosis ha estado sin tratar (*duration of untreated psychosis*, DUP: Wiersma *et al.*, 1998; Drake *et al.*, 2000), la deficitaria adaptación social premórbida (e.g. Rabiner *et al.*, 1986), el aislamiento durante la primera adolescencia (e.g. Robinson *et al.*, 1999) y la ansiedad social durante la adolescencia (Jones *et al.*, 1994). Naturalmente, tenemos que permanecer atentos a las dificultades que los argumentos evolutivos pueden plantear a la hora de trasladar estos hallazgos a la labor clínica:

En la medida que podemos reconstruir el desarrollo desde su desenlace final hacia atrás, la cadena de hechos nos parece continua y tenemos la impresión de haber ganado una comprensión enteramente satisfactoria o incluso exhaustiva. Pero si procedemos a la inversa, si

partimos de las premisas inferidas de resultados del análisis y tratamos de seguirlas hasta llegar a los resultados finales, en tal caso ya no tenemos la impresión de que exista una secuencia inevitable de eventos que no podría haber quedado determinada de otra forma.

(Freud, 1917, p. 208)

Drake y colaboradores (2000) encontraron que, después de controlar la DUP, los niveles más favorables de integración social predecían una mayor mejoría del conjunto de los síntomas, incluidas las experiencias psicóticas subsiguientes a un primer o un segundo episodio psicótico. Dichos datos sugieren que los factores sociales/evolutivos tempranos y el funcionamiento relacional adolescente o adulto son firmes potenciadores del curso ulterior en términos de recuperación y recaída subsiguientes al inicio de una psicosis. En particular, parece que la calidad de los vínculos del adolescente con sus iguales y la utilización de los sistemas sociales de apoyo son firmes predictores de la evolución a largo plazo y de la adaptación a la psicosis. Existe también una amplia evidencia procedente de los estudios sobre la esquizofrenia, respecto de que la atmósfera interpersonal constituye un factor clave en las recaídas (Brown & Rutter, 1966; Leff & Vaughn, 1985). Ello demuestra la constante importancia de los factores interpersonales en la determinación del curso de la psicosis. Además, después de un primer episodio de psicosis, la reaparición de las experiencias psicóticas suele ser con frecuencia un hecho vital altamente significativo, perturbador y crucial para los sujetos aquejados de psicosis (Birchwood *et al.*, 2000), lo que conduce a una adaptación emocional problemática y a la ideación suicida.

En el presente capítulo revisaremos la evidencia en favor de la existencia de una serie de factores psicológicos individuales e interpersonales en la evolución de la vulnerabilidad individual a las recaídas. Destacamos una serie de factores que se van desplegando e interrelacionando, incluida la organización vincular del sujeto, su entorno interpersonal, su entorno social más amplio que incluye los acontecimientos o experiencias vitales importantes, sus estrategias interpersonales, y su valoración de la experiencia de una psicosis

aguda junto con su respuesta afectiva a la misma. Una serie de estudios han puesto de manifiesto que la forma en que la persona vive y procesa los primeros episodios de psicosis aguda puede ejercer una influencia significativa sobre la recuperación y las recaídas. La forma de valorar la experiencia de la psicosis se ha relacionado con una amplia variedad de reacciones emocionales importantes en los sujetos, los familiares, los cuidadores y las personas queridas. Con frecuencia, estas reacciones no se limitan a la experiencia actual que la persona tiene de un episodio psicótico, sino que, como tendremos ocasión de argumentar más adelante, dichas reacciones constituyen esencialmente un reflejo de determinadas experiencias tempranas, de factores evolutivos generales y del correspondiente contexto social. En consecuencia, a lo largo de este capítulo proponemos ampliar nuestro centro de atención con objeto de incluir y de tomar en consideración el contexto más amplio de la recuperación y la adaptación después de la experiencia psicótica.

El contexto interpersonal

Un valioso concepto relacional propuesto desde hace tiempo dentro del estudio de la etiología de la psicosis es el de “expresión emocional” (*expressed emotion*, EE: Brown & Rutter, 1966). Se ha demostrado convincentemente que dicho concepto aparece implicado como predictor de una evolución clínica negativa y de posibles recaídas en una serie de trastornos psiquiátricos (véase Butzlaff & Hooley, 1998; Wearden *et al.*, 2000, para las revisiones). La EE es un término que hace referencia a un conjunto de mecanismos que subyacen a las relaciones interpersonales y los estilos de comunicación. La EE incluye tres componentes implicados en la predicción del curso y de la evolución. El primero es la sobreimplicación emocional (*emotional over-involvement*, EOI) y la extralimitación de los límites familiares naturales. El segundo tiene que ver con los comentarios críticos, relativos a las actitudes y los juicios condenatorios respecto del comportamiento del individuo por parte de los cuidadores. El tercero es la hostilidad, que incluye la generalización de las críticas a

la personalidad del sujeto, junto con elementos de rechazo por parte de los cuidadores. Adicionalmente, el concepto de EE también puede incluir la evaluación de la calidez y de los comentarios positivos.

Kavanagh (1992) revisó 23 estudios que tenían por objeto la relación entre la EE y las recaídas. Estos estudios incluían el seguimiento de 1.707 sujetos y sus familiares a lo largo de un período de 9 a 12 meses. Únicamente tres de estos estudios no encontraron ninguna relación entre la EE y las recaídas. Se encontró un porcentaje medio de recaídas del 21 por ciento en el caso de las familias caracterizadas por niveles bajos de EE, por contraste con el 48 por ciento en el caso de las familias que vivían en un entorno caracterizado por elevados niveles de EE. Veinte estudios encontraron que la recaída era mayor en el grupo de elevada EE, y en 16 de estos estudios encontraron que este dato era estadísticamente significativo. Cuatro estudios investigaron la tasa de recaídas a lo largo de los dos años siguientes a la inclusión de los sujetos en el estudio. La tasa media de recaídas para las familias de baja EE fue del 27 por ciento, por contraste con el 61 por ciento correspondiente a las familias de elevada EE.

En términos de los componentes conceptuales específicos de la EE, las críticas y la hostilidad están estrechamente correlacionadas, y la hostilidad raramente está presente en ausencia de las críticas. De hecho, se ha encontrado que la hostilidad tomada independientemente predice las recaídas (Leff *et al.*, 1987). La calidez se correlaciona negativamente con las críticas a un nivel moderado, y se correlaciona positivamente con la EOI [la sobreimplicación emocional]. Brown *et al.* (1972) encontraron que, en ausencia de una EOI, la calidez se asociaba a una evolución positiva. Brewin *et al.* (1991) encontraron que los familiares que tenían unos estilos de comunicación caracterizados por la hostilidad y las críticas hacían más atribuciones causales a factores personales y controlables por el sujeto (e.g. “no se levanta por las mañanas porque es un vago”) que los familiares con una acusada EOI. Estos últimos hacían atribuciones de causalidad no personales ni controlables acerca del comportamiento del sujeto (e.g. “es la enfermedad, él no puede hacer nada, no es culpa suya”).

Barrowclough y colaboradores (1994) estudiaron el papel de las atribuciones que hacían los familiares respecto de la enfermedad, como predictor de recaídas en la esquizofrenia. Barrowclough y colaboradores propusieron que los familiares críticos, y en particular los familiares hostiles, harían atribuciones que serían más internas, personales y controlables por el individuo, por contraste con los familiares que manifiestan una acusada EOI y bajos niveles de EE. Los mencionados autores propusieron que estos últimos familiares harían más atribuciones externas, universales e incontrolables respecto del individuo. Los familiares con niveles elevados de EE arrojaron un porcentaje más elevado de atribuciones causales que los familiares con baja EE. Comparados con los familiares de elevada EOI, los familiares con niveles elevados de críticas y hostilidad realizaron más atribuciones internas, personales y controlables a propósito del individuo. Además, estos familiares alegaban atribuciones causales que adjudicaban al individuo la responsabilidad respecto del curso y de la evolución. Los familiares con EOI elevada realizaron más atribuciones de causalidad a causas externas e incontrolables y, de hecho, fueron los que más atribuciones realizaron a la enfermedad. Las atribuciones relativas a la controlabilidad y la internalidad (e.g. “tú tienes la culpa”) se relacionaban significativamente con las recaídas, incluso una vez controlado el nivel de EE y el tratamiento. En un análisis posterior de estos mismos datos, Barrowclough *et al.* (1996) encontraron que había una ausencia general de relación entre el estrés emocional y las atribuciones de los familiares, al margen de la tendencia de los familiares que se culpaban a sí mismos a padecer niveles más elevados de estrés emocional.

Estos estudios demuestran la importancia del papel de las atribuciones en la configuración de la EE, la predicción de recaídas y el incremento de la alteración emocional en los familiares. De hecho, esto concuerda con las sugerencias de otros investigadores como, por ejemplo, Weiner (1985), que proponen que las creencias causales respecto de los problemas de otras personas contribuirían directamente al desarrollo de emociones perturbadoras dolorosas. Barrowclough

y colaboradores (2003) estudiaron la relación entre el entorno interpersonal, la autoevaluación por parte del sujeto y los síntomas positivos y negativos. A pesar de estar demostrado que vivir dentro de un clima emocional caracterizado por las actitudes y las atribuciones críticas, hostiles o sobreimplicadas emocionalmente, se relaciona con un aumento del riesgo de futuras recaídas (Barrowclough & Hooley, 2003), el mecanismo que podría regir esto todavía no está claro, si bien se ha propuesto el aumento de la activación fisiológica como posible vía (Tarrier & Turpin, 1992). Sirviéndose de una metodología basada en entrevistas a un grupo de 59 participantes, Barrowclough y colaboradores encontraron que, en concordancia con la investigación precedente, las actitudes de los familiares se asociaban a un mayor número de síntomas positivos. Además, las evaluaciones negativas que los participantes hacían de sí mismos (*negative evaluations of self*, NES) se asociaban también a un mayor número de síntomas positivos. La relación entre las actitudes de los familiares y los síntomas positivos desaparecía cuando las NES se incluían dentro de la comparación estadística, al tiempo que las NES continuaban estando fuertemente asociadas a los síntomas positivos. En consecuencia, dentro de esta muestra el impacto de las críticas sobre los síntomas positivos de los participantes parecía estar mediatizado por las autoevaluaciones negativas de los propios participantes.

Alan

Alan tiene 24 años y vive en su casa con su madre, su padre y su hermana menor. Alan tuvo su primer episodio psicótico hace tres años, mientras estudiaba matemáticas en la universidad. Alan estaba viviendo fuera de casa por aquel entonces. A lo largo de un período de cuatro meses, durante su tercer año de universidad, se fue volviendo cada vez más retraído y solitario. Llamaba a su casa con menos frecuencia y volvía menos a casa los fines de semana. Sus padres interpretaron que este cambio de conducta

se debía a la preocupación por los estudios y la inminencia de los exámenes. Pero lo que le preocupaba a Alan eran las fórmulas matemáticas y las creencias religiosas. También estaba cada vez más obsesionado con la idea de que estaba siendo vigilado por el servicio secreto, dado su conocimiento de los códigos secretos. Se volvió muy paranoide. Empezó a decirle a sus compañeros que los satélites le interferían sus pensamientos y que el servicio secreto estaba tratando de impedirle descubrir ciertas verdades impenetrables. Sus padres decidieron que lo viera un psiquiatra y poco después fue ingresado en el hospital de la zona durante unas dos semanas. Los padres estaban comprensiblemente impresionados, anonadados y consternados al descubrir que su hijo estaba tan mal. Sentían que ellos tenían la culpa de que Alan hubiese enfermado y que eran unos malos padres.

Anteriormente, Alan había tenido una relación bastante estrecha con sus padres, particularmente con su madre. Pasaban muchísimo tiempo juntos en las actividades organizadas por la iglesia de la localidad. Tanto su madre como su padre tenían unas expectativas muy altas en relación con Alan. Contribuyeron directamente a que se decidiera a estudiar matemáticas en la universidad. Su traslado a la universidad generó una considerable angustia en sus padres y la madre de Alan participó directamente en encontrarle un alojamiento y escoger a sus compañeros de piso. Alan valoraba el apoyo de su madre, pero a veces se sentía abrumado e incapaz de tomar decisiones por sí solo.

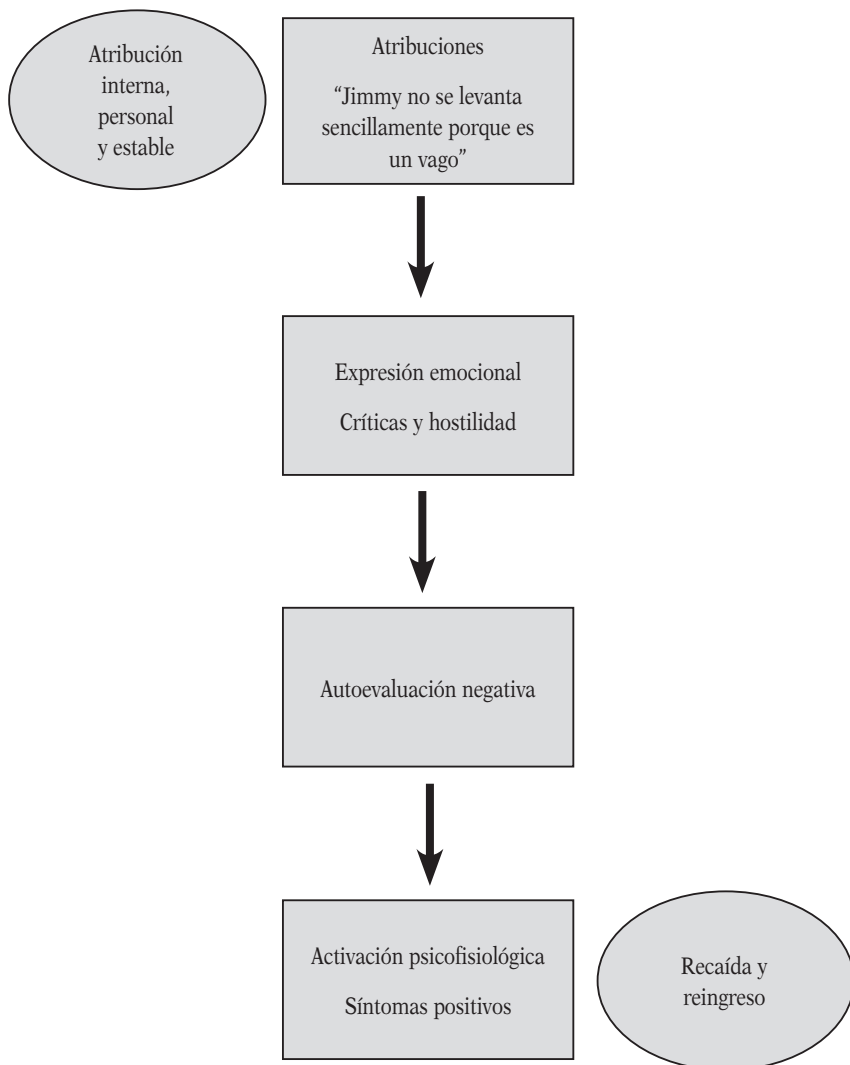
Después de este primer episodio, Alan rechazó la idea de que estuviera enfermo y los intentos de sus padres por ayudarlo. Veía a sus padres como un obstáculo para su desarrollo, y su ayuda como algo que le restaba importancia a su propia experiencia. A pesar de que pareció recuperarse muy rápidamente de sus vivencias psicóticas, continuó preocupado por su episodio de psicosis. Se sentía azorado y humillado. No quería hablar de ello y evitaba el contacto con los amigos y los compañeros de estudios. Con el tiempo, los padres se exasperaron cada vez más. Tenían la sensación de que sus intentos por ayudar a su hijo se veían anulados.

Se quejaban al psiquiatra de que Alan se negaba a participar en ninguna terapia de familia, no quería volver a la universidad, seguía la medicación sólo en parte y no acudía regularmente a las sesiones familiares. La sensación de pérdida por parte de los padres estaba mezclada con la sensación de enfado y frustración. Empezaron las discusiones familiares, hasta el punto de que la hermana menor se fue de casa para irse a vivir con su novio. Poco después de esto, Alan interrumpió la medicación. Ocho semanas más tarde sufrió una recaída en toda regla y un reingreso motivado por la reaparición de las creencias persecutorias y una sobredosis importante de paracetamol.

Después de este segundo episodio, Alan buscó una terapia psicológica individual con el fin de analizar sus experiencias. Reflexionó acerca de su primera adolescencia y en particular de su incapacidad consciente para establecer relaciones y mantener conversaciones con sus iguales. Hablaba de que se sentía solo y aislado. Agradeció los intentos de sus padres por integrarle en la iglesia de la localidad. Por otro lado, también se sentía frustrado y limitado por la intervención de sus padres. Estaba resentido por el hecho de que le hubiesen solucionado el problema del alojamiento en la universidad. También habló de la sensación de libertad que caracterizó su primera experiencia psicótica. Se volvió más activo, y empezó a salir más y alternar y quedar con otras personas. La ansiedad social se redujo y tenía la impresión de que pensaba con más claridad. Se sentía anonadado por la psicosis y por la forma como ésta había arruinado sus intentos de desarrollar una mayor independencia. La terapia de familia le parecía estresante y opresiva, se sentía asfixiado y como un niño y le venía a la mente la dependencia de sus primeros años de adolescencia. Sus principales prioridades con vistas a su recuperación le parecían el tratamiento de su ansiedad social, el esclarecimiento de sus experiencias psicóticas y echarse una novia.

La figura 3.1 muestra un diagrama de la relación entre las atribuciones, la EE y el impacto sobre la autoestima y las experiencias psicóticas positivas de la persona.

Figura 3.1. Modelo atribucional de la expresión emocional y la autoevaluación negativa



El contexto evolutivo de la expresión emocional

Sorprendentemente, existe muy poca investigación acerca del curso evolutivo independiente de las críticas y la sobreimplicación emocional [EOI] con vistas a la intervención y la ayuda precoz. Patterson *et al.* (2000) han enfatizado la importancia de la terapia familiar especializada en la prevención de la fijación a unos niveles elevados de expresión emocional [EE]. Los estudios sobre tratamientos familiares han puesto de manifiesto que si se puede reducir la frecuencia de las interrelaciones críticas, sobrecargadas y hostiles, se producirá una reducción secundaria en el riesgo de recaer con el paso del tiempo (Birchwood, 1992, 1999). De confirmarse que la elevada EE es un factor estable, los tratamientos estandarizados podrían ir dirigidos a los “períodos críticos”. Pero la evidencia sugiere que la EE es inestable, sobre todo durante la primera fase de la psicosis (Birchwood, 1992, 1999). En consecuencia, es importante ver la EE no solamente como un factor de riesgo en sí mismo, sino como el resultado de un proceso evolutivo de ajuste y adaptación.

En un estudio de Scazufca y Kuipers (1996), los cambios en la EE aparecían vinculados a los cambios en la preocupación subjetiva y la percepción del funcionamiento del paciente. Ello apoya la idea de que la EE no es un rasgo característico, sino que varía de acuerdo con las interrelaciones entre el paciente y sus familiares en un determinado momento en particular en el tiempo (Birchwood & Cochrane, 1990). Los métodos de terapia familiar existentes pensados para ser aplicados a familias que padecen los efectos de una psicosis de larga duración en uno de sus miembros parecen ser menos útiles en el caso de las muestras correspondientes a la aparición del primer episodio clínico. Uno de los estudios de terapia familiar conductual aplicada al primer episodio psicótico no encontró que ello tuviera ningún impacto sobre las recaídas y en el caso de algunas familias la terapia incrementó de hecho el estrés emocional (Linszen *et al.*, 1996).

Patterson *et al.* (2000) sugieren que la naturaleza fluctuante de la EE en las muestras correspondientes a la aparición de los primeros episodios constituye un período crucial de cara a la reorganización antes de que los estilos asociados a las reacciones desadaptativas que-

den más o menos fijados. Los autores realizaron el seguimiento de los familiares de 50 sujetos con posterioridad a la aparición de un primer episodio psicótico a lo largo de un período de nueve meses. La EE general se mostró inestable en el 28 por ciento de la muestra durante este período, y los familiares cambiaban principalmente de niveles elevados a niveles bajos de EE. Los familiares que manifestaban niveles elevados de EOI junto con niveles bajos de críticas comunicaron unos sentimientos de pérdida significativamente más intensos. Los familiares cuyos niveles de EE cambiaron de una elevada EOI a un aumento de las críticas comunicaron niveles más bajos de sensación de pérdida, lo que indica que la evolución de las críticas puede estar mediatizada por las apreciaciones respecto de la sensación de pérdida. A nivel emocional, la aparición de las críticas como defensa contra las pérdidas simbólicas asociadas al primer episodio de psicosis podría entenderse de la misma forma que las reacciones de rabia y de rechazo que se observan con frecuencia como parte del proceso de duelo (Bowlby, 1980). A nivel conductual, se ha sugerido que la EOI y las críticas podrían ser estrategias movilizadas para ejercer cierto grado de control sobre el entorno familiar (Hooley, 1985). Además, según Bowlby (1982), las críticas hacen las veces de un mecanismo adaptativo con el fin de coaccionar y desalentar a un miembro de la familia para que desista de una conducta “desviada” o problemática. En este sentido, la evolución de las críticas dentro del contexto de la aparición de un primer episodio de psicosis podría desempeñar una función similar.

La EOI se observa más a menudo en los padres y se ha asociado con el funcionamiento premórbido deficitario y las cargas individuales (Miklowitz *et al.*, 1983). Miklowitz y colaboradores (1983) encontraron que los familiares sobreimplicados tendían a tener parientes con historias premórbidas deficitarias y muchos síntomas residuales, por contraste con los familiares críticos y los familiares con baja EE. Cook y colaboradores (1989) encontraron que la relación de los adolescentes con madres con elevada EE era más problemática que la relación de los adolescentes con madres con baja EE. Las madres con elevada EE tendían, pues, a corresponder al afecto negativo asociado al estilo de relación de sus hijos adolescentes. En este sentido,

podemos entender la evolución de la EE como un proceso recíproco dentro del contexto del desarrollo del adolescente.

Dozier & Kobak (1992) sugieren que las estrategias relacionales de los propios sujetos podrían ser importantes a la hora de provocar reacciones características a nivel de la EE en sus familiares. Los autores estudiaron la organización vincular y la EE de los familiares de 40 participantes aquejados de esquizofrenia ($n=21$) y de trastornos afectivos, principalmente trastornos bipolar ($n=19$). El recurso más extremo a las estrategias propias del apego evitativo o preocupado apareció asociado a niveles más elevados de EE por parte de los familiares. Podría ser que un mayor grado de comunicación del estrés emocional y de las carencias, lo cual es característico del estilo propio del apego preocupado, pudiera provocar más conductas solícitas por parte de los familiares. Las estrategias evitativas tendían a asociarse a niveles más bajos de notificación de síntomas y de estrés emocional a decir de los propios sujetos. Dozier y colaboradores señalan que esta estrategia podría resultar poco convincente para los familiares y, en consecuencia, éstos detectaban la necesidad de ofrecer sus cuidados. Las estrategias asociadas a la EOI podrían, pues, perpetuar las estrategias vinculares problemáticas ya fuera reforzando la sensación de carencia y vulnerabilidad en las personas preocupadas, o impulsando un mayor grado de retracción y evitación en los sujetos que hacen uso de estrategias vinculares evitativas. Estos hallazgos subrayan la importancia de trabajar las estrategias interpersonales y vinculares del individuo dentro del contexto asociado al hecho de vivir en un entorno con una elevada EE. Esto podría ser particularmente útil en las situaciones en que los pacientes y/o los familiares declinan su participación en ningún tratamiento de corte familiar.

El contexto social más amplio de la psicosis

Tenemos que mirar más allá de los procesos interpersonales implicados en el entorno inmediato de los cuidadores, las personas queridas y los familiares. Es importante tomar en consideración

el impacto que puede ejercer el contexto social más amplio (y los sucesos ocurridos dentro de dicho contexto, e.g. traumas y pérdidas) en la etiología de las psicosis. Estos factores tienen ramificaciones para la implicación terapéutica y la recuperación. También se ha demostrado que la ansiedad social y la adaptación inicial deficitaria son elevadas en los sujetos que desarrollarán ulteriormente una psicosis (Pilkonis *et al.*, 1980; Jones *et al.*, 1994; Olin & Mednick, 1996; Malmberg *et al.*, 1998). En un estudio de cohortes de 50.054 reclutas del ejército sueco, Malmberg *et al.* encontraron que determinada combinación de problemas interpersonales –que incluían la dificultad de relacionarse en grupo y hacer nuevos amigos, sentirse más sensibles que los demás y no tener novia– se asociaba con un aumento del riesgo de desarrollar una esquizofrenia. En el estudio de cohortes de 4.746 sujetos nacidos en el Reino Unido en 1946, Jones y colaboradores (1994) encontraron que la ansiedad social reconocida por el propio sujeto a la edad de 13 años y la ansiedad social valorada por el profesor a los 15 años se asociaban con un incremento del riesgo de desarrollar una esquizofrenia en la adultez.

Urbanización, migración y discriminación

En un estudio prospectivo de 2.548 adolescentes que abarcaba un período de cinco años, Spauwen *et al.* (2004) encontraron que el 17,3 por ciento habían tenido como mínimo una experiencia psicótica. Los autores encontraron que el hecho de crecer en un área urbana se asociaba con un aumento del riesgo de manifestar una psicosis o un episodio maníaco incluso después de controlar el sexo, el estatus socio-económico, los antecedentes familiares de psicosis y cualquier diagnóstico psiquiátrico adolescente. En un estudio de tres años de duración del total de la población sueca comprendida entre los 25 y los 65 años (4,4 millones), Sundquist y colaboradores (2004) encontraron una incidencia de 6.163 casos de un primer episodio de psicosis. Los autores encontraron que el aumento de los niveles de urbanización se asociaba con el aumento de los porcentajes de psicosis. Los sujetos que vivían en las áreas de mayor densidad de

población tenían un incremento de entre un 66 a un 77 por ciento en el riesgo de desarrollar una psicosis. En un estudio de cohortes de 1.020.063 personas extraídas de la población danesa, Van Os *et al.* (2004) encontraron que el efecto del historial familiar sobre el riesgo ulterior de desarrollar una esquizofrenia aumentaba con el nivel de urbanización; esto es, entre el 20 y el 35 por ciento de sujetos expuestos a ambos factores habían desarrollado una esquizofrenia debido a la interacción de estas dos causas. Van Os (2004) alega que los sujetos con un mayor grado de labilidad genética a la psicosis podrían tener menos posibilidades de modificar experiencias inusuales o psicóticas dentro de un entorno (el urbano) con elevados niveles de fragmentación social y niveles bajos de control social, combinado con la falta de sensación de seguridad y el aumento del estrés social asociados a vivir en el entorno de los barrios céntricos marginales de las ciudades.

Otro posible factor de riesgo relacionado sería el efecto de la migración de un grupo minoritario, particularmente allí donde el grupo entrante ha emigrado por razones económicas y, por consiguiente, se enfrenta al reto de integrarse en un entorno cultural preexistente. Selten *et al.* (2001) encontraron un aumento de la incidencia de trastornos psicóticos, con relación a la población establecida, en varios grupos de inmigrantes de los Países Bajos. En particular, las tasas correspondientes a los inmigrantes procedentes de Marruecos, Surinam, Antillas Holandesas y demás países no occidentales, fueron elevadas, mientras que las tasas correspondientes a los turcos y demás inmigrantes occidentales no fueron significativamente elevadas. Los autores rechazaron la hipótesis de que el aumento de las tasas estuviera provocado por la migración selectiva de individuos con riesgo de psicosis (apoyada adicionalmente por una comparación de análisis de casos con una comparación apareada temporalmente en Surinam; Selten *et al.*, 2005). Parece plausible que la necesidad de integrarse en una cultura con la que no se está familiarizado y la presión social adicional de ser miembro de un grupo que viene de fuera, podría tener efectos estresantes similares a la urbanización, cuando no una interacción con este factor por la vía del elemento económico. De hecho, en relación con los facto-

res ambientales de seguridad y amenaza mencionados más arriba, Janssen y colaboradores (2003) encontraron que la percepción de la discriminación étnica estaba vinculada al subsiguiente desarrollo de ideación persecutoria delirante en un estudio sobre la población holandesa general (n=4.076) que abarcaba un período de tres años.

Acontecimientos vitales significativos

Está demostrado que los acontecimientos vitales estresantes aumentan el riesgo de recaída en la psicosis. En un estudio retrospectivo, Brown & Birley (1968) fueron los primeros en verificar que los sujetos aquejados de esquizofrenia comunicaban una mayor frecuencia de acontecimientos vitales estresantes independientes de la enfermedad del paciente durante un período de tres semanas inmediatamente anterior al inicio de un episodio. Un 46 por ciento de sujetos dentro de este grupo informaron de la aparición de un suceso vital independiente durante un período de tres semanas justo antes de un episodio psicótico, por contraste con el 14 por ciento de una muestra de controles extraídos de la comunidad correspondientes a un período similar. Por lo demás, a excepción del período de tres semanas previo a un episodio, los porcentajes de acontecimientos vitales en los dos grupos no diferían significativamente. Brown & Birley concluyeron que los acontecimientos vitales desempeñan un papel a la hora de *desencadenar* el inicio o la reaparición de los síntomas psicóticos en las personas aquejadas de esquizofrenia.

El papel de los sucesos vitales estresantes se ha venido demostrando desde entonces a través de una serie de estudios (véase Lukoff *et al.*, 1984; Bebbington & Kuipers, 1998, para las revisiones), lo que precipitó la formulación de la engañosa hipótesis de la vulnerabilidad al estrés en la psicosis. Además, estos estudios también han generado hipótesis sobre los efectos salutíferos de los entornos sociales sobre dicha vulnerabilidad y la consiguiente reactividad al estrés. Adicionalmente, también se ha alegado el efecto de los sucesos vitales graves en el inicio de los episodios bipolares. Los mecanismos postula-

dos para explicar este vínculo incluyen la pérdida de algún familiar por fallecimiento (Kessing *et al.*, 2004) y la interrupción del ritmo social (Malkoff-Schwartz *et al.*, 1998). Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados en este ámbito se basan en relatos retrospectivos de los sucesos previos a un episodio y al inicio del episodio clave. En consecuencia, no es posible diferenciar acertadamente entre sucesos estresantes independientes de la sintomatología residual o de posibles signos prodrómicos, y sucesos que pueden haber sido resultado de las consecuencias negativas asociadas a un episodio psicótico.

Hirsch y colaboradores (1996) realizaron un seguimiento de 48 semanas de 71 sujetos diagnosticados de esquizofrenia y valorados según el inventario de acontecimientos y dificultades vitales [*Life Events and Difficulties Schedule*]. La mitad de los sujetos de este grupo fueron tratados con medicación antipsicótica regular y a la otra mitad se les había retirado recientemente la medicación. El riesgo de recaída aumentó proporcionalmente al número de acontecimientos vitales, pero no se halló ninguna interacción entre la medicación y los acontecimientos, esto es, los acontecimientos vitales no estaban más estrechamente relacionados con la recaída con medicación que sin medicación. Los autores concluyen que la contribución de los acontecimientos vitales al riesgo de recaída en la esquizofrenia se ve confirmado por este estudio, pero la hipótesis de que los acontecimientos vitales desencadenan las recaídas no recibe apoyo, como tampoco la hipótesis de que los acontecimientos vitales son más relevantes en relación con las recaídas en las personas que mantienen la medicación antipsicótica que en las que no reciben medicación.

Castine *et al.* (1998) estudiaron una muestra de 32 veteranos de Vietnam e informaron de una correlación negativa entre los acontecimientos vitales negativos y los episodios psicóticos. Es decir, los acontecimientos vitales recientes mostraban un mayor grado de asociación con los primeros episodios de esquizofrenia que aquellos que se presentan de forma más crónica. Estos hallazgos también se corresponden con los de Bebbington *et al.* (1993), que encontraron un aumento del número de acontecimientos vitales durante los seis meses previos a la recaída y no únicamente pocas

semanas antes. Por consiguiente, es probable que la relación entre los acontecimientos vitales y las recaídas pueda estar mediatizada por otros factores tales como las habilidades de afrontamiento y el nivel de autoeficacia (Pallanti *et al.*, 1997; Ventura *et al.*, 2004), la integración social (Hultman *et al.*, 1997) o la reactividad emocional (Myin-Germeys *et al.*, 2003).

Hultman y colaboradores estudiaron el nivel de apoyo social y el estilo general de afrontamiento en 42 sujetos durante un período de un total de cuatro años. En una segunda parte del estudio, entrevistaron a un subgrupo de entre los pacientes aplicando el inventario de acontecimientos y dificultades vitales, nueve meses después del alta o en el momento de recaer. Los pacientes satisfechos con una deficiente integración social tenían un mayor porcentaje de recaídas a lo largo de los cuatro años. También aparecía un exceso de acontecimientos vitales tres semanas antes de la recaída por comparación con los acontecimientos referidos en el grupo que no había recaído. El tiempo transcurrido entre un acontecimiento vital y la recaída era significativamente mayor en los pacientes con una elevada disponibilidad de vínculos [de relaciones cercanas] y una estrategia de afrontamiento caracterizada por la búsqueda activa de apoyo.

Myin-Germeys y colaboradores (2001, 2003) analizaron si la exposición previa a sucesos vitales estresantes afecta a: (1) la “estresividad” subjetiva; y (2) la reactividad emocional al estrés vital. En una muestra de 42 personas aquejadas de psicosis y aplicando el método de muestreo de acontecimientos [*Event Sampling Method*], los sucesos vitales previos no influyeron en la percepción de la “estresividad” de los estresores de la vida cotidiana, sino que, antes bien, lo que se modificó fue la reactividad emocional de la persona a dichos acontecimientos. En consecuencia, los acontecimientos vitales podrían contribuir a las recaídas en virtud de un proceso interactivo que incluye el aumento de la reactividad emocional, el estilo de afrontamiento y la accesibilidad y disponibilidad de apoyos sociales y figuras de apego importantes. A la luz de todo esto, sería importante analizar la naturaleza y la trascendencia de los acontecimientos vitales con relación a la persona en cuestión.

Traumas

Traumas infantiles tempranos

Morrison y colaboradores (2003) han alegado que entre los sujetos aquejados de psicosis existe un elevado porcentaje de traumas infantiles. Dicha afirmación se basa en una serie de evidencias. En primer lugar, los estudios demuestran que existe una elevada proporción de traumas en las vidas de los sujetos que han desarrollado una psicosis. Por ejemplo, en una revisión de informes de casos de unos 200 sujetos, Read y colaboradores (2003) encontraron que los sujetos que habían sido objeto de abusos sexuales tenían mayor probabilidad de referir síntomas psicóticos. Scheller-Gilkey y colaboradores (2004) encontraron que los sujetos diagnosticados de esquizofrenia acompañada de consumo de drogas (que constituye un factor de riesgo de cara a las recaídas) presentaban una mayor frecuencia de sucesos traumáticos infantiles, un mayor grado de sintomatología asociada al trastorno por estrés postraumático (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) e índices de depresión más elevados. En segundo lugar, los estudios demuestran que los abusos sexuales infantiles se relacionan con la concurrencia de alucinaciones y delirios en otros grupos diagnósticos. Por ejemplo, Hammersley y colaboradores (2003) han mostrado la existencia de una relación entre los abusos infantiles y las alucinaciones en sujetos diagnosticados de trastornos bipolar. En tercer lugar, los estudios epidemiológicos muestran la existencia de una relación entre los traumas infantiles y las experiencias psicóticas. Bebbington *et al.* (2004) detectaron trastornos psiquiátricos en 8.580 sujetos que vivían en el Reino Unido. Comparado con los participantes aquejados de otros trastornos psiquiátricos, la prevalencia de distintas formas de victimización entre las personas aquejadas de una psicosis inequívoca o probable era bastante elevada. Estas experiencias incluían los abusos sexuales, la intimidación, el cuidado a cargo de las autoridades locales (la institucionalización), la huida del hogar o el haber sido víctima de una agresión. Después de controlar la posible interrelación entre los distintos sucesos, resultó que los abusos sexuales, la huida del hogar, la estancia en un orfanato,

la expulsión [del centro escolar], la falta de un hogar y las agresiones, todos ellos siguieron siendo unos predictores significativos de psicosis. Después de controlar los niveles actuales de depresión, los abusos sexuales infantiles siguieron siendo el factor de riesgo más significativo e importante de cara a la psicosis.

Finalmente, después de controlar la depresión y la interdependencia entre los distintos acontecimientos, el abuso sexual, el ser expulsado del centro de enseñanza, y el ser objeto de una agresión eran predictores del desarrollo de una psicosis. Lo que se desprende de estos datos es que las perturbaciones graves en el desarrollo temprano y en las primeras experiencias de vinculación incrementan la vulnerabilidad de los sujetos a desarrollar una psicosis. En una muestra de población general de 4.045 sujetos a los que se realizó un seguimiento durante dos años, Janssen y colaboradores (2004) encontraron que el haber sido objeto de abusos sexuales infantiles aparecía asociado a la psicosis. Dicha relación se mantenía al margen de los diferentes instrumentos para evaluar la psicosis. Adicionalmente, los abusos sexuales más frecuentes aparecían asociados a un mayor riesgo de desarrollar una psicosis y de necesitar asistencia.

La psicosis como acontecimiento traumático

Existe una evidencia cada vez mayor de que la psicosis se vive como un acontecimiento traumático. Ocho estudios analizan la prevalencia de la sintomatología asociada al PTSD después de un episodio psicótico (McGorry *et al.*, 1991; Shaw *et al.*, 1997; Priebe *et al.*, 1998; Meyer *et al.*, 1999; Frame & Morrison, 2001; Kennedy *et al.*, 2002; Neria *et al.*, 2002; Jackson *et al.*, 2004). Dichos estudios informan de que entre un 11 y un 67 por ciento de sujetos satisfacen los criterios de un PTSD después de un episodio agudo de psicosis, si bien la prevalencia de los grupos de síntomas relacionados con el trauma, tales como los recuerdos intrusivos recurrentes, es considerablemente mayor en algunos estudios (e.g. Meyer *et al.*, 1999). La mayoría de los estudios indican que la experiencia de los síntomas psicóticos en sí mismos por sí solos era la responsable principal del trauma del paciente (Meyer

et al., 1999; Frame & Morrison, 2001; Kennedy *et al.*, 2002; Shaw *et al.*, 2002); sin embargo, algunos estudios sugieren que los métodos utilizados para tratar las psicosis también pueden ser parcialmente responsables de la sintomatología traumática (McGorry *et al.*, 1991; Frame & Morrison, 2001). Aunque la metodología de estos estudios ha sido criticada (Morrison *et al.*, 2003) y a pesar del hecho de que la psicosis aguda no está oficialmente reconocida como un hecho que satisfaga el criterio A del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para el diagnóstico de PTSD, los hallazgos continúan pareciendo indicar que son muchos los pacientes psicóticos que experimentan una sintomatología postraumática significativa, la cual se pone de manifiesto después del tratamiento y de la experiencia de una psicosis aguda. Los participantes en estos estudios refieren la presencia de recuerdos intrusivos relacionados con sucesos estresantes asociados a la hospitalización, tales como la intervención de la policía, o con experiencias relacionadas con los síntomas, incluidas las alucinaciones auditivas incontrolables, las ideas paranoides persecutorias, la transmisión del pensamiento y los fenómenos de pasividad (acciones y pensamientos involuntarios o no deliberados). Los sujetos con un estilo de recuperación del tipo de “blindarse” o de “cerrarse herméticamente” tenían mayor probabilidad de referir menos intrusiones y un mayor grado de evitación al aplicarles la escala de evaluación del impacto de los sucesos (*Impact of Events Scale*, Jackson *et al.*, 2004). Los participantes con niveles más elevados de despersonalización, desrealización y obnubilación peritraumática también tenían niveles más elevados de intrusiones y de evitación (Shaw *et al.*, 2002). Shaw *et al.* (1997) encontraron que las experiencias que suponían una pérdida del control eran valoradas como las más estresantes emocionalmente [las más penosas] por los sujetos. Estas experiencias de “pérdida del control”, las cuales incluyen la reclusión forzosa, sentirse controlado por fuerzas externas, las alucinaciones visuales y la inserción de pensamientos, se asociaban con los niveles más elevados de estrés emocional. Frame & Morrison (2001) encontraron que después de controlar la gravedad de los síntomas, la experiencia de la psicosis explicaba una proporción substancial de la varianza (el 24 por cien-

to) de los síntomas postraumáticos, mientras que la experiencia de la hospitalización sólo explicaba el 7 por ciento de la varianza. En consecuencia, cabe la posibilidad de que ciertos procesos y sucesos internos tales como determinados síntomas o grupos de síntomas dejen paso a recuerdos visuales vívidos e intrusivos de recaídas o sucesos anteriores relacionados con la psicosis.

Recursos interpersonales

Después de dejar sentado el contexto interpersonal y el efecto del entorno social más amplio sobre la vulnerabilidad a la psicosis, pasaremos a analizar el impacto que ejercen estos factores en la evolución de las interrelaciones interpersonales del sujeto –tanto en general como con respecto a la psicosis. Siguiendo la evidencia del análisis presentado más arriba, parece evidente la relación entre los estilos de vinculación, el funcionamiento interpersonal y la utilización de los sistemas sociales de apoyo. Sarason y colaboradores (1990, 1991) estudiaron la relación entre la percepción del apoyo social y los estilos de vinculación en la adultez. Observaron que los sujetos evitativos tenían unas representaciones de sí mismos y de los demás que les volvían más propensos a registrar y recordar ejemplos de conductas de apoyo como experiencias que les fueron [les parecieron] de menos ayuda. En una línea similar, Blain *et al.* (1993) pusieron de manifiesto que los niveles más elevados de percepción [subjetiva individual] de apoyo se daban entre los individuos más seguros. Ognibene & Collins (1998) también encontraron un mayor grado de percepción de apoyo en los sujetos seguros y unos niveles significativamente menores en las personas temerosas y evitativas. A otro nivel, el apoyo social y los estilos de vinculación también parecen estar relacionados por lo que se refiere a la utilización de las ayudas disponibles y a la búsqueda de ayuda. Wallace & Vaux (1993) encontraron que los sujetos con una representación [un esquema] vincular insegura tienen una actitud más negativa en relación con las redes de apoyo. Mikulincer *et al.* (1993) demostraron que los sujetos con un estilo vincular seguro se sirven de la búsqueda de apoyo social en mayor medida que los inseguros.

Mikulincer & Florian (1997) encontraron adicionalmente que el estilo de vinculación mediatizaba el impacto [el efecto, las consecuencias] del apoyo social. Con la ayuda de una tarea experimental, determinaron que el hecho de hablar con alguien cercano sobre los aspectos emocionales e instrumentales [materiales] de un suceso estresante y doloroso, reducía el afecto negativo en los sujetos seguros, mientras que en las mismas circunstancias los sujetos evitativos parecían beneficiarse únicamente del apoyo instrumental y los sujetos ansiosos/ambivalentes manifestaban un incremento del afecto negativo bajo la circunstancia de ofrecerles un apoyo emocional.

Por otro lado, otra serie de posibles modelos con relación al efecto del apoyo social sobre la salud emocional, particularmente bajo la aparición de sucesos vitales estresantes, se ha centrado en los efectos directos y en el llamado efecto indirecto o “amortiguador” de los apoyos sociales (para las revisiones, véase Alloway & Bebbington, 1987; Landerman *et al.*, 1989). En términos del efecto directo del apoyo social, los bajos niveles de apoyo social y el déficit o la ausencia total de relaciones de confianza aparecen asociados a una débil salud emocional y una vulnerabilidad significativa a los trastornos mentales (para una visión general, véase Cohen & Willis, 1985). La llamada “hipótesis del amortiguamiento” dentro del modelo del apoyo social, propone que el apoyo social ejerce una función protectora frente al estrés y que, en ausencia de niveles elevados de estrés, el apoyo social no demostrará guardar ninguna relación con la salud mental (e.g. Brown, 1989; Parry *et al.*, 1989). El modelo de apoyo social propuesto por Brown & Harris (1978) constituye el ejemplo principal de modelo de “amortiguamiento” y ha sido replicado en numerosos estudios, incluidas las investigaciones longitudinales acerca del impacto de las experiencias negativas tempranas y el efecto del apoyo social sobre unos marcos temporales evolutivos prolongados (Champion *et al.*, 1995). El principal factor de vulnerabilidad que se desprende de dicha investigación es la falta de una red de apoyo, y más concretamente la falta de relaciones íntimas o de confianza.

Se sabe que el apoyo social procedente de la familia puede hacer las veces de un baluarte contra los estresores psicológicos y mejorar

el funcionamiento en los sujetos con una experiencia psicótica. Una serie de estudios demuestran que los sujetos aquejados de trastorno bipolar disponen de menos apoyo social positivo y que el escaso apoyo social se asocia a las recaídas afectivas (Romans & McPherson, 1992; Kulhara *et al.*, 1999; Beyer *et al.*, 2003). En dos estudios prospectivos, Johnson y colaboradores (Johnson *et al.*, 1999, 2000) encontraron que el escaso apoyo social predecía un mayor número de recaídas y un mayor tiempo de recuperación; los principales mediadores de las recaídas eran el mayor número de síntomas depresivos y la baja autoestima. Ahora bien, el apoyo social y el estrés social no son conceptos innovadores ni específicos de la psicosis; al igual que la “parentización”, son inherentes a la sociabilidad humana, y las relaciones entre el bienestar mental y la relacionabilidad social han sido subrayadas por los primeros autores (e.g. Burton, 1621 [*Anatomía de la melancolía*]). A este respecto, no nos las habemos con un concepto unitario; antes bien, cualquier consideración acerca de los factores de riesgo sociales o evolutivos depende del contexto de los mismos, así como de las definiciones operativas manejadas.

Si se pretende mejorar la comprensión de los procesos en virtud de los cuales el apoyo social ejerce sus efectos sobre la salud emocional, es preciso tomar en consideración una serie de mecanismos. En particular, es importante tener en cuenta la probabilidad de confundir los efectos en la evaluación del apoyo social y la valoración del estrés. Las fuentes de apoyo suelen ser también fuentes de estrés; y la percepción del estrés no tiene lugar independientemente de la percepción del apoyo. La presencia de estresores importantes puede modificar directamente la accesibilidad de los apoyos o bien la utilización de los apoyos existentes. Schuster *et al.* (1990) señalaron que la mayoría de las relaciones incluyen aspectos positivos y negativos y que las relaciones más cercanas tienen mayores probabilidades de ser fuentes de estrés. Es probable que los procesos en virtud de los cuales los aspectos negativos de las relaciones y los contactos más cercanos ejercen sus efectos sobre la salud emocional de los sujetos, sean igualmente complejos, y es probable que, de forma similar, dichos aspectos negativos tengan efectos tanto directos como indirectos. Algunas de las

investigaciones sobre los aspectos negativos subrayan que los efectos negativos de las redes sociales podrían exceder a los aspectos positivos en lo relativo a su influencia sobre la salud mental (e.g. Schuster *et al.*, 1990). Son predominantemente los aspectos cualitativos de las relaciones interpersonales los que parecen ejercer un efecto significativo, tales como, por ejemplo, la experiencia de sentirse defraudado o decepcionado (Brown *et al.*, 1986) y la falta de reciprocidad en las relaciones ya no sólo en términos de no recibir el suficiente apoyo de las personas más cercanas, sino también, e igualmente importante, en el sentido de acumular “deudas afectivas”, de la sensación de no ser capaz de corresponder al apoyo recibido (Pearlin, 1985).

Los sujetos aquejados de un trastorno psicótico o de esquizofrenia podrían ser especialmente vulnerables a determinadas interrelaciones asociadas a una elevada exteriorización o expresión emocional [EE], tales como el aumento de las críticas o de la implicación emocional. Una característica relacionada parece ser que los sujetos aquejados de psicosis tienden a tener unas redes sociales muy pequeñas [unos contactos muy escasos], las cuales suelen ser también habitualmente muy densas en términos del nivel de intercomunicación o compenetración de los miembros de la red, y consisten principalmente en familiares y profesionales (Cohen & Kochanowicz, 1989). Ahora bien, en el caso de este grupo las redes más pequeñas suelen estar igualmente asociadas a un aumento del nivel de satisfacción con el apoyo disponible (Schwannauer, 1997).

Macdonald y colaboradores (1998) realizaron una investigación preliminar acerca de los efectos de la habilidad social sobre el apoyo social en 46 psicóticos. Al compararlos con sujetos con episodios múltiples, los sujetos con un primer episodio eran idénticos en términos de habilidad social, redes sociales y apoyo social, pero cuando la edad se incluyó como un factor dentro del diseño, los pacientes más jóvenes dentro de los sujetos con un primer episodio tenían un mayor grado de habilidad social, además de unas redes de apoyo social más amplias. Los autores se sirven de estos resultados para corroborar la necesidad de aplicar tratamientos multidisciplinarios a los primeros episodios de psicosis. A lo largo de toda la literatura de investigación

que analiza los efectos y las funciones específicas de las relaciones interpersonales sobre el bienestar emocional, el apoyo social aparece definido como un componente externo y en su mayor parte estable a nivel estructural. Esta afirmación podría ser engañosa, dado que minimiza la naturaleza dinámica y cambiante de la mayoría de las relaciones interpersonales y el papel activo que desempeñan los sujetos en la creación y el mantenimiento de sus relaciones significativas. Es preciso entender el apoyo social y los efectos positivos y negativos de las relaciones interpersonales significativas desde una perspectiva evolutiva y dinámica, lo que igualmente desplazaría el centro de atención a la interrelación entre las experiencias vitales estresantes y el apoyo. En un estudio de seguimiento de larga duración, Champion (1995) encontró que la falta de apoyo emocional se asociaba con un aumento de la proporción de acontecimientos negativos.

La valoración de la psicosis y el estrés emocional

Para finalizar este capítulo y con el fin de completar el recorrido por los factores implicados en la recuperación después de una psicosis clínica, es preciso mencionar la respuesta cognitiva y emocional del sujeto ante la experiencia de un primer episodio psicótico. En particular, la valoración que se hace de la psicosis se ha asociado estrechamente a la depresión subsiguiente a la disminución de los síntomas psicóticos agudos. En primer lugar, Birchwood *et al.* (1993) han puesto de manifiesto que la depresión que sigue a un episodio psicótico agudo se asocia con la percepción que el individuo tiene de ser incapaz de prevenir o de controlar una posible recaída (e.g. “No tengo ninguna capacidad de influir en mi enfermedad ni de controlarla”) o con el miedo a la psicosis en sí misma (e.g. “Me asusta la enfermedad que tengo”). Rooke & Birchwood (1998) realizaron un seguimiento de este grupo de pacientes pasados dos años y medio. En este grupo, los niveles de depresión se mostraban persistentes a lo largo del tiempo, como también la sensación de estar atrapado (incapacidad de controlar la psicosis ni de huir de ella), de haber perdido

el lugar en la sociedad [el papel o la función social] y de culpabilizarse por la experiencia del trastorno. Los sujetos que estaban deprimidos tenían una mayor sensación de estar atrapados y una mayor sensación de pérdida en relación con su trastorno psicótico. Adicionalmente, existía evidencia de que estas apreciaciones concordaban con las experiencias psicóticas personales de los sujetos que participaron en el estudio. Por ejemplo, era más probable que los participantes con depresión hubieran tenido más hospitalizaciones forzosas y hubieran perdido su puesto de trabajo o hubieran sido despedidos con más frecuencia. Las perspectivas teóricas que se derivan de la psicología evolutiva tal como aparecen ejemplificadas en la teoría del rango social (Gilbert, 1992) ofrecen un marco teórico de referencia para explicar estos hallazgos. La percepción que tiene una persona de su atractivo social y de su grado de aceptación entre los demás confirma su sentido del rango, la importancia y el lugar que le corresponden dentro de su entorno social e interpersonal. En consecuencia, los acontecimientos vitales que evocan una sensación de pérdida (e.g. la pérdida o el deterioro de lazos o amistades importantes) o los acontecimientos que amenazan el rango o la importancia social del individuo (e.g. la sensación de humillación por haber tenido un episodio psicótico) son depresógenos en virtud del impacto que ejercen sobre la disminución de la percepción de la autoestima y del estatus social.

En relación con las personas diagnosticadas de esquizofrenia, es posible observar dichos procesos en dos importantes estudios recientes. En una muestra formada por 105 sujetos, Birchwood *et al.* (2000) encontraron que un porcentaje del 36 por ciento de sujetos desarrollaron una depresión postpsicótica [*post-psychotic depression*, PPD] sin la aparición de cambios concomitantes en los síntomas positivos y negativos. Los participantes en el estudio que desarrollaron una PPD tenían más probabilidades que sus homólogos sin PPD de atribuir la causa de la psicosis a ellos mismos (autoculpabilizarse), de percibir una mayor pérdida de autonomía y de una función o papel altamente valorado, y de percibirse a sí mismos atrapados y humillados por su enfermedad. Por lo demás, los sujetos con y sin PPD aspiraban a unos puestos sociales y vocacionales similares. Sin

embargo, en consonancia con las predicciones de la teoría del rango social, a los sujetos que desarrollaron una PPD les parecía que su estatus futuro sería inferior. Estos sujetos también mostraban una mayor conciencia de que tenían una enfermedad psicótica. En consecuencia, la psicosis puede entenderse como un acontecimiento o experiencia vital que desencadena la depresión por vía de la conciencia y el conocimiento consciente de las consecuencias sociales, interpersonales y corporativas que conlleva. Los sujetos que desarrollan una depresión subsiguiente a una psicosis clínica consideran que este acontecimiento vital representa una amenaza humillante para su futuro estatus y la pérdida de un importante papel en la sociedad, de lo cual no hay escapatoria posible debido a la recaída real o temida, o bien, y de hecho, a la persistencia de los síntomas.

Conclusiones

Hemos expuesto una relación multifactorial de los factores psicológicos, evolutivos, ambientales e interpersonales individuales asociados a la evolución de la recuperación problemática y la vulnerabilidad a las recaídas después de una psicosis clínica. Cualquier estimación respecto de la vulnerabilidad al desarrollo de una psicosis y de la evolución del proceso de recaída en dirección a un curso crónico o problemático, tiene que tomar en consideración la interrelación de estos factores a lo largo del tiempo, así como dentro del contexto cultural y socioeconómico particular del individuo. En primer lugar, podemos ver la evolución de la vulnerabilidad cognitiva del sujeto a través del desarrollo de los esquemas cognitivos interpersonales negativos. Ello viene sugerido por los hallazgos que ponen de manifiesto que la ansiedad social y la baja autoestima en la adolescencia temprana aumentan el riesgo de desarrollar una psicosis. En segundo lugar, también vemos aparecer la vulnerabilidad interpersonal de los sujetos por la vía de las experiencias con sus apegos más importantes, de las relaciones con sus iguales y de la oportuna utilización de los apoyos y redes sociales. Ello viene sugerido por la evidencia

en favor del papel que desempeña el aislamiento social del joven adolescente y la elevada sensibilidad a los entornos interpersonales negativos y los acontecimientos vitales estresantes. En tercer lugar, podemos ver que los sujetos que desarrollan una psicosis tienen un elevado riesgo de sufrir toda una serie de acontecimientos traumáticos, incluidos los abusos sexuales, los cuales tienen la capacidad de socavar las experiencias vinculares nucleares. También podemos ver la importancia del aumento del riesgo que se desprende de vivir en un entorno social urbanizado y fragmentado, donde la cuestión de la desconfianza y la disgregación interpersonal podría engranarse con los esquemas cognitivos interpersonales negativos ya existentes. Es dentro de este contexto donde la psicosis en sí provoca importantes reacciones afectivas tanto en los sujetos como en sus entornos sociales. Dichas reacciones afectivas estarían mediatizadas por las valoraciones de peligro, pérdida, paralización y humillación. Ello puede tener lugar dentro del contexto de una base para la regulación del afecto ya de por sí debilitada, debido a la experiencia de una serie de acontecimientos sociales adversos preexistentes y/o del aislamiento social.

II VISIÓN GENERAL DE LA ESTRUCTURA, EL ESTILO Y LA ORGA- NIZACIÓN DE LA TERAPIA

4

Visión general de los principios y procedimientos

Introducción

Este capítulo presenta una visión general de los principios básicos, los procedimientos y la estructura del proceso de *volver a la normalidad después de un trastorno psicótico*. En particular, demostraremos que se pueden aplicar los principios de la terapia cognitivo-conductual con objeto de apoyar a los sujetos que se están recuperando de un trastorno psicótico. Subrayaremos que, de cara a la planificación de los servicios y del tratamiento, es preciso analizar detenidamente toda una serie de tensiones, incluido el compromiso y el interés terapéutico de la persona en cuestión después de la psicosis clínica, la importancia de un modelo basado en el trabajo coordinado y multidisciplinar en equipo, centrado en la recuperación emocional y relacional, y el mantenimiento de una actitud compasiva y vigilante para poder regir bien y volver a la normalidad. Dentro de este contexto, analizaremos igualmente la importancia de priorizar los problemas relacionados con los riesgos, la alianza terapéutica, los problemas específicos y los objetivos valorados, así como los esquemas cognitivos subyacentes.

Objetivos primarios y secundarios

En su editorial del *British Journal of Psychiatry*, Max Birchwood (2003) enfatizaba la importancia de la recuperación emocional como la piedra angular tantas veces descuidada de la investigación psicológica y de las psicoterapias aplicadas a las personas con experiencias psicóticas emocionalmente estresantes. Aquí el estrés emocional se considera como una reacción psicológica a la psicosis, donde la persona experimenta una fuerte sensación de vergüenza, pérdida y trauma. Es esencial desde esta perspectiva que la forma de entender la recaída deba incluir elementos de una importancia crucial, relativos a la sensación que tiene la persona de estar metido en una trampa y de la aparente imposibilidad de huir de una experiencia estigmatizadora. Dentro de este contexto, nuestro centro de atención y de interés recae, por consiguiente, en dos objetivos igualmente primarios: (1) la recuperación emocional; y (2) la prevención de recaídas. Estos dos objetivos cofundamentales quedan englobados dentro de la expresión “volver a la normalidad después de un trastorno psicótico” [*staying well after psychosis*, que da título al libro y al modelo de tratamiento que proponen los autores]. Sugerimos la hipótesis de que la vuelta a la normalidad [el mantenimiento del bienestar] después de pasar por una psicosis clínica se consigue abordando las creencias negativas respecto de la psicosis, mejorando el funcionamiento interpersonal, la conciencia introspectiva y la capacidad de autorreflexión, además de aumentar el compromiso y la implicación general con los servicios asistenciales. Los cambios en los síntomas psicóticos *per se* serían objetivos secundarios. Para volver a la normalidad, lo que reviste la máxima importancia es el sentido personal específico asociado [adscrito] a las experiencias psicóticas, sentido que pone de manifiesto el significado del padecimiento emocional e interpersonal.

Evaluación

Además de la evaluación clínica exhaustiva, incluido el análisis del contexto evolutivo e interpersonal del trastorno psicótico, existen

algunas áreas de funcionamiento psicológico a las que es posible contribuir terapéuticamente en virtud de una serie de evaluaciones estandarizadas y de medidas a partir de los distintos autoinformes.

Estrés emocional

Es útil disponer de una medida del estrés emocional. Por ejemplo, ello se puede medir con la ayuda del inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI: Beck, 1967), una escala ampliamente validada para medir la depresión sobre la base de las respuestas del propio sujeto en relación con 21 ítems. Adicionalmente, la escala de Calgary para la evaluación de la depresión en la esquizofrenia (*Calgary Depression Scale for Schizophrenia*, CDSS: Addington *et al.*, 1993) constituye un instrumento para medir la depresión sobre la base de una entrevista y está concebido específicamente para evitar el solapamiento entre los síntomas depresivos y los síntomas negativos de la esquizofrenia. Esta escala es también una medida útil. Ambas medidas tienen una correlación muy elevada, cercana a la unidad ($r = 0.91$: Shahar *et al.*, 2004).

Experiencias psicóticas

Es importante evaluar las experiencias psicóticas desde una perspectiva multidimensional. Por ejemplo, las escalas para la evaluación de los síntomas psicóticos (*Psychotic Symptoms Rating Scales*, PSYRATS: Haddock *et al.*, 1999) es un instrumento de medida sobre la base de dos subescalas: las alucinaciones auditivas y los delirios. La subescala correspondiente a las alucinaciones auditivas es una escala de 11 ítems que valora la frecuencia, duración, gravedad e intensidad del estrés emocional y también las características sintomáticas específicas relativas a la controlabilidad, el volumen de las voces, la localización, el contenido negativo, el grado de contenido negativo, las creencias respecto del origen de las voces y el trastorno o nivel de perturbación. La subescala correspondiente a los delirios es una escala de seis ítems que valora las características del delirio incluida, la preocupación, el estrés emocional, la duración, la con-

vicción, la intensidad del estrés emocional y la desorganización. La escala tiene una buena fiabilidad y validez interjueces en relación con otras medidas de las experiencias psicóticas. Comparadas con las escalas tradicionales de clasificación de síntomas valorados por un observador externo aplicadas a la psicosis, tales como la escala para la valoración del síndrome positivo y negativo (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS: Kay *et al.*, 1987), la escala de Haddock *et al.* subraya las experiencias subjetivas relacionadas con los fenómenos psicóticos en lugar de limitarse a dejar constancia de la presencia o de la ausencia de los síntomas y de la gravedad relativa de los mismos.

Creencias respecto de la psicosis

El sentido que se le adscribe a la experiencia psicótica es importante para comprender la reacción emocional de la persona frente a la psicosis. Por ejemplo, la apreciación que la persona hace de su psicosis puede valorarse con el cuestionario de creencias personales respecto de la enfermedad (*Personal Beliefs about Illness Questionnaire*, PBIQ: Birchwood *et al.*, 1993). El PBIQ consta de 16 ítems que se clasifican en una escala de cuatro puntos y que valora las creencias del sujeto en cinco ámbitos: pérdida, humillación, vergüenza, atribución de la conducta a uno mismo o a la enfermedad, y sensación de estar atrapado en la psicosis. Se ha demostrado que la escala posee una buena fiabilidad y validez con personas diagnosticadas de esquizofrenia. Sin embargo, hasta la fecha el PBIQ carece de la confirmación de una estructura factorial para las subescalas que hipotéticamente subyacen a los ítems específicos. Aclarado esto, a nivel de ítems el PBIQ es un excelente instrumento de medida con vistas a la identificación de cuestiones o temas problemáticos en relación con las apreciaciones cognitivas que la persona hace respecto de la psicosis. Existe una relación consistente entre las puntuaciones obtenidas en este instrumento y el nivel de depresión (e.g. Iqbal *et al.*, 2000).

La escala del miedo a recaer (*Fear of Recurrence Scale*, FoRSe, Apéndice 1: Gumley *et al.*, en preparación) es un cuestionario de 23

ítems que rellena el propio sujeto y que ofrece una medida de las creencias y valoraciones negativas idiosincrásicas que hipotéticamente desempeñan un papel causal en la aceleración de la reaparición de la psicosis (Gumley *et al.*, 1999). El instrumento tiene tres subescalas: miedo a la recaída, conciencia intensificada e ideación intrusiva. El instrumento tiene una excelente consistencia interna ($\alpha=0.93$) y una buena fiabilidad test-retest ($r=0.71$). La elevación de las puntuaciones totales en esta escala se asocia con puntuaciones más elevadas en el cuestionario para la evaluación de los primeros signos (*Early Signs Questionnaire*, ESQ: Birchwood *et al.*, 1989) ($r=0.70$, $p < 0.001$), más síntomas positivos ($r=0.59$, $p < 0.001$), más psicopatología general ($r=0.52$, $p < 0.001$), más creencias negativas respecto de la enfermedad (PBIQ), incluida la pérdida ($r=0.31$, $p < 0.001$), la sensación de estar atrapado ($r=0.32$, $p < 0.001$), la vergüenza ($r=0.18$, $p < 0.05$) y la autoinculpación ($r=0.18$, $p < 0.05$).

Funcionamiento interpersonal

La entrevista para el análisis de la vinculación en la adultez (*Adult Attachment Interview*, AAI: Main *et al.*, 1985), es una entrevista semi-estructurada de una hora de duración que consta de 18 preguntas que valoran la actitud del adulto con respecto a la vinculación. La entrevista les pide a los encuestados que mencionen adjetivos que describan a las figuras de apego durante la niñez, junto con los recuerdos autobiográficos específicos que justifiquen la elección de los adjetivos por parte del encuestado. Se hacen preguntas específicas respecto de lo que hacían los encuestados cuando se alteraban emocionalmente, se hacían daño o enfermaban físicamente, y cómo reaccionaban sus figuras de apego. Se les pregunta a los encuestados por sus experiencias de separación, pérdida, rechazo y abusos [maltrato]. Los encuestados también son invitados a reflexionar sobre el modo como sus primeras experiencias han podido afectar a su desarrollo adulto. Es de resaltar el hecho de que se le pide al entrevistador que sea relativamente no directivo. Hesse (1996) ha definido el cometido central dentro de la AAI como el reto de traer a la mente y de reflexionar acerca

de los recuerdos relacionados con el apego, al tiempo que mantienen simultáneamente un discurso coherente. La entrevista se transcribe y codifica de acuerdo con unos criterios claramente establecidos (Main *et al.*, 2002). La codificación de las transcripciones menos complicadas puede llevar de cinco a seis horas. Según el sistema general de análisis, se considera que las transcripciones reflejan los tipos de apego seguro/autónomo, desligado, preocupado y no resuelto/desorganizado (véase la figura 4.1). Dado el énfasis de la codificación en el mantenimiento de un discurso coherente, la aplicación de la AAI en los casos de psicosis y demás trastornos psicológicos adultos es ciertamente delicada. Además, los codificadores necesitan tener una amplia formación antes de poder ser considerados como fidedignos, lo cual hace de la AAI una entrevista potencialmente no apta para ser aplicada en los servicios rutinarios.

Por su parte, el cuestionario del estilo de vinculación (*Attachment Style Questionnaire*, ASQ; Feeney *et al.*, 1994) es un escala de 40 ítems sobre la base de la información brindada por el sujeto y que mide los estilos de vinculación en la adultez. Ofrece distintas opciones, incluida una opción de tres factores basada en los prototipos de vinculación de Hazan & Shaver (1987): seguro, ansioso/ambivalente y evitativo. Ello es similar a la clasificación de la AAI de los estados anímicos seguro/autónomo, desligado y preocupado respectivamente. Se puede aplicar a adolescentes y adultos jóvenes que tienen una experiencia limitada de las relaciones sentimentales. El ASQ tiene una buena fiabilidad test-retest y una buena consistencia interna. Una de las dificultades principales a la hora de utilizar instrumentos de medida del estilo de vinculación sobre la base de las afirmaciones del sujeto es que los sujetos con actitudes desligadas/evitativas tienden a informar de unas primeras relaciones “óptimas” con los padres durante la AAI y de estados anímicos seguros/autónomos en las escalas basadas en las propias respuestas del sujeto. Dozier & Tyrrell (1997) encontraron que las transcripciones [AAI] de los adultos diagnosticados de esquizofrenia tienden a ser clasificadas dentro del tipo “desligado”.

El inventario de problemas interpersonales (*Inventory of Interpersonal Problems*, IIP-64; Horowitz *et al.*, 1988) es un cuestionario

Figura 4.1. Entrevista para el análisis de la vinculación en la adultez (AAI): tipos de actitudes hacia la vinculación junto con los estilos correspondientes del test de las situaciones extrañas en niños pequeños [*Infant Strange Situation Test*]

Seguro/autónomo

Discurso coherente y colaborador. Valora el apego, pero se muestra objetivo respecto de cualquier hecho/relación en particular. La descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con la vinculación son consecuentes, tanto si las experiencias son favorables como desfavorables.

Desligado

No coherente. Se desliga de las experiencias relacionadas con el apego y las relaciones. Existe una declaración implícita de fuerza, normalidad y/o independencia y los episodios relatados tienden a no apoyar o incluso a contradecir abiertamente las representaciones generalizadas altamente positivas de los padres. Los potenciales efectos negativos de las primeras relaciones con los padres así como de otras experiencias desfavorables, son negados o minimizados, o bien (lo que sucede raramente) se habla despectivamente de las figuras de apego. La organización de las representaciones vinculares permite que el apego permanezca relativamente desactivado [inactivo].

Preocupado

No coherente. Le preocupan las relaciones/experiencias pasadas de apego, el sujeto parece enfadado, pasivo o temeroso. Las descripciones de las primeras relaciones pueden parecer vagas y acrílicas o, por el contrario, agresivas, conflictivas y analíticas sin llegar a convencer. En casos excepcionales, algunos sujetos parecen temerosamente preocupados o abrumados por experiencias traumáticas.

No resuelto/desorganizado

Se producen marcados lapsos en el procesamiento metacognitivo o el razonamiento o el discurso durante el análisis de las experiencias de pérdida o de abusos. Por ejemplo, la persona puede indicar fugazmente que alguien que ha fallecido todavía sigue vivo en un sentido físico. El sujeto puede caer en un silencio prolongado o en un aluvión de elogios y alabanzas.

Seguro

Explora la habitación y los juguetes con interés a través de episodios de pre-separación. Muestra signos de echar de menos a su madre [parent] durante la separación, soliendo llorar con la segunda separación. Preferencia evidente por la madre por encima del extraño. Recibe a la madre activamente, iniciando habitualmente un contacto físico. Mantiene habitualmente cierto contacto en el segundo reencuentro, pero después se calma y vuelve a jugar.

Evitativo

No llora al separarlo de la madre. Evita e ignora activamente a la madre al reencontrarse (e.g. apartándose, volviéndose hacia otro lado, o poniéndose rígido al cogerlo). Poca o ninguna búsqueda de proximidad o de contacto, no da muestras de dolor ni de enfado. Concentra toda su atención en los juguetes o en el entorno a lo largo de toda la observación.

Resistente o ambivalente

Puede mostrarse receloso o afligido incluso antes de separarse de la madre, con escasas conductas de exploración. Preocupado por la madre a lo largo de toda la observación; puede parecer enfadado o pasivo. No se calma ni se consuela al reencontrarse con la madre, y habitualmente continúa centrando su atención en la madre y llorando. No reanuda la conducta de exploración después del reencuentro.

Desorganizado/desorientado

El niño manifiesta conductas desorganizadas y/o desorientadas en presencia de la madre, lo que sugiere un colapso transitorio de la estrategia del progenitor. El niño puede mostrarse glacial [quedarse inmóvil], con una expresión a modo de trance y con las manos en el aire; puede levantarse al entrar la madre, a continuación tirarse boca abajo, y después acurrucarse en el suelo; o puede aferrarse, llorar con fuerza y volver la cara.

que consta de 64 ítems a rellenar por el propio sujeto. A partir del mismo, se ha extraído ulteriormente una versión más breve del cuestionario que consta de 32 ítems (IIP-32: Horowitz *et al.*, 2000). La escala ofrece una medida de las estrategias interpersonales infradesarrolladas y sobredesarrolladas. Las estrategias infradesarrolladas se valoran mediante ocho ítems precedidos por la expresión “Me resulta difícil...” (e.g. “... decirle a alguien que deje de molestarme”, “... mostrar afecto a los demás”). Las estrategias sobredesarrolladas se valoran mediante 14 ítems que describen conductas interpersonales que el sujeto percibe que realiza con demasiada frecuencia (e.g. “Intento controlar demasiado a las otras personas”, “Soy demasiado suspicaz respecto de los demás”).

Nivel de compromiso, alianza terapéutica y creación de lazos

A continuación mencionaremos algunos ejemplos de cuestionarios que pueden utilizarse para valorar el nivel de compromiso, la alianza terapéutica y la creación de lazos afectivos. La escala de compromiso con el servicio (*Service Engagement Scale*, SES: Tait *et al.*, 2002) consta de 14 ítems y consiste en una serie de afirmaciones que evalúan el compromiso general de la persona con el servicio. El cuestionario lo rellenan los auxiliares especializados [habitualmente un trabajador social personal]. Cada uno de los ítems se valora en una escala de cuatro puntos que va de “en absoluto o raramente” a “la mayoría de las veces”. Los ítems valoran cuatro subescalas que incluyen disponibilidad (“Cuando se concierta una sesión el paciente está libre”), colaboración (“El paciente participa activamente en el manejo de su enfermedad”), búsqueda de ayuda (“El paciente busca ayuda para prevenir las crisis”) y adhesión u observancia del tratamiento (“El paciente se niega a cooperar con el tratamiento”). La escala posee una buena fiabilidad y validez discriminativa. También identifica a los sujetos con un estilo de recuperación basado predominantemente en blindarse o cerrarse herméticamente por contraste con un estilo de recuperación más integrador.

El cuestionario de vinculación al servicio (*Service Attachment Questionnaire*, SAQ: Goodwin *et al.*, 2003) es un instrumento que consta de 25 ítems sobre la base de unos procedimientos teóricos bien fundamentados para registrar la percepción que el sujeto tiene del servicio en lo referente a: (1) ser atendido y escuchado; (2) estar realmente presente –consistencia y continuidad; (3) dedicarle un tiempo suficiente –finalizar y despedirse; (4) un entorno seguro; (5) relaciones que posibilitan una comunicación útil; y (6) contacto y consuelo humano. Cada ítem es valorado en una escala Likert [método de evaluaciones sumarias] de cuatro puntos que va de “en absoluto” a “siempre”. La estructura factorial sugiere la presencia de un constructo [factor conceptual] subyacente que explicaría el 72 por ciento de la varianza.

El inventario de la alianza de trabajo-versión abreviada (*Working Alliance Inventory-Short Form*, WAI-SF: Tracy & Kokotovic, 1989) es rellenado por el paciente y el terapeuta y se compone de 12 afirmaciones que se califican en una escala de siete puntos que va de “nunca” a “siempre”. El inventario se basa en la concepción de Bordin (1979) de que la alianza terapéutica se enraíza en tres componentes: (1) el vínculo terapéutico; (2) el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto de los objetivos; y (3) el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto de las tareas a realizar. En un amplio estudio danés referido por Valbak *et al.* (2003), el WAI predijo la adhesión a la psicoterapia en 72 sujetos participantes que habían tenido un primer episodio de psicosis.

Introspección y capacidad de reflexionar sobre uno mismo

Otro aspecto importante es la actitud de la persona con relación a un modelo explicativo de su experiencia, sobre la base del concepto de enfermedad. La escala de introspección de Birchwood (*Birchwood Insight Scale*, BIS: Birchwood *et al.*, 1994) es una escala a rellenar por el propio sujeto, se compone de ocho ítems y mide tres supuestos constructos subyacentes: (1) percepción de la necesidad de tratamiento; (2) conciencia de enfermedad; y (3) redefinición de los síntomas como fenómenos patológicos. Trauer & Sacks (2000) han confirmado

la estructura factorial de la escala de Birchwood. Por su parte, la escala de introspección cognitiva de Beck (*Beck Cognitive Insight Scale*, BCIS: Beck *et al.*, 2004) es una escala a rellenar por el propio sujeto, se compone de 15 ítems y consta de dos subescalas: autorreflexión y autocerteza. La autorreflexión se refiere a la capacidad metacognitiva que tiene la persona de reflexionar sobre sus creencias e interpretaciones, corregirlas y reevaluarlas. La autocerteza se refiere a la confianza que tiene la persona en sus propias creencias y en sus juicios. La baja autorreflexión medida por la BCIS se ha asociado a la presencia de alucinaciones, delirios y trastornos de pensamiento más graves.

Las escalas descritas más arriba no son las únicas existentes, pero se mencionan como ejemplos para señalar la importancia de evaluar estas áreas de funcionamiento.

La estructura de la terapia

La terapia cognitivo-relacional constituye un enfoque estructurado, focalizado y colaborador dentro del ámbito de la psicoterapia. En su aplicación a sujetos aquejados de trastornos clínicos complejos y permanentes, la terapia cognitiva convencional de problemas psicológicos tales como la depresión o la ansiedad sufre una serie de adaptaciones. Lo cual aparece resumido en la tabla 4.1.

La terapia cognitivo-relacional aplicada a la vuelta a la normalidad después de un trastorno psicótico se concibe como un tratamiento de unas 25 a 30 sesiones, repartidas a lo largo de unos 9 a 12 meses. El tratamiento se divide en tres fases diferentes, pero solapadas: (1) compromiso terapéutico y formulación clínica; (2) transformación de las creencias y las estrategias interpersonales problemáticas; y (3) fase final y cierre del proceso. A lo largo de estas fases la frecuencia de las sesiones es variable, siendo más frecuentes (una sesión semanal) al comienzo de la terapia, cuando el terapeuta se concentra en desarrollar un enfoque compartido, una alianza de trabajo y una mutualidad de objetivos y tareas; menos frecuentes en la fase media (una sesión quincenal) permitiendo una mayor reflexión y explora-

ción de los temas cognitivos y las estrategias interpersonales predominantes; y después más frecuentes hacia la fase final con objeto de poder abordar cuestiones tales como la sensación de pérdida, la separación y la dependencia. En el caso de algunos sujetos que se comprometen e implican favorablemente en la labor psicoterapéutica y que podrían estar particularmente interesados en determinadas áreas de su funcionamiento interpersonal, puede ser importante mantener un marco terapéutico estable y conservar la regularidad de las sesiones semanales a lo largo de todo el tratamiento.

Tabla 4.1. Características de la terapia cognitivo-relacional

	<i>Problemas psicológicos</i>	<i>Recuperación y vuelta a la normalidad [trastornos clínicos]</i>
Longitud del tratamiento	3-4 meses	9 meses o más
Ritmo del tratamiento	Rápido	Variable
Marco temporal del problema	Aquí y ahora	Aquí y ahora, y de por vida
Relación terapéutica	Colaboradora	Colaboradora, empática, pronta a responder con sensibilidad y compasión, estable e impulsando la creación de lazos afectivos
Contenido del problema	El mundo del paciente, presente y futuro	El mundo del paciente, pasado, presente, futuro, las relaciones interpersonales y la relación terapéutica
Centro de interés dentro del problema	Conductas, cogniciones, emociones	Estrategias interpersonales, relación terapéutica, cogniciones, emociones y conductas
Énfasis dentro del tratamiento	Pensamientos automáticos	Esquemas, conductas y estrategias interpersonales
Tareas para casa	Recogida de datos sobre los pensamientos automáticos	Datos conductuales e interpersonales y fortalecimiento de las nuevas creencias y estrategias
Método científico	Experimental	Experimental, exploración reflexiva
Modelo de aprendizaje	Aprendizaje desadaptativo	Comprensión experiencial y autorreflexión
Apertura, receptividad	Explícita	Explícita y transparente

Contratar un período tan largo de terapia puede ser difícil para muchos sujetos. En consecuencia, el tratamiento puede contratarse en bloques de sesiones determinados de mutuo acuerdo entre paciente y terapeuta. Por ejemplo, se pueden contratar las sesiones iniciales para explorar si el terapeuta y el paciente se sienten cómodos el uno con el otro y si el objetivo puede consistir en formular adecuadamente la labor psicoterapéutica, mientras que las sesiones ulteriores se pueden contratar para trabajar problemas específicos. Al igual que es variable la frecuencia de las sesiones, también lo es el ritmo del tratamiento. El terapeuta tiene que preocuparse de analizar las experiencias y los temas cognitivos asociados a afectos particularmente intensos. Los niveles elevados de afecto pueden anular la capacidad del paciente para reflexionar sobre sus propias experiencias y mentalizar [elaborar mentalmente] las creencias y las intenciones de los demás. Es importante a este respecto que se establezca una relación terapéutica que le permita al paciente analizar contenidos emocionales o experiencias particulares difíciles dentro del marco de un contexto interpersonal contenedor y que ofrezca seguridad.

En la labor con este tipo de pacientes, a menudo los terapeutas tienen que modelar la manifestación de las tensiones y de las incertidumbres dentro de la sesión y permitir que dichas ansiedades sean verbalizadas dado que con frecuencia pueden convertirse en obstáculos dentro del contexto relacional de la terapia y, en consecuencia, impedir analizar abiertamente las emociones vinculadas a las experiencias psicóticas. Por ejemplo, en nuestra investigación cualitativa de sujetos aquejados de paranoia, los sujetos encuestados manifestaban con frecuencia que la evidencia y la experiencia en la que basan sus impresiones de amenaza es su propia sensación de vulnerabilidad y suspicacia. Por ejemplo, “sé que hay personas que quieren hacerme daño porque así lo percibo”. También nos encontramos con esto mismo a nivel clínico durante la terapia. En consecuencia, los terapeutas tienen que tener mucho cuidado de reducir el ritmo de la terapia durante el análisis de recuerdos autobiográficos, imá-

genes y cogniciones muy cargadas emocionalmente. Los obstáculos en la manifestación de material emocionalmente destacado pueden ser una guía constructiva para reflexionar sobre posibles factores o experiencias asociados que pudieran estar dificultando el proceso.

Un aspecto importante de la terapia cognitivo-relacional para la vuelta a la normalidad es la posibilidad de disponer de sesiones-objetivo adicionales [sesiones dirigidas a objetivos puntuales específicos], que tendrían lugar durante los períodos en los que el paciente experimenta una creciente vulnerabilidad o parece haber indicios de un aumento del riesgo de recaer (tal como haya quedado definido en la formulación clínica del caso). Es esta una fase flexible pero intensa dentro del tratamiento, que puede llegar a incluir hasta tres o cuatro sesiones semanales. Esta modalidad de flexibilidad también caracteriza a la terapia como un todo, de manera que las sesiones deben tener lugar en entornos que sean gratos o aceptables para el paciente. Por ejemplo, durante la fase inicial, la reticencia a comprometerse puede, y así suele ser habitualmente, requerir visitas a domicilio o acordar tener las sesiones en otros lugares que cuenten con la aprobación del paciente (e.g. una cafetería de la localidad). Ahora bien, aunque el contexto terapéutico se caracteriza por la flexibilidad y permanece sensible en todo momento a las necesidades de cada paciente individual, no deja de ser importante que los terapeutas ofrezcan un entorno terapéutico estable y consistente, además de trabajar concienzudamente los límites terapéuticos, para que la experiencia de la terapia sea contenedora y se muestre capaz de resistir las crisis y las dificultades serias a nivel de relación.

El estilo de la terapia

Listado de problemas

La terapia y la actividad del terapeuta vienen determinadas por el listado de problemas del paciente y por la valoración que éste hace de sus objetivos. El papel del terapeuta en las primeras fases

de la relación [favorecimiento de la implicación] no es otro que el de concentrarse en identificar los problemas manifiestos del paciente, junto con los correspondientes aspectos cognitivos, afectivos, interpersonales y evolutivos de los mismos. La detallada caracterización descriptiva de los problemas del sujeto permite desarrollar una formulación minuciosa a la hora de describir la naturaleza de las dificultades. El análisis detenido de los problemas también impulsa la formulación de unos objetivos comunes compartidos. La relación entre los problemas de los pacientes y sus objetivos facilita la negociación de los cometidos claves de la terapia. La reciprocidad respecto de los objetivos y los cometidos es crucial para facilitar el desarrollo temprano de una alianza de trabajo firme, pero igualmente flexible.

Formulación del problema

La formulación del caso se adapta de acuerdo con la función de la misma dentro del proceso terapéutico, el estilo relacional y de recuperación por parte del paciente, y el momento oportuno o fase de la terapia. la formulación del caso evoluciona a lo largo de toda la terapia y se contempla como un proceso vivo, creativo y constante. No se trata de un hecho real que el terapeuta le entrega al paciente de una forma estática o unidimensional. La formulación del caso durante la fase inicial pretende captar los objetivos valorados por el paciente, junto con importantes significados emocionales, además de facilitar el desarrollo de una alianza de trabajo. Se enfatiza la configuración de una narrativa coherente como un medio de detectar significados importantes y de superar estados anímicos paranoides o un estilo de recuperación evitativo/hermético. En este sentido, lo que pretende el terapeuta es tratar de activar el sistema vincular propio del paciente en virtud de proponer representaciones con sentido de las experiencias del paciente, y que capten el sentido a nivel más emocional y con relación a las posibles consecuencias que a un nivel meramente intelectual (Teasdale & Barnard, 1993). La formulación del caso también es susceptible de reunir y vincular

información sobre la base de “lo que exija o sea más oportuno en cada momento diferente”. Por ejemplo, al trabajar la cuestión de la alianza terapéutica, el terapeuta tratará de incorporar significados que sean relevantes para la alianza de trabajo, mientras que al trabajar los esquemas interpersonales, la formulación conectará al paciente con las experiencias relevantes (e.g., traumas tempranos) y las reacciones interpersonales (e.g. sumisión y subyugación). Dicha estratificación de la formulación a lo largo de todo el proceso terapéutico es esencial de cara a poder seguir la pista de los progresos y la recuperación del paciente, ajustar oportunamente el ritmo de la terapia y “temporizar” las intervenciones específicas. El énfasis en la formulación de la narrativa se corresponde con importantes ejercicios a realizar durante la terapia, los cuales se centran en el desarrollo de una actitud autorreflexiva integrada y coherente, junto con la ilación de una narrativa revisada que incluya la autoaceptación por parte del sujeto.

Mentalidad compasiva y mentalidad racional

En la terapia cognitivo-relacional [TCR, centrada en la recuperación y la prevención de recaídas (esto es, en volver a la normalidad y seguir bien) después de pasar por la experiencia de una psicosis clínica], el terapeuta combina y hace uso de las perspectivas propias tanto de la mentalidad racional como de la mentalidad compasiva, tal como han sido descritas por Gilbert y otros autores (2005). Las características de la mentalidad racional y de la mentalidad compasiva aparecen descritas en la tabla 4.2. La TCR requiere ambos enfoques. La mentalidad compasiva capta el sentido emocional y es nutritiva [vigorizante en base a favorecer y alentar el crecimiento y el desarrollo], amable, empática y cálida. La mentalidad compasiva genera un ámbito de resonancia y evocación [de pensamientos y recuerdos relacionados] para que las experiencias interpersonales positivas puedan ser rememoradas y desarrolladas. Adicionalmente, la mentalidad compasiva crea una sensación de seguridad dentro de la cual el paciente puede analizar las experiencias interpersonales

negativas. La mentalidad compasiva también facilita la oportunidad de que los pacientes puedan aprender algunos modelos que les permitan calmarse y tranquilizarse por sí solos a la hora de reaccionar a las narrativas internas negativas y excesivamente críticas. Ello supone un cuestionamiento aceptador de las valoraciones y las creencias autodestructivas. Por contraste, la mentalidad racional favorece el modelo experimental, objetivo, lógico y cuantitativo de los juicios y las apreciaciones. Esta es la mentalidad que con mayor frecuencia se suele asociar a la terapia cognitiva tradicional. La mentalidad racional alienta a los sujetos a reflexionar acerca de sus procesos de razonamiento y, en consecuencia, fomenta un mayor grado de mentalización [de disposición y de capacidad para la elaboración mental e intelectual].

Relación terapéutica

La relación terapéutica es un elemento crucial de la terapia cognitivo-relacional, por lo cual el desarrollo de una alianza de trabajo en colaboración constituye un elemento central con vistas a alcanzar los objetivos del paciente. Dentro del contexto de la TCR, la relación terapéutica se convierte en una importante plataforma para facilitar que el paciente pueda llegar a comprender sus propias experiencias, así como comprender las creencias y las intenciones de los demás. Los factores procesuales inherentes a la terapia, tales como los expresados bajo la forma de los conceptos derivados de las terapias psicodinámicas (e.g. la transferencia y la contratransferencia), se incluyen dentro de nuestro modelo. Se trata de formulaciones teóricas importantes, que le permiten al terapeuta tomar conciencia de la forma en que sus propias reacciones afectivas, cognitivas e interpersonales dentro de la terapia pueden facilitar o interferir la recuperación. El establecimiento de una relación terapéutica contenedora y reflexiva posibilitará que tenga lugar un cambio terapéutico dentro de un contexto interpersonal que pueda en sí mismo brindar una experiencia emocional correctiva fundamental. Dentro de la estructura de una relación terapéutica estable y consistente, es

Tabla 4.2. Características de la mentalidad racional y la mentalidad compasiva

<i>La mentalidad racional</i>	<i>La mentalidad compasiva</i>
A la mentalidad racional le gusta analizar la evidencia. Tiene alma de científico o de detective y trata las ideas y los pensamientos como si fueran teorías respecto de las cuales es posible demostrar que no son correctas.	La mentalidad compasiva siente empatía y simpatía por los afligidos y los que sufren.
No acepta las respuestas simples; al igual que Sherlock Holmes, observa detenidamente y quiere saber todo lo que sea posible antes de llegar a tomar una decisión.	Le preocupa el crecimiento personal y ayudar a los demás a desarrollar su potencial.
A la mentalidad racional le gusta disponer de varias alternativas a la hora de elegir. No le gusta tener pocas opciones, porque tiende a dar por supuesto que siempre hay más de una sola forma de ver las cosas.	Le preocupa la curación, ayudar y escuchar las propias necesidades y las de los demás.
A la mentalidad racional le gusta comprobar las cosas y realizar experimentos.	Escucha y hace preguntas acerca de los problemas de una forma amable y amistosa.
A la mentalidad racional no le gusta que le influyan excesivamente ni la apelación a las emociones ni las conclusiones precipitadas.	La mentalidad compasiva perdona con facilidad y condena con dificultad.
La mentalidad racional sabe que el conocimiento es algo que se desarrolla lentamente. Las cosas se vuelven cada vez más complejas a medida que las vamos conociendo, lo cual es una fuente de fascinación y de una comprensión cada vez más profunda.	No ataca, sino que se esfuerza por sanar, reconciliar y reparar.
La mentalidad racional sabe que aprendemos principalmente a partir del ensayo y error; que, de hecho, la mayoría de las veces aprendemos más de nuestros errores que de nuestros aciertos.	La mentalidad compasiva reconoce que la vida puede ser una fuente de dolor y que todos sin excepción somos seres imperfectos.
La mentalidad racional intentará (si le dan la oportunidad) sopesar las ventajas y los inconvenientes de un punto de vista o una línea de acción en particular.	No nos trata a nosotros mismos ni a los demás como meros objetos con un valor de mercado. La propia valía y la propia aceptación no se ganan; no están sujetas a condiciones ni se basan en el cumplimiento de ningún contrato.
A la mentalidad racional le gusta adoptar una visión a largo plazo de las cosas y reconoce que la mayoría de las veces llegamos donde estamos a base de ir avanzando paso a paso. Advierte que lo importante son nuestros intereses a largo plazo, al margen de los reveses o los beneficios a corto plazo.	

posible detectar y analizar problemas y rupturas relacionales que de lo contrario no es probable que fueran manifestados libremente ni tan siquiera planteados por el propio sujeto. Esto es importante, dado que el paciente puede ser sumamente evitativo e inconsciente de posibles problemas. Por otro lado, algunos pacientes carecen de relaciones o amistades íntimas o de confianza, razón por la cual los problemas interpersonales subyacentes jamás llegan a manifestarse abiertamente.

Estilo narrativo

La terapia cognitiva enfatiza la importancia del uso del cuestionamiento socrático por parte del terapeuta con el objeto de servir de guía en la labor de descubrimiento de la persona. El cuestionamiento socrático, como lo define Padesky (2003), es un proceso terapéutico que implica formularle al paciente una serie de preguntas, las cuales el paciente tiene el conocimiento necesario para responder. Las preguntas llaman la atención del paciente respecto de una información relevante para el problema que está siendo analizado, pero que podría estar fuera de la atención del paciente en dicho momento. Las preguntas por lo general suelen ir de lo concreto a lo más abstracto, de manera que al final el paciente puede aplicar la información adquirida ya sea para revisar una conclusión anterior o bien para darle forma a una idea novedosa. Este es un modelo de discurso terapéutico centrado en torno a los objetivos. Una vez descubierta la nueva información, expresados y analizados los significados idiosincrásicos, y elaborado un resumen, el terapeuta prosigue el proceso de descubrimiento guiado formulándole al paciente una pregunta sintética o analítica, que incluye la aplicación de esta nueva información a la preocupación o la creencia original del paciente. Este es uno de los medios en virtud de los cuales la terapia cognitiva puede fomentar un diálogo que permite desarrollar la sensación de participación activa [de libre albedrío en la condición de agente] y autorreflexión indagadora por parte del paciente. Lo cual se construye a través del desarrollo del proceso y de la relación terapéutica.

En particular, nos preocupa de qué forma el terapeuta alienta al paciente a participar en diálogos terapéuticos que favorecen e intensifican su capacidad para reflexionar sobre su contribución al proceso de construcción de un sentido en relación con su sensación de participación activa y su sentido de la propia identidad. Se trata de un proceso activo y participativo, en lugar de ser pasivo y limitarse a la mera observación. Esta, según nuestra impresión, es la esencia de la recuperación personal y de la vuelta a la normalidad. En consecuencia, a lo largo del presente texto pretendemos ilustrar la importancia del discurso narrativo como fuente de reflexión para el terapeuta y el paciente. Adicionalmente, también Greenberg & Pascual-Leone (1997) y Greenberg *et al.* (1993) han sugerido que, dentro del contexto de una relación terapéutica segura, una de las labores cruciales de la terapia consiste en aumentar la conciencia y el conocimiento de las emociones concentrando la atención en las experiencias emocionales, y desarrollar una narrativa que posibilite la autorreflexión simbólica respecto de los significados vivenciales fundamentales incrustados en la experiencia personal. En su modelo de psicoterapia como proceso experiencial, Greenberg *et al.* (1993) enfatizan los cometidos terapéuticos que facilitan un procesamiento de los acontecimientos más experiencial y vivencial que meramente conceptual. La narrativa terapéutica ofrece una indicación importante de los niveles de procesamiento y de comprensión alcanzados por el paciente, lo que a su vez se puede utilizar para determinar el centro de atención y de interés del discurso terapéutico. Por ejemplo, al analizar las experiencias traumáticas no es infrecuente que la narrativa se vuelva fragmentaria, difícil de seguir y más pobre. Ello hace las veces de señal para advertir al terapeuta de la presencia de experiencias problemáticas o no resueltas.

Los elementos básicos de la actitud terapéutica

Siegel (1999) propone cinco elementos esenciales respecto de cómo los cuidadores pueden favorecer la creación de un vínculo seguro en los niños que están bajo su cuidado. Estos mismos ele-

mentos también configuran los elementos básicos de cualquier curso terapéutico:

- *Colaboración.* Las relaciones que transmiten seguridad se basan en la comunicación colaboradora y delicadamente receptiva. La colaboración se desarrolla en virtud de la cuidadosa negociación de los problemas y objetivos del paciente dentro de la terapia, y del apoyo que el terapeuta le brinda al paciente para que éste desarrolle una actitud activa, inquisitiva e investigadora con objeto de poder comprender y resolver el estrés emocional [preocupación, tristeza y dolor].
- *Diálogo reflexivo.* El centro de interés recae sobre la experiencia interior de la persona, lo que implica que el terapeuta se esfuerza por extraer un sentido de la narrativa del paciente y a continuación procede a comunicar sus deducciones de forma tal que le ayude al paciente a generar significados y perspectivas diferentes y novedosos respecto de sus emociones, percepciones, pensamientos, intenciones, recuerdos, ideas, creencias y actitudes.
- *Reparación.* Cuando la comunicación receptiva se interrumpe, el interés y la atención recaen en la reparación colaboradora [el restablecimiento del diálogo] que permita que el paciente pueda reflexionar sobre los malentendidos y desconexiones [apagones, cortes] que pueda haber en sus experiencias relacionales.
- *Narrativas coherentes.* Conectar el pasado, el presente y el futuro es crucial para el desarrollo del autoconocimiento autobiográfico de la persona. El desarrollo de una narrativa coherente dentro de la terapia tiene por objeto contribuir a desarrollar la capacidad flexible de integrar las experiencias tanto internas como externas a lo largo de una secuencia temporal.
- *Comunicación emocional.* El terapeuta se mantiene en estrecho contacto ya no únicamente con los contenidos de la narrativa, sino también con lo que comunican los pacientes a nivel emocional. Al concentrar la atención en las emociones negativas o dolorosas dentro de las sesiones, el terapeuta comunica y estimula la autorreflexión, la comprensión, la aceptación y la tranquilización.

Esbozo general de las sesiones de terapia

La psicosis es un acontecimiento de gran magnitud que se caracteriza por la aparición de una serie de cambios graves y perturbadores a nivel de pensamiento y una serie de experiencias que tienen en común la sensación generalizada de amenaza, dominación y paranoidismo a nivel relacional, combinada con una sensación de vulnerabilidad a nivel personal. Mientras que la psicosis en tanto que trastorno se traduce en una trayectoria vital negativa y estigmatizadora que genera una sensación de desesperanza o desencadena una negación defensiva y una retracción hermética, los síntomas, por su parte, pueden socavar los supuestos básicos asociados a la protección, la seguridad interpersonal, la intimidad y la vinculación [la creación de lazos afectivos].

La directriz del terapeuta a lo largo de toda la terapia consiste en favorecer el desarrollo colaborador de una narrativa coherente del paciente, que permita optimizar la evolución de la autorreflexión, la generación de unas creencias y de unas apreciaciones alternativas más constructivas, y el desarrollo de unas estrategias de afrontamiento y de unas conductas relacionales más adaptativas. A través del discurso terapéutico, de centrar la atención y el interés en la narrativa y de la utilización de una serie de técnicas cognitivas e interpersonales, el terapeuta apoya al paciente en la labor de engranar el cambio conductual y el cambio cognitivo. Paralelamente y sustentando este proceso, el terapeuta vela por nutrir la alianza terapéutica y ofrecerle al paciente una base segura desde la cual poder explorar las cuestiones más delicadas.

Compromiso terapéutico y formulación del problema (sesiones 1-10)

Las sesiones iniciales a lo largo de los tres primeros meses (sesiones 1-10) se concentran en desarrollar la alianza y el vínculo terapéutico, así como los cometidos y objetivos mutuos. Durante esta fase, el terapeuta y el paciente, trabajando en colaboración, desarrollan y priorizan una lista de problemas desde la perspectiva del

paciente. El terapeuta tiene que escuchar detenidamente y a su vez comunicar su explicación de las experiencias, las interpretaciones y los problemas del paciente en las propias palabras de este último. Durante las sesiones correspondientes al compromiso inicial (sesiones 1-4), el centro de interés tiende a recaer en el listado de problemas y objetivos inmediatos del paciente, antes de poder pasar a analizar experiencias más delicadas y más cargadas emocionalmente. Allí donde proceda, las experiencias negativas de otros tratamientos se analizan con tacto y el terapeuta anima al paciente a reflexionar sobre las consecuencias que dichas experiencias puedan tener para la actual relación terapéutica. De esta forma, el terapeuta puede empezar a desarrollar una comprensión de la sincronía existente entre determinados recuerdos autobiográficos específicos por parte del paciente, por un lado, y sus creencias, actitudes y expectativas en relación con el tratamiento, por otro. Las experiencias negativas asociadas a la psicosis también se analizan. Una vez más, el terapeuta se esfuerza por mantener un diálogo natural y abierto ayudándose de ejemplos específicos extraídos de las descripciones del paciente. Dicho proceso le permite al terapeuta aventurar nuevas hipótesis respecto de la naturaleza de las valoraciones idiosincrásicas que el paciente hace de las experiencias psicóticas y de la probabilidad de que dichas apreciaciones configuren la recuperación y determinen las reacciones emocionales y conductuales ante la amenaza de una recaída, en el caso de aparecer los primeros signos de recaída en un futuro. Durante el desarrollo de las narrativas que analizan las experiencias de tratamiento y de la psicosis, el terapeuta debe mantener la receptividad a las experiencias traumáticas del paciente a través de la atención a los cambios en el tono de la voz, el contacto ocular y la postura corporal. Dichos cambios suelen indicar cambios en el afecto, así como la irrupción de pensamientos o imágenes involuntarios.

Tales cambios constituyen, pues, oportunidades importantes de ayudar al paciente a desarrollar su propia autorreflexión y su conciencia de la importancia de sus experiencias y sus interpretaciones

como mediadores de su adaptación y de su ajuste a la experiencia de la psicosis. Sin embargo, al hacer esto, el terapeuta tiene que tener cuidado de ayudar al paciente a regular el afecto dentro de las sesiones temporizando cuidadosamente la exploración de estas áreas delicadas. El terapeuta puede calibrar la oportunidad del momento reflexionando sobre la firmeza de la alianza terapéutica, así como sobre la resistencia y/o la accesibilidad del paciente a las oportunas habilidades de afrontamiento y recursos relacionales. Adicionalmente, el terapeuta puede estructurar las sesiones de forma que permita analizar las cuestiones más difíciles durante la fase central de las sesiones, de manera que el centro de atención y de interés de la sesión se pueda desplazar hacia el final en dirección a otras cuestiones. La confección de un orden del día y la priorización de asuntos pueden facilitar este proceso. A lo largo de esta fase, la formulación se adapta al estilo de recuperación de la persona, el nivel de la alianza terapéutica y la naturaleza de los cometidos y objetivos acordados. El terapeuta suele cometer el error de utilizar la formulación para explicar los problemas del paciente a un nivel que tiene su importancia para el propio terapeuta (en términos de directrices del tratamiento, determinación de límites, etc.), pero que tiene una menor relevancia para el paciente.

Por ejemplo, suele ser importante para el terapeuta comprender cómo han ido evolucionando las creencias del paciente desde las experiencias de la primera niñez. Sin embargo, el paciente puede ver este modelo de formulación como una atribución estereotipada de los problemas de la adultez a las experiencias de la niñez (e.g. “¿se refiere usted a que todo lo que me pasa está relacionado con mi infancia?”). El paciente puede relacionar los problemas con las experiencias de una forma que genere un fuerte (y potencialmente abrumador) afecto negativo, o bien puede tratar de cerrarse herméticamente y de aislar sus experiencias psicóticas de otros aspectos de su historia vital. Esta última estrategia puede ser un intento (consciente o no) de evitar los afectos intensos o de impedir que las experiencias traumáticas contaminen otros aspectos de su vida. Más

abajo aparece un ejemplo de una formulación por escrito. El lector advertirá que la formulación enfatiza los elementos nucleares de la alianza terapéutica, la vinculación, los objetivos mutuos y las tareas compartidas. La fase de compromiso determina que la función de la formulación en esta etapa consiste en favorecer el desarrollo de la alianza terapéutica, la autorreflexión del paciente y el conocimiento objetivo de las creencias y las intenciones del terapeuta.

Querido Michael,

En las últimas semanas parece que hemos creado una buena relación... [REFLEXIÓN SOBRE LA RELACIÓN]. Tus objetivos han sido... [OBJETIVOS]. Para ti, el ingreso en el hospital ha supuesto una experiencia terrorífica y humillante que te ha dejado abatido y avergonzado... En un esfuerzo por recuperar una sensación de seguridad y de dominio, has concebido algunas estrategias importantes para poder salir adelante. Eres muy trabajador y les demuestras a los demás que eres amable y agradable, pero a veces esto mismo también se traduce en que no eres capaz de decirles lo que sientes. [VALIDACIÓN, VINCULACIÓN]. Esto quiere decir que con frecuencia tienes la sensación de que te las tienes que arreglar completamente solo y de que los demás no te comprenden. Sientes con mucha fuerza que los demás han malinterpretado tus experiencias durante tu estancia en el hospital, echándole la culpa de lo que piensas y de lo que sientes a que bebes y a que estás enfermo. Te has rebelado con todas tus fuerzas para no aceptar esta forma de ver tus dificultades, pero al mismo tiempo tampoco has podido ayudar a los demás a poder encontrarle un sentido a tus experiencias [FORMULACIÓN]. Tal vez en razón de ello una labor importante para ti sea la de encontrar la forma de ayudar a los demás a aceptar tu manera de ver las cosas [COMETIDO DE LA TERAPIA].

Un terapeuta

Transformación de las creencias y de las estrategias interpersonales problemáticas (sesiones 11-20)

Esta fase intermedia de la terapia tiende a coincidir con las sesiones 11 a 20 y se centra en el desarrollo de una explicación más detenida de cómo las experiencias del paciente han conducido al desarrollo de sus creencias problemáticas respecto de sí mismo, los demás, el mundo y el futuro. Dentro de un marco compasivo (Gilbert, 2000), el terapeuta analiza junto con el paciente la utilidad (e inutilidad) de sus creencias y apreciaciones específicas en relación con el logro de sus objetivos específicos. Por ejemplo, un paciente puede hablar de que se siente solo y aislado y de que quiere tener unas relaciones más serias con los demás. Sin embargo, sobre la base de sus experiencias anteriores a su primer episodio de psicosis, está convencido de que los demás son intrínsecamente indignos de confianza. Con frecuencia los pacientes también suelen tener una experiencia extremadamente limitada en lo relativo a unas relaciones de igual a igual fidedignas y de confianza. Además, en muchos casos puede que no hayan tenido ni tan siquiera la oportunidad de intentarlo, dado que el primer episodio de psicosis interrumpió el desarrollo de las habilidades interpersonales y la integración social oportunas. En consecuencia, con el fin de reducir su sensación de vulnerabilidad, suelen evitar el contacto con los demás.

En tal caso, es posible validar la importancia funcional de la evitación y analizar las consecuencias negativas que pueda estar teniendo para la persona. Adicionalmente, el terapeuta no pierde de vista una serie de aspectos o temas claves relevantes para la vuelta a la normalidad después de la psicosis clínica, incluidos: (1) el estrés emocional; (2) la confianza y la intimidad interpersonal (incluyendo la capacidad de interpretar y predecir las reacciones de los demás); (3) la sensación de estar atrapado, junto con la vergüenza y la humillación asociadas a la psicosis; (4) las esperanzas y el optimismo del paciente con vistas a una posible recuperación; y (5) la búsqueda de ayuda dentro del contexto del estrés emocional y de la experiencia de primera mano respecto de la vulnerabilidad a las recaídas. El terapeuta ayuda al paciente a engranar sus creencias negativas con

los aspectos funcionales de sus estrategias de afrontamiento y sus conductas interpersonales con objeto de aumentar la probabilidad de que el paciente tome en consideración el desarrollo de unas estrategias relacionales diferentes o escasamente desarrolladas hasta ese momento. Por ejemplo, un paciente puede describir a sus padres como unas personas críticas e invasoras, y sentirse agresivo cuando éstos se quejan de su forma de comportarse en casa. En respuesta a ello, el paciente le grita a sus padres, sale de la habitación y evita hablarles. Si bien para este paciente es importante mantener su sensación de autonomía y de independencia y evitar que le traten como a un niño, los costes que tiene que pagar por utilizar esta estrategia son el aumento del estrés emocional, la rumiación y las reacciones negativas de sus padres, junto con el aumento de la suspicacia y el paranoidismo. El terapeuta podría trabajar con el paciente la posibilidad de desarrollar unas estrategias alternativas, incluida la asertividad y la regulación [el manejo] de la agresividad, combinado con el desarrollo de un mayor grado de conciencia compasiva respecto de las angustias, las preocupaciones y la inquietud de sus padres en relación con su bienestar. Esta última estrategia le permite al paciente desarrollar un estilo de comunicación más tranquilizador en la relación con sus padres.

El desarrollo de estrategias interpersonales diferentes o infra-desarrolladas les ofrece al terapeuta y al paciente una oportunidad importante de encontrar una forma alternativa de referir las experiencias del paciente, que a su vez posibilite el desarrollo de unas creencias alternativas. Por ejemplo, reflexionando sobre la conducta de sus padres, este mismo paciente consideró que la angustia y la preocupación de éstos eran un reflejo de sus sentimientos paternos hacia él, y de que habían tenido en alta estima su desarrollo. Este era ciertamente el caso, dada a su vez la dureza de la educación que los padres habían recibido en los barrios en torno a las constructoras navales de Glasgow. Sus expectativas habían quedado devastadas por el primer episodio psicótico del hijo y habían llegado a pensar que jamás sería capaz de volver a trabajar. Este paciente valoraba mucho su independencia y su autonomía, y le parecía que un aspec-

to importante de cara a lograr este objetivo estribaba en reducir la angustia de sus padres en relación con su bienestar.

El terapeuta fomenta adicionalmente el reconocimiento por parte del paciente de la presencia de puntos fuertes y de habilidades ya existentes, que le permiten sobrevivir y resistir las experiencias traumáticas y emocionalmente estresantes, además de las circunstancias vitales adversas. Tenemos la impresión de que es importante que la formulación realizada en esta etapa incluya los aspectos tanto negativos como positivos de las estrategias ya existentes, con objeto de desarrollar la capacidad de extraer un sentido que incluya las experiencias vitales positivas sin necesidad de minimizar los acontecimientos vitales negativos. En este sentido, el terapeuta fomenta la cristalización de un modelo afectivo complejo, alentando la integración tanto de las emociones positivas como de las emociones dolorosas. De esta forma, le ayuda al paciente a no obviar ni evitar las emociones negativas asociadas a sus experiencias psicóticas.

Fase final y cierre del proceso (sesiones 21-30)

La fase final de la terapia, que va de las sesiones 21 a 30, se concentra en la prolongación del engranaje de los cambios relacionales y cognitivos, en las cuestiones suscitadas por el cierre del proceso y la finalización de la terapia, y en el ensayo de un modelo basado en la formulación clínica del caso para detectar y reaccionar a los estados mentales de riesgo en relación con la posibilidad de recaer. Con objeto de abordar los problemas de separación y de dependencia que puedan haberse desarrollado a lo largo de la terapia, durante esta fase la frecuencia de las sesiones se puede aumentar a una sesión semanal. El terapeuta y el paciente colaboran en la elaboración de una formulación de la recaída tanto diagramática como a partir de la narrativa. Esta formulación sienta las bases para las intervenciones programadas en el caso de aparecer un estado mental de riesgo en relación con la posibilidad de recaer. Dichas intervenciones pueden incluir una terapia cognitivo-conductual focalizada (Gumley *et al.*, 2003), intervenciones de los auxiliares especializados [el trabajador

social o auxiliar psiquiátrico personal] o cambios en la prescripción de la medicación (dependiendo de la decisión que tome el paciente). Es de una importancia vital que la fase final del tratamiento reconozca la finalización de la relación terapéutica y las emociones negativas asociadas a este hecho. Con frecuencia los sujetos dentro de este grupo de pacientes suelen estar aislados socialmente y han tenido una serie de experiencias interpersonales negativas. En consecuencia, pueden ser particularmente vulnerables a la sensación de pérdida y de rechazo. Es esencial, pues, que las emociones y las atribuciones asociadas a esta pérdida sean reconocidas y abordadas dentro del discurso terapéutico.

Modelo de servicio

La terapia cognitivo-relacional requiere una respuesta multidisciplinaria y coordinada a las necesidades del paciente en relación con la recuperación, la detección de recaídas y la prevención de recaídas. También nos parece que es poco razonable trabajar con un paciente para estimular y fomentar sus conductas de búsqueda de ayuda si la ayuda que recibe no es la ayuda que estaba buscando en primer lugar. Diseñar los servicios para que satisfagan de la mejor forma las necesidades de recuperación emocional y de vuelta a la normalidad constituye una labor importante, pero compleja. Una característica importante de nuestro protocolo de tratamiento es que se incluye dentro de un contexto multidisciplinar. Ello requiere un enfoque coherente y coordinado que ayude al paciente a recuperarse y, lo que es más importante, a la hora de responder a las crisis. En relación con esto, Goodwin *et al.* (2003) proponen que una de las funciones claves de los equipos multidisciplinarios consiste en facilitar una “base segura” ofreciendo una continuidad y una consistencia en los cuidados durante la fase aguda y la fase de recuperación, ofreciendo una respuesta sensible y apropiada frente al estrés afectivo y ofreciendo una contención emocional durante los momentos de crisis. Es importante adoptar un equilibrio entre ofrecer un entorno

contenedor y tranquilizador junto con los ánimos necesarios para explorar.

Los modelos asincrónicos de recuperación, detección de recaídas y prevención de recaídas pueden generar una ruptura de la alianza terapéutica. Por ejemplo, el enfoque esencial de la terapia cognitivo-relacional se traduce en el desarrollo de un modelo de aceptación compasiva de las experiencias psicóticas. Las reacciones catastróficas o ansiógenas por parte del personal ante las reaparición de experiencias psicóticas de bajo nivel se consideran, pues, asincrónicas dentro de nuestro modelo de terapia cognitivo-relacional. Uno de los componentes integrantes de nuestro modelo consiste en brindar una formación multidisciplinaria dirigida al equipo y encaminada a alentar al personal a reflexionar sobre sus propias creencias, atribuciones y supuestos respecto de la recuperación y de las recaídas. La formación se centra en ayudar al personal a identificar y a reflexionar sobre sus propias creencias respecto de la psicosis, sobre sus atribuciones respecto de los pacientes, particularmente durante los períodos de mayor tensión, sobre la influencia de dichas atribuciones en sus propias reacciones emocionales y conductuales ante las recaídas, y sobre la interrelación de dichas atribuciones con las creencias, expectativas y reacciones de los pacientes durante los períodos de crisis. La formación también se centra en brindar auxiliares especializados [trabajadores sociales, auxiliares psiquiátricos] equipados con las técnicas y estrategias esenciales descritas en este manual de tratamiento. En concreto, el objetivo a este respecto consiste en respaldar el papel desempeñado por los auxiliares especializados en lo referente a defender la particularidad del paciente dentro del contexto de las crisis o de los estados mentales de riesgo en relación con la posibilidad de recaer. El capítulo 12 se centrará en el papel del terapeuta, el auxiliar especializado personal y el psiquiatra del paciente y demás personas a la hora de ofrecer un modelo de recuperación consistente y coordinado.

5

Estrategias para el favorecimiento del compromiso y la formulación del problema

Introducción

En todas las escuelas de psicoterapia la relación terapéutica positiva es la piedra angular para poder acceder a una comprensión constructiva, amable y empática de los problemas claves que han llevado a la persona a pedir ayuda. La comprensión de estas características también es un prerequisite para el subsiguiente desarrollo de una importante alianza de trabajo en colaboración, tanto para un cambio positivo futuro como para la resolución de los problemas. En el caso de los sujetos que están padeciendo una psicosis o saliendo de ella, la base de este marco interpersonal constructivo y empático puede verse cuestionada, socavada y/o resquebrajada por: (1) los servicios de salud mental circundantes y el contexto del tratamiento; (2) experiencias negativas traumáticas asociadas a la psicosis o a las relaciones con dichos servicios de salud mental; o (3) la naturaleza relacional de determinadas experiencias psicóticas, particularmente en lo relativo a la posible presencia de creencias paranoides, suspicacia o contenidos delirantes.

Organización vincular, recuperación y estrés emocional

También está demostrado que a los sujetos aquejados de psicosis les cuesta especialmente comprometerse con los servicios de salud mental. El compromiso terapéutico es particularmente importante dado que después de un primer episodio de psicosis se precisa un apoyo y unas intervenciones constantes con objeto de facilitar la recuperación y el mantenimiento del bienestar. Sin embargo, incluso antes de llegar a contactar con ningún servicio de salud mental, las personas afectadas suelen descubrir que a los demás les resulta muy difícil comprender correctamente sus dificultades. Puede que con frecuencia estas personas se hayan tropezado con la falta de comprensión y el recelo por parte de los demás. Por ejemplo, en un estudio que analiza el compromiso mutuo entre las personas aquejadas de psicosis y los médicos de cabecera, McCabe *et al.* (2002) encontraron que los pacientes se esforzaban por hablar del contenido de sus síntomas psicóticos en las consultas, pero en respuesta a ello sus médicos de cabecera solían mostrar sus dudas, responder con una pregunta en lugar de con una respuesta, y sonreírse o reírse (en presencia de personal no cualificado), lo cual indicaba que se sentían reacios a participar de la inquietud de los pacientes en relación con sus síntomas psicóticos.

Una dificultad adicional que se aprecia con posterioridad a la resolución inicial de un episodio psicótico agudo es que a menudo se comprueba que los sujetos afectados se retraen de los servicios y de los tratamientos que implican una participación activa. Tal vez ello pueda deberse al deseo de dejar atrás unas experiencias muy dolorosas o negativas, a que las propias experiencias por sí solas sean emocionalmente abrumadoras, o bien a que la persona esté tratando de evitar ser un paciente etiquetado con una enfermedad mental. Linda Tait y colaboradores (2003) han estudiado este fenómeno en un grupo de 62 personas que se estaban recuperando de una psicosis aguda. Sorprendentemente, los estilos de recuperación basados en el cierre hermético y en la integración demostraban ser inestables a medio plazo. A lo largo de un período de seis meses,

aparecía en los sujetos una tendencia a desplazarse de una actitud predominantemente integradora a una posición de cierre hermético. Lo que es más importante, no se encontró que el cierre hermético estuviera relacionado con los síntomas psicóticos ni tampoco con la conciencia de enfermedad. La tendencia a cerrarse herméticamente o evitar las experiencias personales dolorosas y difíciles relacionadas con la psicosis predecía los niveles subsiguientes de compromiso a los seis meses. De hecho, a medida que mejoraban los síntomas y la conciencia de enfermedad, los sujetos tendían a cerrarse más herméticamente.

Esto puede sugerir que a medida que comienza a reflexionar sobre sus experiencias psicóticas, y sobre las emociones dolorosas asociadas o las consecuencias vitales catastróficas, la persona adopta una estrategia psicológica y relacional encaminada a limitar, restringir y encapsular dichas experiencias. En un análisis ulterior de estos mismos datos, Tait *et al.* (2004) analizaron la hipótesis de que los sujetos que se cierran herméticamente tienen un mayor grado de vulnerabilidad psicológica y un menor grado de resiliencia, lo que vendría determinado por un mayor número de creencias negativas acerca de sí mismos, un mayor número de experiencias problemáticas en las relaciones tempranas con los padres y una actitud relacional menos segura según referían ellos mismos. Comparados con los sujetos integradores, los que se cerraban herméticamente tenían una visión más negativa de sí mismos, se sentían más inseguros y calificaban a sus madres y a sus padres de menos cariñosos y más abusivos. Adicionalmente, los sujetos que se servían de un estilo de recuperación basado en el cierre hermético hablaban de que su actitud relacional era menos cercana, menos confiada, y reconocían tener un mayor miedo a ser rechazados por los demás. La actitud relacional insegura aparecía asociada al nivel de implicación con el servicio de salud; esto es, las personas que se sentían menos cercanas tenían más miedo al rechazo, veían a los demás como menos fiables y se implicaban menos con los servicios de salud mental. La actitud vincular se correlacionaba con el tipo de lazos afectivos con los padres, en el sentido de que la actitud vincular insegura se rela-

cionaba con la percepción de más malos tratos y menos cariño por parte de los padres.

Estos datos nos brindan un marco de referencia muy útil desde el que poder contemplar el nivel de implicación y compromiso terapéutico, según lo cual las actitudes del individuo hacia los vínculos adultos (derivadas de las experiencias vinculares tempranas con los padres) mediatizan la forma en que las personas afrontan su psicosis y se comprometen con los servicios de salud mental. Concordando con esto, John Gleeson y colaboradores (2005) encontraron que el grado de “agradabilidad” medida por el inventario de personalidad NEO-versión revisada (*NEO Personality Inventory-Revised*, NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992) predecía la vuelta a la normalidad después de padecer una psicosis clínica. Esto es, los sujetos que simpatizaban más con los demás, que parecían más dispuestos a ofrecer su ayuda y que estaban convencidos de que lo más probable era que los demás les correspondieran de la misma forma, se mantenían estables y remitían después de un primer episodio de psicosis. Por su parte, los sujetos que puntuaban más bajo en agradabilidad tenían una mayor probabilidad de ser reingresados en el hospital.

Sin embargo, la interpretación de estos datos sobre la relación entre el nivel de compromiso, el cierre hermético, la relación con los padres y la actitud relacional puede ser problemática. El apego inseguro no es un concepto unidimensional y las personas que se valen del cierre hermético pueden tener estados anímicos muy diferentes y contrastantes con relación a la vinculación en la vida adulta. Las personas con una organización vincular insegura pueden sentirse preocupadas por las relaciones de apego o, por el contrario, obviar o minimizar el apego. Cada uno de estos subgrupos reconoce y responde al estrés emocional de formas muy diferentes. Los sujetos con un apego seguro desarrollan un conocimiento metacognitivo de que es posible sentir y regular las emociones sin correr ningún peligro (con confianza), y de hecho muestran una mayor habilidad a la hora de regular sus afectos. Sin embargo los sujetos con un apego inseguro tienden a haber vivido la experiencia de encontrarse con unas reacciones inconsistentes o rechazantes frente a sus emociones negativas.

Dichas experiencias interfieren el desarrollo del conocimiento meta-cognitivo y las habilidades de regulación emocional. Los sujetos con un estilo vincular preocupado tienden a haber vivido unas experiencias inconsistentes o rechazantes que habrían atraído la atención del niño en dirección al apego. Los sujetos con un estilo vincular desligado o evitativo evitan las relaciones cercanas y minimizan o incluso niegan las emociones y el estrés emocional [la preocupación, la tristeza y el dolor]. Con frecuencia, resultará que estos sujetos habrán tenido ocasión de aprender que el hecho de recurrir a los demás en los momentos de estrés emocional no ha servido de mucho.

Dozier & Lee (1995) estudiaron a 76 sujetos diagnosticados de esquizofrenia o de trastorno bipolar con objeto de analizar la relación entre la organización vincular, medida por la entrevista para la evaluación de la vinculación en los adultos (*Adult Attachment Interview*, AAI: Main *et al.*, 1985), por un lado, y la información facilitada por los propios sujetos respecto de sus síntomas psiquiátricos y su calidad de vida, por otro. Los sujetos con estilos preocupados tendían a comunicar mas síntomas y un mayor grado de estrés emocional que los sujetos con estilos desligados y evitativos. Sin embargo, y por contraste, los jueces describían a los sujetos con estilos desligados como más sintomáticos (a saber, más delirantes y con mayor probabilidad de oír voces) que los sujetos con estilos preocupados. La asincronía entre la vivencia y la manifestación del estrés emocional tiene consecuencias importantes para el estilo de recuperación y el nivel de compromiso. Tal vez existan dos (o más) subgrupos de sujetos que se cierran herméticamente. Uno de estos grupos podría cerrarse porque están angustiados y tienen miedo, y sienten que el apego es potencialmente amenazante en razón del temor al rechazo. Es probable que este grupo comunique un mayor grado de estrés emocional, pero es menos probable que pida ayuda y que se comprometa. El otro grupo podría cerrarse herméticamente porque se desliga y evita el apego y regula el estrés emocional minimizando o evitando a los demás. Es probable que este grupo afirme no estar estresado emocionalmente a pesar de aparentar lo contrario, y también es más probable que se resista a comprometerse o implicarse.

Dozier (1990) encontró que este grupo de sujetos desligados rechazaban más la ayuda y desvelaban menos sus problemas. De hecho, es muy interesante que los profesionales que llevan muchos casos difíciles describen a sus pacientes desligados como menos problemáticos que los pacientes calificados de preocupados (Dozier, 1990). En consecuencia, durante el proceso de implicación y de formulación del problema, es importante tomar en consideración el probable estado mental de la persona con respecto a los vínculos adultos dentro del contexto del estilo de recuperación; y calibrar el proceso de implicación con el fin de que pueda responder a esto. Por ejemplo, los pacientes desligados se sienten estresados emocionalmente cuando no pueden desviar la conversación de los problemas interpersonales (Dozier & Lomax, 1994), pero exhiben una máscara de invulnerabilidad. El proceso de implicación, la confección de un listado de problemas y la concentración de la atención en el afecto deben ser cuidadosamente calibrados con el fin de optimizar el nivel de compromiso. Es importante que el terapeuta sea consciente de que la vinculación es uno de los objetivos terapéuticos y que el cuidado puesto en el proceso de implicación puede permitir el desarrollo de un vínculo, unos lazos afectivos y una alianza óptimos.

Esta interacción entre los modelos que el individuo tiene de sí mismo, los modelos de los demás y la dependencia o la evitación de los demás, ha sido estudiada por Bartholomew (1990) (figura 5.1). Este es un sistema útil para que el terapeuta ordene sus reflexiones sobre el estado anímico de su paciente con respecto a los vínculos adultos y el tipo de dificultades que pueden estar implicadas en la fase de compromiso y formulación. Estos modelos-guía de sí mismo y de los demás determinan cuatro estilos de vinculación, que incluyen dos estilos evitativos: el estilo desligado y el estilo temeroso. Los sujetos desligados enfatizan la seguridad en uno mismo a expensas de la confianza y de la intimidad, mientras que los sujetos temerosos desean la intimidad, pero desconfían de los demás; evitan las relaciones cercanas porque podrían desembocar en la pérdida y en el rechazo.

Obviamente, la inclusión del paradigma del apego en la práctica de la psicoterapia no es algo nuevo (Harris, 2004), pero a efectos del

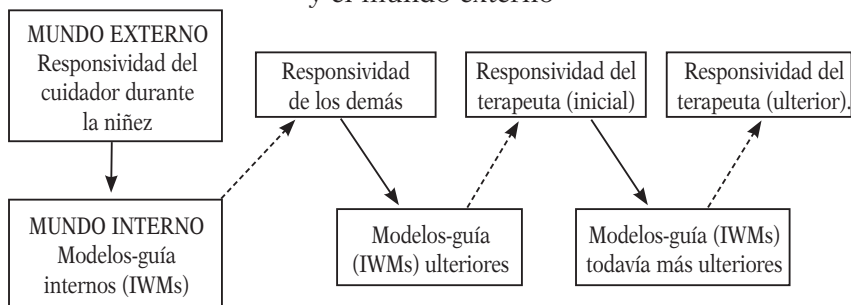
presente manual de terapia, la teoría del apego le permite al terapeuta responder debidamente al reto de implicar al sujeto después de un episodio psicótico e incluir una formulación de las estrategias evitativas de recuperación dentro del contexto de la relación terapéutica. Tirril Harris (2004) nos ayuda a reflexionar sobre la relevancia de la teoría del apego como base para comprender el mundo interno y el mundo externo, y la manera en que los modelos-guía internos [*internal working models*, IWMs] de los sujetos se interrelacionan con las reacciones de los demás en el mundo externo (figura 5.2). Esto nos ayuda a redefinir nuestro papel como terapeutas a fin de reflejar nuestra posición como agentes que ocupan un lugar en el mundo externo del paciente, desde el cual podemos decidarnos a influir en los IWMs de los pacientes. El ejemplo más sobresaliente a este respecto dentro de la terapia cognitiva aplicada a sujetos con experiencias psicóticas es el impacto de la variable del acompañamiento terapéutico en el ensayo aleatorizado controlado realizado por Sensky y colaboradores (2000) de terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicada a la esquizofrenia refractaria a los psicofármacos. A lo largo de nueve meses, el acompañamiento generaba cambios clínicos de la misma magnitud que la TCC. Ahora bien, una vez retirado el acompañamiento los mencionados cambios clínicos se invertían.

Figura 5.1. Los cuatro estilos de vinculación definidos por Bartholomew en términos de modelos-guía de sí mismo y de los demás

MODELO DE SÍ MISMO (Dependencia)			
	POSITIVO (Bajo)	NEGATIVO (Alto)	
MODELO DE LOS DEMÁS (Evitación)	POSITIVO (Bajo)	SEGURO	PREOCUPADO
	NEGATIVO (Alto)	DESLIGADO	TEMEROSO

Existen una serie de autores, incluidos Jeremy Holmes (2003), Tirril Harris (2004) y Robert Leahy (2005), que enfatizan la importancia de adaptar el estilo de la terapia al estilo de vinculación durante los primeros meses de terapia. Nuestra experiencia clínica nos ha llevado a la impresión de que un enfoque de tales características es extremadamente útil a la hora de ayudar a recuperarse de la psicosis. Dentro de este contexto, existen dos procesos terapéuticos centrales implicados en el desarrollo del compromiso y de la alianza terapéutica: la *validación* y la *formulación*. A través del proceso de combinar la validación y la formulación es como va evolucionando el marco del vínculo terapéutico, el acuerdo respecto de los objetivos personales y la mutualidad [la reciprocidad y la naturaleza compartida] de los cometidos (que permiten que la persona pueda alcanzar dichos objetivos). Como se dijo en el capítulo 4, el proceso de formulación consta de una serie de estratos: la formulación evoluciona paralelamente junto con las prioridades del vínculo terapéutico y la evolución de los objetivos de la persona. Por ejemplo, durante las fases iniciales la formulación se utiliza para fortalecer el vínculo terapéutico, mientras que más adelante se puede utilizar para subrayar algunos cometidos terapéuticos importantes o para identificar la relación entre los acontecimientos biográficos y los problemas actuales, que quedaría también de manifiesto a través de la propia relación terapéutica.

Figura 5.2. Interacción entre el mundo interno y el mundo externo



Nota: Línea discontinua: impacto del mundo interno sobre el mundo externo; línea continua: impacto del mundo externo sobre el mundo interno.

Fuente: Extraído de Harms (2004): Chef or chemist? Practicing psychotherapy within the attachment paradigm, *Attachment and Human Development*, 6(2), 191-207.

Validación

Se ha definido la validación como el “descubrir la verdad de lo que sentimos y lo que pensamos –vendría a ser como el eje de rotación entre la *empatía* (por la cual reconocemos lo que siente la otra persona) y la *compasión* (por la cual sentimos con y acompañamos en el sentimiento a la otra persona y nos preocupamos por el sufrimiento de dicha persona)” (Leahy, 2005, p. 195). Leahy (2005) ha descrito recientemente un modelo social-cognitivo de validación, concebido dentro de un marco que incluye una explicación de la alianza terapéutica dentro del contexto de la organización vincular de la persona (véase figura 5.3).

Figura 5.3. Relación entre la organización vincular, las creencias acerca de la validación y las estrategias interpersonales

ORGANIZACIÓN VINCULAR	SEGURO	PREOCUPADO	DESLIGADO	DESORGANIZADO
CREENCIAS ACERCA DE LA VALIDACIÓN	Accesible, de utilidad para la autorreflexión, valiosa	No accesible a menos que me esfuerce mucho, condicional	No accesible, no tiene utilidad ni sirve de ayuda	Conflictiva e incoherente
ESTRATEGIAS INTERPERSONALES	Expresar, reflexionar sobre sí mismo, compartir, escuchar, integrar	Perseverar, rumiar, enfadarse; mezcla de integrar y de cerrarse	Racionalizar, minimizar, desconfiar, cerrarse herméticamente	Mezcla, ruptura, conflicto entre acercamiento y evitación

Fuente: Adaptado de Leahy (2005): A social-cognitive model of validation. En P Gilbert (ed): *Compassion, conceptualizations, research and use in psychotherapy*, Londres y Nueva York, Routledge, pp. 195-217.

El modelo anterior se basa en el supuesto de que a partir de nuestras primeras experiencias con nuestros padres y de nuestras primeras experiencias de vinculación desarrollamos unos esquemas emocionales (Leahy, 2005). Se sugiere la hipótesis de que los esquemas emocionales se caracterizan por una serie de elementos componentes, incluidas las creencias acerca de *la validación procedente de los demás*, *la comprensibilidad* de las emociones, *la culpa* en relación con las emociones negativas, las creencias acerca de *las emociones conflictivas (visiones simplistas de las emociones)*, *la incontrolabilidad de las emociones* y *la aceptación de los sentimientos*.

Los sistemas de vinculación tienen la finalidad de facilitar la búsqueda de proximidad, la protección y los cuidados, así como la validación [confirmación] emocional: la base de cualquier conducta de exploración y de cualquier autorreflexión productiva. Las experiencias vinculares difíciles pueden conducir al desarrollo de estilos relacionales problemáticos, en los que la búsqueda o la evitación de la validación pueden desembocar en el mantenimiento del estrés emocional, el aumento de la concentración en uno mismo, o incluso las conductas rechazantes por parte de los demás. Dentro de este contexto, las estrategias de afrontamiento tienen importantes consecuencias relacionales. En consecuencia, los estilos particulares en lo relativo a la forma de afrontar las relaciones interpersonales pueden ser problemáticos para la persona en cuestión (véase figura 5.3). El desarrollo psicológico óptimo, en virtud de una organización en torno a unos vínculos seguros, permitirá que la persona pueda desarrollar unas creencias positivas respecto de que sus emociones positivas y negativas son comprensibles, coherentes [con sentido] y válidas. Dichas creencias positivas acerca de las emociones facilitan un mayor grado de expresión y aprendizaje, una mayor sensación de control y una reducción de la duración de las emociones dolorosas (Leahy, 2002). Por contraste, los sujetos con una organización relacional en torno a unos vínculos preocupados o evitativos, consideran sus emociones como algo problemático, negativo o inaceptable, lo que les conduce en consecuencia a desarrollar una serie de dificult-

tades a la hora de reaccionar y mostrarse sensible a las emociones y de regular las emociones. Por ejemplo, la persona con una actitud evitativa en relación con la vinculación puede optar por cerrarse herméticamente, minimizar las emociones, consumir sustancias psicoactivas o ser más propenso a la disociación. Y a la inversa, la persona con una actitud preocupada en relación con la vinculación puede hacer uso de la inquietud y la rumiación como estrategias para manejar las emociones problemáticas.

Peter Fonagy y colaboradores (2004) alegan que la capacidad de mentalizar es un determinante clave de la organización del yo y de la regulación afectiva, y que dicha capacidad de mentalizar se adquiere dentro del contexto de las primeras relaciones sociales y de apego. Fonagy y colaboradores han operativizado el fenómeno de la mentalización, esto es, la capacidad de interpretar la propia conducta y la conducta de los demás mediante la atribución de una serie de estados mentales, con la ayuda del concepto de función reflexiva. La función reflexiva hace referencia a una actitud intencional [deliberada] caracterizada por la consciencia relacional de que las experiencias [las vivencias] suscitan determinadas creencias y emociones, y de que las creencias, deseos e intenciones particulares tienden a traducirse en determinados tipos de conductas. Dicha actitud es esencial para la cristalización de una continuidad en la experiencia que uno tiene de sí mismo, configurando el armazón de una estructura *coherente* de la propia identidad. La función reflexiva tiene sus raíces en el desarrollo de los estados mentales infantiles. Se desarrolla, pues, dentro de un entorno relacional caracterizado por una red de relaciones complejas y a menudo muy cargadas emocionalmente. Dentro de este contexto, la capacidad autorreflexiva resulta esencial para el desarrollo del pensamiento metacognitivo y la regulación afectiva. La validación es importante para el desarrollo del funcionamiento autorreflexivo, dado que la representación y la regulación del afecto por parte del niño evolucionan a través de las interrelaciones vinculares dinámicas. A esto se lo denomina cartografía representacional; las metarrepresentaciones del afecto vivido por uno mismo y de

las emociones de los demás, combinado con el intercambio real de afecto durante la interrelación, le brindan al niño una fuente única de información respecto de sus propios estados mentales y de los estados mentales de los demás. A modo de ejemplo de este proceso dinámico, Fonagy *et al.* (1995) encontraron que las madres que tranquilizan a sus bebés afligidos después de que les pusieran una inyección, reflejan rápidamente [modulan reflejamente con prontitud] la emoción de sus hijos sirviéndose de afectos más complejos e incompatibles (como ejemplo, sonreír y hacer preguntas), generando de este modo emociones análogas, *pero no idénticas*.

Estos importantes desarrollos teóricos aumentan significativamente nuestra comprensión respecto de la utilidad de la validación y el desarrollo de la autorreflexión dentro de la evolución de una alianza terapéutica subsiguiente a una psicosis clínica. Es particularmente llamativo que la psicosis provoque valoraciones de pérdida, y que sea vivida por tantas personas como algo traumático. Por tanto, al implicar terapéuticamente a la persona después de pasar por una experiencia psicótica, el terapeuta tiene que calibrar las experiencias sociales y evolutivas de la persona, en combinación con los significados específicos vinculados a las experiencias psicóticas. El firme establecimiento de la función reflexiva favorece la resiliencia, mientras que una función reflexiva frágil predice un mayor grado de vulnerabilidad. Por ejemplo, los traumas tempranos, el desarrollo social y los lazos afectivos limitados, incluida la desatención emocional, pueden implicar que el almacén social necesario para el desarrollo de la función reflexiva o de los esquemas emocionales coherentes haya estado ausente en su mayor parte. Dentro de dichos contextos, la persona puede ser más vulnerable a desarrollar valoraciones negativas o persecutorias de los estados mentales [las actitudes] de los demás dentro, a su vez, del contexto del menoscabo del sentido de la propia valía.

La experiencia de la psicosis y la naturaleza relacional negativa de las experiencias psicóticas (e.g. la manía persecutoria o las alucinaciones que transmiten órdenes), constituyen el reflejo de unos

esquemas relacionales negativos subyacentes, y en razón de ello la psicosis se interpreta como un acontecimiento vital que confirma las anteriores experiencias vitales tempranas. Por contraste, es probable que el desarrollo social y psicológico dentro del contexto de unas circunstancias óptimas, en donde el cuidador (o cuidadores) y demás relaciones sociales importantes facilitan un reflejo sensible óptimo o de hecho “suficientemente bueno” (que permite el desarrollo de un yo indagador, seguro y autorreflexivo), provea a la persona de una resiliencia óptima con objeto de adaptarse a las exigencias psicológicas, emocionales, sociales y relacionales de las experiencias psíquicas. Ahora bien, puede ser que la gravedad o las consecuencias de la psicosis conduzcan a socavar las creencias de la persona respecto de sí mismo, el mundo, el futuro y los demás, o incluso a destruir aspectos importantes de los esquemas emocionales. Los ejemplos de dos casos opuestos permiten ilustrar estas cuestiones:

Bill

Bill vino derivado durante su segundo episodio de psicosis. Estaba retenido en la unidad de enfermos psiquiátricos agudos, de acuerdo con la ley de salud mental, y en la descripción que se hizo de él se hablaba de que tenía una manía persecutoria perseverante, caracterizada por una actitud hostil y agresiva persistente hacia el personal y particularmente hacia su psiquiatra. Se mencionaba que tenía delirios persecutorios en los que el gobierno, la policía, los servicios sociales y los servicios de salud mental conspiraban para dañarle psicológicamente. Había sido tranquilizado (sedado) contra su voluntad en dos ocasiones. El personal de enfermería se sentía amenazado por el paciente. Bill negaba tener ningún problema de agresividad, hostilidad ni paranoia. Cuando se ponía en duda dicha afirmación, Bill se mostraba cada vez más paranoide, extraordinariamente agresivo y amenazador para con los miembros del personal y demás personas que le parecía que estaban implicadas en su supuesta persecución.

La captación del interés terapéutico comenzó con la sugerencia de analizar detenidamente sus experiencias, con el objetivo explícito de elaborar una explicación compartida. Durante la sesión inicial el terapeuta sondeó con mucho tacto la impresión de Bill de sentirse traumatizado, humillado y atrapado dentro de la unidad hospitalaria. Al final de la primera sesión, su crisis de sentirse arrestado dentro de la unidad fue definida como un *impasse* que conducía a la sensación de paralización y humillación. El terapeuta manifestó su deseo de analizar con más detalle los acontecimientos que habían desembocado en su reclusión en el hospital. Bill accedió a que volvieran a verse unas tres veces más. Durante estas sesiones el terapeuta trabajó con mucho tacto con Bill con objeto de reconstruir y elaborar la historia de los hechos que condujeron a su segundo ingreso en el hospital. El terapeuta alentó con mucho tacto a reflexionar acerca de estos hechos, acerca del impacto que ejercieron sobre los pensamientos, los sentimientos y la conducta del paciente, y del impacto que ejercieron sobre los pensamientos, los sentimientos y la conducta de los demás. Ello brindó la oportunidad de que el terapeuta pudiera validar las experiencias emocionales del paciente y alentar su reflexión sobre los dolorosos acontecimientos emocionales. Bill pudo empezar a reflexionar sobre la larga y dolorosa sensación de soledad y aislamiento social, tanto en su casa como en el colegio, y más concretamente sobre la ausencia de figuras de apego claves y de relaciones con iguales. A medida que comenzó a desarrollarse una sensación de confianza y de apertura, el terapeuta procedió a animar a Bill a reflexionar acerca de la evolución de la alianza terapéutica, los lazos afectivos y la confianza. Ello fue de utilidad para alentar a Bill a reflexionar sobre unas experiencias relacionales diametralmente diferentes e inconsistentes. Bill y el terapeuta comenzaron a tomar en consideración cómo podían servirse de la alianza terapéutica para ayudar a Bill a comunicarse más eficazmente con los demás, particularmente con el personal de la unidad y con los miembros de su familia.

Patricia

Patricia contactó con su terapeuta seis meses después de finalizar una primera fase de terapia cognitiva subsiguiente a su primer episodio psicótico. Había notado que sentía unos niveles más elevados de depresión, pensamientos disgregados [presión del pensamiento], incapacidad de concentrarse y suspicacia, incluidas ideas de referencia. Patricia atribuía estas experiencias a la posibilidad de recaer y de que volviera a oír voces. Tenía la impresión de que había “perdido de vista lo más importante”, [de que había bajado la guardia] y había empezado a beber y alternar en exceso. Sentía que estaba mentalmente enferma y se veía a sí misma en un futuro sola y abatida. Su habla reflejaba impulsividad [presión del habla], confusión, rumiación y preocupación. Durante las tres primeras sesiones, el terapeuta la alentó a manifestar sus emociones y a reflexionar sobre sus sentimientos y la relación entre los sentimientos y los acontecimientos. Un tema clave era la sensación de que su familia la presionaba para que todo le saliera bien. Después pasó a hablar de la pérdida de su madre tres meses atrás. El terapeuta trabajó con mucho tacto y amablemente con Patricia a fin de analizar la relación entre la sensación de pérdida, la depresión y la presión por sacar muchas cosas adelante [por triunfar o conseguir grandes logros]. La paciente comenzó a reflexionar sobre el modo en que la pérdida de su madre había hecho que se le viniera encima la sensación de responsabilidad en relación con el cuidado de su padre y la necesidad de no tolerar ni de aceptar en ella ninguna emoción negativa. Con la ayuda de esta interpretación de la compleja interacción entre los distintos afectos, la presión del habla y la incoherencia de la narrativa comenzaron a remitir.

La evolución del discurso terapéutico

Durante el proceso de implicación, y de hecho a lo largo de toda la terapia, el discurso terapéutico pretende armonizar con la experiencia emocional de la persona y ayudarla a sentir sus emociones y desarrollar una narrativa personal autorreflexiva. Dentro de esta narrativa, el terapeuta y el paciente pueden analizar el desarrollo de un sentido de participación activa y de control personal por parte del paciente. La velocidad a la que se desenvuelve este proceso dependerá de una serie de factores, incluida la alianza terapéutica, la capacidad que tenga la persona de tomar conciencia de los afectos negativos, el grado en que la persona se ha quedado traumatizada por la experiencia de la psicosis y la posible presencia de otros hechos traumáticos y acontecimientos asociados a experiencias de pérdida, en el caso de guardar alguna relación con las quejas actuales. Los traumas y las pérdidas pueden perturbar el desarrollo de una narrativa coherente y habría que tener mucho tacto a la hora de abordar los fuertes afectos negativos. El terapeuta tiene que trabajar concienzudamente junto con el paciente y calibrar detenidamente la capacidad que tiene éste de regular los intensos afectos negativos dentro del contexto de la relación terapéutica. En consecuencia, durante la fase de implicación, el terapeuta y el paciente pueden dar prioridad a trabajar las apreciaciones y las respuestas a las emociones por parte del paciente.

La terapia cognitiva se ha venido centrando tradicionalmente en el contenido del discurso del paciente tal como, por ejemplo, la afirmación personal de la idea de que no le quieren y de que los demás no son dignos de confianza. Acto seguido, el discurso terapéutico se concentra en cómo han ido evolucionando estas creencias con el tiempo, así como en los factores psicológicos, interpersonales y ambientales que mantienen dichas creencias. Este proceso de exploración es útil de cara a confeccionar y desarrollar modelos alternativos para explicar la experiencia. Ahora bien, la *formulación* del discurso del paciente también tiene su importancia. La formulación del discurso describe cómo las narrativas se van desarrollando las narrativas durante la interrelación terapéutica, la forma y la estructura que reviste la expresión de las ideas. Ello incluye también la forma como el terapeuta

aborda los aspectos más difíciles o conflictivos de la narrativa del paciente. Tomemos en consideración el siguiente ejemplo, en el que al paciente se le alienta a reflexionar sobre la calidad de las relaciones con sus iguales con anterioridad a la aparición de la psicosis:

T = terapeuta; *P* = paciente

T: Háblame un poco más de aquellos amigos que tenías en la universidad.

P: Todos eran muy despreocupados, se reían y se burlaban de los demás y no tenían dificultad en hacer los trabajos académicos y pasárselo bien. Constantemente me invitaban a salir con ellos y siempre se extrañaban de que yo fuera tan callado.

T: ¿Cómo llegaste a conocerlos?

P: Eran los tíos más guays de la clase y se lo pasaban genial.

T: Parece una gente muy interesante. ¿Decidiste hablar con ellos cuando coincidisteis en la misma clase?

P: No, me sentía incapaz. Me pusieron en el mismo grupo de estudio...

Reflexionando sobre este breve discurso, observamos que la persona hace comparaciones negativas entre sus amigos (“se lo pasaban genial”) y él mismo (“yo era muy callado”). En virtud de ello, su relativa falta de iniciativa personal se refleja en la afirmación de que “Constantemente me invitaban a salir con ellos”. Es interesante que a continuación el sujeto haga una valoración negativa de sí mismo. En lugar de concentrarse en los contenidos cognitivos de esta valoración, el terapeuta continúa indagando sobre el sentido de auto-gestión y participación activa del paciente preguntando: “¿Cómo llegaste a conocerlos?”. Una vez más, la persona responde ofreciendo una valoración positiva de los demás, tal vez para evitar centrar la atención en sí mismo. Ello se refleja adicionalmente a través de la forma en que se desenvuelve la narrativa entre el sujeto y el terapeuta. No da la sensación de ser una rememoración consistente y fluida. En su lugar, parece más bien un relato forzado y fragmentario. El cometido terapéutico inmediato tal vez sea proseguir el desarrollo de una narrativa autobiográfica reflexiva y más vívida:

T: ¿Te acuerdas de cuándo fue la primera vez que les hablaste?

P: No...

T: Trata de pensar en la primera vez que vuestro grupo de estudio se reunió y estábais todos en la misma habitación.

P: ... No sabía muy bien lo que decir. No me acuerdo de en qué estábamos trabajando, pero no sabía cómo empezar. También ellos parecían estar perdidos. Se reían del profesor y de su jersey de cuello de cisne. Me parecían graciosos, pero me sentía nervioso al mismo tiempo...

En momentos como éste es útil perseverar en determinadas situaciones particulares y alentar el despliegue de un relato más activo, donde el centro de atención recaiga sobre la persona como agente autónomo dentro de la situación, lo que en última instancia contribuirá al desarrollo de una narrativa más coherente de sí mismo.

Formulación del caso

Principios generales

El desarrollo de una formulación individualizada de los problemas, el estrés emocional y las dificultades de relación de la persona, ocupa el centro de la terapia cognitiva. En lugar de ser una explicación cerrada y definitiva de los orígenes y el mantenimiento de un problema o una serie de problemas en particular, la formulación constituye un modelo de referencia abierto y elaborado en colaboración con el paciente respecto de la adaptación de la persona a las experiencias estresantes propias de un episodio psicótico y su recuperación respecto de dichas experiencias. La formulación es funcional en el sentido de que ayuda a la persona y a su terapeuta a llegar a un acuerdo respecto de los objetivos y los cometidos de la terapia. En este sentido, por tanto, una formulación activa y dinámica impulsa la evolución de la terapia psicológica y se desarrolla a medida que va avanzando el tratamiento. La aparición de nueva información se añade e incorpora colaboradoramente al modelo de referencia. De

esta forma, con el tiempo el desarrollo de una formulación comprensiva debería ayudar a darle un sentido a las dificultades del sujeto en los diferentes niveles de su funcionamiento, a sus estrategias y sus relaciones interpersonales problemáticas, además de a sus vivencias sintomáticas y emocionales.

La comprensión de los antecedentes y las circunstancias que rodearon el inicio de las experiencias psicóticas puede ser de un valor inestimable con vistas a determinar el origen de las creencias y convicciones personales que podrían haberse desarrollado ulteriormente. La elaboración de una narrativa que incluya la historia personal del individuo y sus distintas experiencias a lo largo de su vida puede ayudar al descubrimiento de factores relevantes y de posibles desencadenantes. Este proceso pretende implicar activamente al individuo en la elaboración de una explicación de sus dificultades. La formulación del caso ofrece un marco conceptual donde poder representar las dificultades psicológicas de la persona, además de servir de base para la evaluación y la planificación de la terapia. Persons (1989) propone una concepción según la cual los problemas psicológicos tienen lugar en dos niveles diferentes: *dificultades manifiestas* y *mecanismos psicológicos subyacentes*. Las dificultades manifiestas son los problemas con los que se presentan los pacientes tales como la depresión, los problemas de relación, la procrastinación, la ansiedad social o la imagen corporal. Las dificultades manifiestas se pueden descomponer en sus distintos elementos incluyendo: emociones (e.g. turbación, miedo y vergüenza), conductas (e.g. complacer a los demás, evitación, pasividad) y pensamientos (e.g. visión respecto de sí mismo, los demás, el mundo y el futuro) específicos. Los mecanismos psicológicos subyacentes son las estructuras, procesos o dificultades psicológicas hipotéticas que fundamentan y generan las dificultades manifiestas. De esta forma, la formulación del caso puede ayudar a hacer que los problemas parezcan más lógicos y coherentes en el sentido de que la comprensión de los procesos subyacentes puede contribuir a sintetizar una serie de problemas en unas pocas áreas problemáticas que comparten un mecanismo subyacente común. La formulación puede subrayar adicionalmente la

relación existente entre dichas áreas problemáticas y, en particular, la formulación clínica evolutiva respecto de la génesis de determinadas dificultades específicas puede ofrecer un marco abarcador y manejable que permita comprender las dificultades complejas que podrían parecer extremadamente abrumadoras y arrasadoras.

Otro de los componentes importantes de cualquier formulación clínica son las evidentes consecuencias para el tratamiento y las estrategias y técnicas específicas de intervención. La formulación clínica pretende ayudar a la persona a priorizar lo que siente que es más importante o esencial en ese momento. También permitirá subrayar la relación y la interdependencia existente entre las emociones y determinadas interacciones o conductas, lo que ayudará a priorizar determinadas áreas de intervención. A menudo parecerá que no se está logrando el avance terapéutico dentro del marco temporal prefijado, o que al paciente le puede resultar mucho más difícil de lo que esperaba realizar determinados cambios acordados previamente o bien llevar a la práctica determinadas estrategias. Estos obstáculos en el camino son indicadores importantes con vistas a pulir y a revisar tanto la formulación como las correspondientes estrategias de intervención.

Paul Chadwick y colaboradores (2003) estudiaron el efecto de la formulación clínica en las personas aquejadas de psicosis. La formulación del caso constaba de un diagrama y una carta adjunta. La formulación diagramática contenía un análisis del mantenimiento del problema (esto es, de los distintos vínculos entre los pensamientos, los sentimientos, la fisiología y la conducta), los desencadenantes del problema actual, el inicio del problema actual (o de incidentes cruciales), los supuestos subyacentes, las creencias nucleares y las experiencias formativas claves. La carta adjunta describía la formulación del caso utilizando en la medida de lo posible las propias palabras de la persona. La carta describía posibles objetivos de cara a la terapia, planteaba la idea de que las creencias delirantes de la persona no fueran tanto hechos reales, sino formas de darle un sentido a la experiencia, y finalmente identificaba una serie de posibles riesgos para la alianza terapéutica. La formulación clínica no mejoraba la alianza terapéutica según la valoración del propio sujeto (medida a través

del *Helping Alliance Questionnaire*: Alexander & Luborsky, 1986), si bien sí tenía un efecto significativo sobre la valoración de dicha alianza por parte del terapeuta. La formulación del caso no reducía la ansiedad ni la depresión. De los 18 sujetos participantes, a 9 les pareció de ayuda la formulación del caso, 6 se sintieron tranquilizados, animados y más esperanzados, y 3 sintieron que su terapeuta les había comprendido. Seis de los participantes comunicaron reacciones emocionales negativas, particularmente en respuesta al hecho de tomar conciencia de la duración, la cronicidad y los orígenes de sus problemas. Si bien la formulación del caso no generaba cambios en las variables medidas, ello no quiere decir que la formulación clínica no tenga ningún valor. De hecho, es necesario que pensemos en unos términos funcionales respecto del papel de la formulación del caso en la realización de una serie de diferentes cometidos durante el transcurso de la terapia, adaptados al estado mental de la persona con respecto a la vinculación. Este es el principio rector de la formulación de casos en el presente manual de terapia.

Formulación de casos dentro del marco de la terapia cognitivo-relacional

En la elaboración de la formulación del caso, el terapeuta tiene que reflexionar sobre una serie de cuestiones importantes. Por ejemplo, ¿cuál es el objetivo de la formulación del caso en este momento de la terapia? ¿Qué elementos de la formulación del caso es importante enfatizar? ¿Cuáles serían las posibles reacciones positivas y negativas que podría suscitar la formulación? ¿Convendría utilizar una formulación diagramática o una formulación por carta? Estas preguntas mueven al terapeuta a pensar en la importancia estratégica y el contexto relacional de la formulación del caso. Durante la fase inicial de estimulación del compromiso, lo cual puede abarcar un período de tres meses, un objetivo terapéutico crucial de la formulación es reforzar la alianza terapéutica y la implicación. Con objeto de alcanzar este importante objetivo, existen una serie de ele-

mentos esenciales dentro de la formulación del caso que habría que tomar en consideración:

- *Un listado (una declaración) de los problemas de la persona y de los correspondientes objetivos asociados.* Esto debería redactarse en la medida de lo posible de manera que reflejara el propio lenguaje y la propia narrativa del sujeto, sirviéndose de citas extraídas del discurso terapéutico.
- *Validación del estrés emocional de la persona.* El terapeuta aprovecha la oportunidad de reconocer el padecimiento del paciente y contextualizar sus experiencias. El papel del terapeuta en este caso consiste en transmitir un marco compasivo de interpretación. Ello es importante porque puede que a menudo los sujetos utilicen sus problemas como evidencia en favor de la valoración negativa que hacen de sí mismos. Por ejemplo, adviértase la diferencia entre la valoración “mi depresión es señal de mi anormalidad” por contraste con “mi depresión se ha desarrollado como una reacción comprensible al hecho de estar hospitalizado”.
- *La hipótesis del terapeuta respecto de los mecanismos psicológicos subyacentes.* De acuerdo con Persons (1989), la formulación clínica contiene la formulación de una hipótesis respecto de cuáles son los posibles mecanismos psicológicos subyacentes que están manteniendo los problemas de la persona, bloqueando la recuperación o incrementando la vulnerabilidad a la recaída. El centro de interés de la formulación se ajusta al estilo de recuperación del paciente, su organización vincular y su capacidad de regular los afectos. A modo de ejemplo, en el caso de los sujetos que presentan un estilo de recuperación sobre la base de cerrarse herméticamente y que temen aprensivamente o evitan las figuras de apego, el terapeuta procede con cuidado a la hora de juzgar la cantidad de afecto que podría generarse por el hecho de hipotetizar que las relaciones problemáticas de la primera niñez estarían a la base de sus problemas actuales. Evidentemente, es probable que semejante formulación llame la atención del paciente sobre las relaciones de apego de forma que genere unos afectos negativos.

Llamar la atención del paciente de esta forma en los inicios del proceso de implicación puede conducir contraproducentemente a incrementar la preocupación aprensiva en relación con las figuras de apego, incluido el terapeuta.

- *Valoración de la alianza.* Este es un aspecto de la formulación que llama la atención del paciente respecto del valor que tiene la relación terapéutica. Ello puede consistir simplemente en una declaración del valor que la alianza reviste para el terapeuta, o bien en un reflejo del discurso que ha tenido lugar dentro de la terapia.
- *Un listado de tareas.* Este es un aspecto adicional de la formulación, que expone los cometidos propuestos para la terapia. La planificación de estos cometidos puede ser a corto, medio o largo plazo. Dichos cometidos aparecen definidos por la interrelación entre los problemas y objetivos del paciente, por un lado, y la hipótesis del terapeuta respecto de cuáles podrían ser los mecanismos subyacentes, por otro.

Ejemplo de un caso

A continuación aparece un ejemplo de la carta de formulación de su caso que su terapeuta le envió a Bill. A lo largo del discurso terapéutico, la terapeuta advirtió que Bill idealizaba a sus familiares pero al mismo tiempo los despreciaba, a su familia y a otras muchas personas. La terapeuta se dio cuenta de que desde hacía mucho tiempo Bill tenía dificultades a la hora de relacionarse con los demás. Adicionalmente, también advirtió la presencia en Bill de sentimientos muy intensos de agresividad, humillación y suspicacia, a pesar de que el propio Bill no admitiera sentir ninguna agresividad ni desconfianza hacia los demás. La terapeuta quería fortalecer la alianza terapéutica y subrayar la idea de compartir un mismo enfoque con vistas a la recuperación. En consecuencia, los elementos claves de la formulación fueron: (1) validación y contextualización del estrés emocional; (2) comunicación de una comprensión compasiva del estrés emocional de Bill; y (3) desarrollo de un listado de tareas o cometidos terapéuticos de mutuo acuerdo.

Querido Bill,

Hace poco hemos hablado un poco más de lo que significa para ti estar en la unidad. Dijiste que te sentías trastornado, enfadado e inmovilizado. Dijiste que tu problema principal en este preciso momento era estar ingresado, tener que tomar una medicación y estar aquí inmovilizado dentro de la unidad. También sientes con mucha fuerza que tu auxiliar especializado y tu médico no te escuchan. El problema más penoso es estar aquí inmovilizado dentro de la unidad. Con frecuencia te sientes anonadado, especialmente cuando piensas en cómo viniste al hospital y en los cortes que te hiciste contra tu voluntad. Te sentiste anonadado en la reunión para tu revisión semanal. Han sido tantos los sentimientos y pensamientos que te han estado rondando por la cabeza. Esto hace que te resulte difícil comunicarte con claridad. Me dijiste que habías tenido un disgusto con tu abogado porque no entendían tu forma de ver las cosas. Me parece que hemos podido hablar de algunas de tus experiencias y tengo la impresión de que nos llevamos bien. Me estaba preguntando si una de las tareas importantes que podemos tomar en consideración no podría ser la de trabajar juntos para encontrar la forma de ayudarte a no perder los nervios y poder hacerles saber a los demás lo que piensas, incluso en el caso de que los demás no coincidan contigo, como está ocurriendo de hecho con tu médico.*

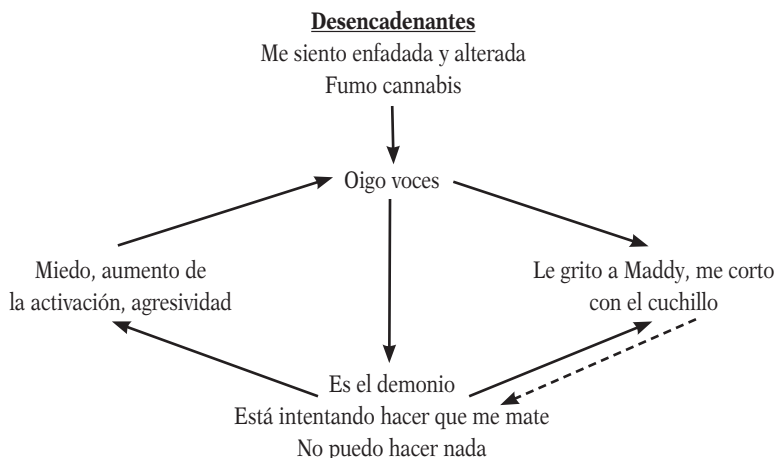
Una terapeuta

* *N. del T.*: La carta abunda en giros coloquiales [e.g. *being stuck on* (estar aquí clavado), *you had fallen out with* (tuviste un disgusto con), *we get on well* (nos llevamos bien), *to keep your cool* (no perder los nervios)], extraídos probablemente del propio discurso del sujeto (como se recomendaba en los principios generales para la formulación de casos), y que se pierden necesariamente con la traducción.

Formulación diagramática

El terapeuta puede decidir servirse o no de una formulación diagramática para ilustrar los mecanismos sugeridos que subyacen al desarrollo y el mantenimiento de los problemas. Es útil que el terapeuta repase las ventajas y desventajas de utilizar formulaciones básicas sobre el mantenimiento del problema por contraste con las formulaciones históricas (biográficas). Las formulaciones básicas sobre el mantenimiento del problema describen de qué modo los factores psicológicos tales como las creencias y las conductas mantienen el estrés emocional o impiden refutar las creencias del paciente. En la figura 5.4 aparece un ejemplo que muestra cómo la interpretación que la persona hace de su experiencia de oír voces la lleva a sentir miedo y agresividad, y cómo sus reacciones conductuales podrían estar manteniendo inadvertidamente su creencia de que no puede hacer nada y por tanto debe acatar, cuanto menos parcialmente en este caso, las peticiones de las voces.

Figura 5.4. Ejemplo de formulación del mantenimiento del problema



Fuente: Extraído de Morrison (2001): The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **29**, 257-276.

Las ventajas de la formulación diagramática básica estriban en que se centra en el aquí y ahora, hace explícitos los procesos implicados en el mantenimiento del estrés emocional y desglosa un problema en sus distintos componentes. Las formulaciones históricas, por contraste, ofrecen una mayor y más compleja información, al tiempo que identifican dificultades subyacentes que podrían ser de larga duración. Por otro lado, las formulaciones históricas pueden confundir o abrumar, volver a abrir cuestiones que ya habían sido cerradas previamente y generar un afecto substancial, pero también pueden parecer reduccionistas y sobresimplificadoras.

Según nuestra experiencia lo más beneficioso es mantener la formulación fiel al problema y los objetivos acordados y especificar los cometidos de la terapia dentro de dicho contexto. En este sentido, la inclusión de experiencias más tempranas dentro de la formulación estaría justificada por la referencia del paciente a las mismas como un factor relevante para los progresos terapéuticos, en lugar de tratar de formular la totalidad de la compleja exposición clínica y de la historia, lo cual podría hacer que las dificultades del paciente parecieran intangibles dentro del contexto terapéutico. Una vez dicho esto, puede ser útil que el terapeuta sea consciente del efecto de las experiencias más tempranas sobre la evolución del discurso terapéutico y la actitud interpersonal del paciente. Ello le ayuda al terapeuta a adaptar la implicación, la reflexión y el discurso emocional durante el transcurso de la terapia.

Conclusiones

El objetivo principal del compromiso y la formulación es el desarrollo de un discurso compartido y colaborador cuidadosamente adaptado a las vivencias emocionales del paciente. Durante este discurso, el terapeuta va elaborando cuidadosamente el proceso de implicación para que responda a la interacción entre el estilo de recuperación, la organización vincular y la relación terapéutica. Es crucial a este respecto analizar la naturaleza de los problemas

del paciente además de sus objetivos, y comunicar un modelo de referencia compasivo y validador. Al facilitar un discurso de tales características, el terapeuta puede entonces comenzar a brindar el armazón necesario para posibilitar la evolución de una narrativa autorreflexiva que permita el desarrollo de una sensación de participación activa, control y esperanza por parte del paciente. Dicha narrativa es una narrativa de autoaceptación, en la que el afecto negativo les permite al terapeuta y al paciente colaborar en la elaboración de los significados de las experiencias y de las vivencias. En este sentido, la terapia cognitivo-relacional no pretende discutir, racionalizar ni refutar las creencias ni las conductas interpersonales del paciente. Ello podría ser fundamentalmente invalidante. En su lugar, el desarrollo de una formulación compartida, compasiva, autorreflexiva y enraizada en las vivencias del paciente, ofrece una base para que el paciente pueda elegir y consolidar otras perspectivas y estrategias relacionales alternativas. En el presente texto, nos proponemos ilustrar las distintas técnicas terapéuticas a través de la descripción de posibles marcos terapéuticos hipotéticos. Cada uno de ellos se describen en los capítulos sucesivos.

ESTRATEGIAS COGNITIVAS E INTERPERSONALES ESPECÍFICAS PARA LA RECUPERACIÓN Y LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS **III** DESPUÉS DE PASAR POR UNA PSICOSIS CLÍNICA

6

Reorganización de la identidad durante la recuperación: trabajar la humillación, la paralización y la pérdida

Introducción

El efecto de experiencias impactantes y opresivas (o de acontecimientos vitales demoledores, tales como una dolencia psicótica)... da origen a un mecanismo defensivo interno que fuerza al sujeto a “rebajarse” y someterse a los demás, particularmente en el caso de que todas las salidas parezcan estar bloqueadas (*entrapment*). Dicho mecanismo puede acompañarse de cogniciones “autodestructivas” conducentes a sentimientos de inferioridad y de culpabilidad (Birchwood *et al.*, 2000b).

Birchwood y colaboradores (1993, 1998, 2000a, 2000b) han logrado verificar la importancia de los distintos aspectos de los acontecimientos vitales en la adaptación emocional a la psicosis. En el caso de la depresión postpsicótica (*Post-Psychotic Depression*, PPD), Birchwood y colaboradores (2000a) han puesto de relieve que la PPD aparece independientemente de los cambios acontecidos en otros problemas asociados a la psicosis, incluidos los síntomas positivos y negativos. Adicionalmente, el desarrollo de la PPD estaría vinculado a sensaciones negativas de vergüenza, humillación, ausencia

de salida y pérdida a raíz de la experiencia psicótica (Birchwood *et al.*, 1993; Rooke & Birchwood, 1998; Iqbal *et al.*, 2000b), niveles más elevados de introspección (Iqbal *et al.*, 2000b) y niveles más bajos de autoestima (Birchwood *et al.*, 1993; Iqbal *et al.*, 2000b). Gumley *et al.* (2004) informan de que los sujetos que padecen un trastorno de ansiedad social dentro del contexto de una dolencia psicótica tienen más sensación de culpa, paralización, vergüenza, y menor autoestima. Gumley y colaboradores (Karatzias *et al.*, en prensa) también han estudiado la incidencia de la comorbilidad en 144 sujetos aquejados de psicosis, sirviéndose de la entrevista clínica estructurada para la evaluación de los criterios del DSM-IV (First *et al.*, 1997). De entre ellos, el 47,2 por ciento adolecían de un trastorno de ansiedad (e.g. trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada, crisis de angustia, ansiedad social) o bien de un trastorno afectivo (e.g. depresión mayor). Dentro de este grupo, la baja autoestima y la elevada sensación de ausencia de salida estaban ambas asociadas a la presencia de un trastorno psicológico concurrente.

Los acontecimientos vitales y sus distintos aspectos

Esta línea de investigación tiene sus orígenes teóricos en la tradición del estudio de las experiencias o acontecimientos vitales (Brown & Harris, 1978, 1995). Sobre la base de la bibliografía existente tanto acerca de los acontecimientos vitales como del rango social (e.g. Gilbert, 1992; Brown *et al.*, 1996; Kendler *et al.*, 2003), los elementos principales de los sucesos vitales estresantes parecen estar relacionados con la pérdida (Brown & Harris, 1978), la humillación (Farmer & McGuffin, 2003; Kendler *et al.*, 2003), la sensación de estar atrapado y de no ver ninguna salida (Harris *et al.*, 1987) y el peligro (Kendler *et al.*, 2003). Además, incluida implícitamente dentro de la definición de “acontecimiento vital grave” se sobreentiende que existe la percepción de un cierto grado de amenaza inherente a la experiencia vital en cuestión. A continuación nos ocuparemos de definir sucesivamente cada uno de estos elementos.

George Brown y colaboradores (1995) han ampliado el concepto de pérdida más allá de la muerte y la separación, con objeto de incluir la pérdida del papel o la función social (e.g., trabajador, pareja, progenitor) o la pérdida de una idea muy querida [un ideal] (e.g. la de compartir una relación estable). La pérdida, según esta definición, implica “una disminución de la sensación de estar relacionado o de la sensación de bienestar en relación potencialmente con todos los aspectos de la vida” (citado en Kendler *et al.*, 2003). De hecho, la utilización de esta definición más amplia de lo que sería una experiencia de “pérdida” ha demostrado ser de utilidad a la hora de explicar la cualidad depresógena de los acontecimientos vitales estresantes (Brown *et al.*, 1995; Kendler *et al.*, 2003). Dentro del contexto de la psicosis, la pérdida puede implicar la pérdida de amistades y de relaciones, la pérdida de lo que se percibe como el estatus actual y futuro, o bien la pérdida del papel o la función social.

El peligro tiene que ver con un elemento prospectivo, el cual gira en torno a la percepción del individuo de que junto con la ocurrencia de un hecho, existe la probabilidad asociada de que vuelva a suceder. Otra opción es que el hecho en cuestión también pueda significar el comienzo de toda una serie de consecuencias desagradables o amenazantes para el individuo (Brown & Harris, 1996). En el caso de la psicosis, el miedo a la recaída y a la reaparición del trastorno suelen estar asociados a niveles elevados de ansiedad y evitación. Por otro lado, la naturaleza estigmatizante de la psicosis puede hacer que la persona tenga miedo de que sus amigos, familiares, jefes y compañeros de trabajo descubran que ha pasado por una experiencia psicótica.

Dentro del marco de los sucesos vitales, la humillación se define como la sensación de sentirse desvalorizado o “degradado”, con los consiguientes efectos negativos para el concepto de sí mismo (Brown, 2002). Inherente a esta definición está la cuestión de la evaluación por parte de los demás. En el contexto de la psicosis, la humillación puede surgir a raíz de acontecimientos tales como un ingreso forzado, la sensación de que los vecinos y demás personas están juzgando negativamente a la persona, o también a partir de la experiencia de síntomas específicos, tales como las voces.

La sensación de estar atrapado se define como la estimación de que una situación o un hecho tiene una consecuencias o ramificaciones negativas constantes que en el mejor de los casos persistirán tal cual, y que perfectamente podrían incluso agravarse. En el contexto de la psicosis, es probable que la sensación de estar atrapado surja a raíz de la experiencia de un reingreso o una recaída reiterados, o bien de las experiencias psicóticas persistentes.

Estos elementos también pueden contemplarse desde la perspectiva de la teoría evolutiva, particularmente tal como aparece formulada en la teoría del rango social de Paul Gilbert (Gilbert, 1989, 1992). Por ejemplo, una pérdida –ya sea la de una persona importante, a causa de la muerte o la separación, o bien la de un ideal– puede muy bien tener consecuencias sociales en el sentido de una disminución de la “capacidad de atraer la atención social” (*Social Attention-Holding Power*”, SAHP: Gilbert, 1989). Dicho concepto evolutivo se refiere a la forma en que las personas necesitan presentar una fachada externa respecto de sí mismos que sea deseable y atractiva para los demás (tanto en un sentido físico como social), siendo el objetivo persuadir a los demás para que “inviertan” en nosotros. Las consecuencias de tener una más que aceptable SAHP incluyen el ser percibido como alguien que goza de un estatus social o que cae bien a los demás, además de ser valorado, respetado y deseado (Gilbert, 1997; Sloman *et al.*, 2003). Por el contrario, las consecuencias de percibir que uno tiene una escasa SAHP incluyen baja autoestima, retracción y evitación; uno siente que tiene poco o ningún valor a nivel social.

En segundo lugar, los acontecimientos o las dificultades pueden dañar directamente el sentido de la propia identidad al forzar a la persona a adoptar una posición de inferioridad. Por ejemplo, a menudo las relaciones abusivas incluyen que la persona maltratada se vea obligada a someterse y subyugarse a otra persona más poderosa. Esta sensación de verse despojado del propio poder, autoridad o capacidad de influencia ejerce un impacto directo sobre la autoestima (Gilbert, 1989, 1992).

En tercer lugar, la sensación de estar atrapado se puede entender en términos de la teoría del rango social como un “bloqueo de

la salida” (Gilbert, 1989). La magnitud del acontecimiento es tal que el sujeto queda “confinado” dentro del mismo. La sensación de confinamiento o de restricción se relaciona con el estar condenado al papel de subordinado y de socialmente marginado. Ello suele derivar en que la persona percibe tener menos recursos internos al alcance para poder salir de esta situación o reducir el estrés emocional. Adicionalmente, la consiguiente reducción de la percepción del atractivo que uno pueda tener para los demás implica que se produce una pérdida concomitante de los recursos interpersonales disponibles que pudieran ayudar a salir.

Por mucho que puedan influir estos aspectos tomados por separado, existe también una considerable interacción de unos con otros. Brown y colaboradores (1995) proponen que a pesar de que cada uno de los aspectos anteriores implica una quiebra a nivel social e interpersonal, el efecto depresógeno es más acusado cuando los distintos aspectos se solapan o se suman. A menudo, un acontecimiento vital negativo grave implicará varios aspectos diferentes. Por ejemplo, la pérdida del puesto de trabajo por despido implica la sensación de pérdida de un papel o función valorados y la pérdida de relaciones con los demás, un peligro en virtud de las posibles repercusiones económicas, sociales e interpersonales, y una humillación debido al hecho de estar sujeto a las decisiones no deseadas de otras personas con poder. De hecho, los autores proponen una jerarquía para valorar el significado de un acontecimiento a nivel de estos distintos aspectos. Dentro de dicha jerarquía, se le concede prioridad a la humillación –por la vía de la separación por iniciativa de un otro, el abandono o la dejación de los demás o la “degradación”– seguida de la sensación de estar atrapado, la pérdida y finalmente el peligro.

El papel clave que desempeñan los acontecimientos vitales graves humillantes o paralizadores en la depresión, ha sido confirmado por Brown *et al.* (1995). Dentro de esta muestra, el 85 por ciento de los sujetos que desarrollaron una depresión vivieron un acontecimiento vital grave dentro del período de los seis meses que precedieron al inicio del trastorno, y unos tres cuartos de dichos sujetos habían pasado por un acontecimiento que había sido humillante o parali-

zador. Estos acontecimientos solían incluir una pérdida. Se encontraron resultados similares en una serie de pacientes que ya estaban recibiendo tratamiento por depresión. En el 22 por ciento de los episodios depresivos aparecía implicada una experiencia real de pérdida por vía de una muerte o de una separación, sin humillación ni paralización asociadas. Finalmente, los resultados también sugerían que muchas de las experiencias implicaban la pérdida de la sensación de control por parte del individuo. En un estudio de 7.322 gemelos, Kendler y colaboradores (2003) investigaron los distintos aspectos de los acontecimientos vitales como predictores de la depresión mayor, la ansiedad generalizada y los episodios mixtos de ansiedad y depresión. Los acontecimientos que suponían una elevada amenaza aparecían significativamente asociados al inicio de alguna perturbación o trastorno emocional. El riesgo de desarrollar una depresión o una mezcla de ansiedad y depresión era más elevado allí donde se daban acontecimientos vitales relacionados con la pérdida y la humillación. Un mes después de que ocurriera el suceso vital, las valoraciones de paralización y de peligro predecían el inicio de una mezcla de ansiedad y depresión. El riesgo de desarrollar un cuadro de ansiedad generalizada era mayor allí donde se daban acontecimientos vitales relacionados con la pérdida y con el peligro. Tres meses después de que ocurriera el acontecimiento vital, únicamente las valoraciones de peligro predecían la ansiedad generalizada. En consecuencia, para comprender la génesis de la ansiedad y la depresión es preciso considerar: (1) el solapamiento entre los distintos aspectos de los acontecimientos vitales; (2) el potencial depresógeno y ansiógeno de las valoraciones de pérdida, paralización, humillación y peligro.

A continuación debemos preguntarnos si los distintos aspectos de los acontecimientos vitales delimitan o determinan la psicosis clínica. Estudiando los mecanismos psicológicos subyacentes al desarrollo de una PPD [depresión postpsicótica], Birchwood y colaboradores (1993, 1998, 2000) redefinieron la psicosis como un acontecimiento vital grave, la valoración del cual genera una reacción depresiva. En la muestra transversal original (1993), el 29 de los

pacientes diagnosticados de esquizofrenia padecían una depresión comórbida. El factor decisivo que permitía diferenciar a los pacientes psicóticos deprimidos de los no deprimidos era la percepción del control respecto de la enfermedad, al tiempo que la ausencia de control sobre la enfermedad se asociaba a la depresión. A este fenómeno se lo denominó ulteriormente “paralización”, esto es, confinamiento, reclusión, en estudios subsiguientes. Ello coincide totalmente con la definición de Beck (1976) de la desesperanza en relación con el locus externo de control, por la que el sujeto percibe que no tiene ningún control sobre los acontecimientos externos. A nivel metodológico, por contraste con la valoración objetiva de la gravedad y los distintos aspectos de los acontecimientos vitales que hacen Brown & Harris (1978), los citados estudios sobre los trastornos psicóticos recurrían a la información que brindaban los propios sujetos acerca de la valoración de la psicosis en general más que en relación con una situación o acontecimiento específico.

Un ulterior análisis de seguimiento, que incluía a 47 de los 49 participantes originales, amplió todavía más el concepto de psicosis como acontecimiento vital grave (Rooke & Birchwood, 1998). Los resultados sugerían una prevalencia estable y consistente de la depresión dentro de la muestra de psicóticos. Es más, en los pacientes psicóticos deprimidos había también una clara estabilidad en la valoración que hacían respecto de la pérdida de la función social y de la autonomía, así como en la atribución de la responsabilidad de la psicosis a algo dentro de ellos mismos (culpabilización). La paralización (en el sentido de una ausencia de control sobre la psicosis) se predecía mediante la valoración basal de la paralización más la situación de ingreso involuntario. Los autores atribuyen estos resultados a los efectos sociales secundarios “en cadena” de padecer una psicosis, tales como el ingreso involuntario, la pérdida del empleo y del estatus, y el estigma. Los autores también enfatizan la capacidad que tenía la psicosis de limitar seriamente los logros tanto personales como interpersonales [relacionales].

Trabajos con una muestra longitudinal (n=105) más amplia (Birchwood *et al.*, 2000; Iqbal *et al.*, 2000) replicaron estos resulta-

dos, y también relacionaron la baja autoestima con la PPD [depresión postpsicótica]. Iqbal y colaboradores sugieren que el modelo de rango social (Gilbert, 1992) explica estos hallazgos, en base a definir la psicosis como un hecho real aplastante que obliga a bajar de rango y a la sumisión, lo que después se convierte en una suerte de “trampa” por la vía de los efectos “en cadena” mencionados más arriba. Los autores también se refieren a la propuesta de Lazarus & Folkman (1984) que subraya las reacciones emocionales iniciales que acompañan a los acontecimientos vitales catastróficos, tales como la rabia, la incredulidad y la depresión. Las reacciones emocionales individuales frente a la psicosis pueden entenderse como un proceso de duelo y aflicción, como sugirió Bowlby en 1980.

El modelo de Bowlby acerca de la pérdida

Originalmente Bowlby describió la pérdida permanente como una versión ampliada de la reacción normal del bebé frente a la separación (tal como aparece documentada en Ainsworth *et al.*, 1978). El proceso de duelo postulado por Bowlby consta de cuatro etapas: (1) entumecimiento, insensibilidad; (2) nostalgia, búsqueda y rabia; (3) desorganización y desesperación; y finalmente (4) reorganización (Holmes, 1993). Inicialmente, la insensibilidad [entumecimiento] permite bloquear las reacciones emocionales frente a la pérdida, constituyendo una estrategia a corto plazo hasta que “no haya peligro” en dar salida a la emoción y desahogarse. La segunda etapa es similar a las “protestas” del bebé ante el hecho de verse separado; la figura añorada es buscada, al igual que cualquier información que pudiera contradecir la pérdida. Finalmente, en la etapa de desorganización y desvinculación se afronta el carácter permanente y definitivo de la pérdida. La persona se enfrenta entonces con la realidad de que los lazos afectivos se han roto y debe proceder a reorganizar los modelos-guía internos o los esquemas correspondientes a dicha relación para poder seguir adelante en el día a día. Todas estas fases pueden desempeñar un papel en la génesis del duelo atípico

(Bowlby, 1980; Shaver & Fraley, 1999). Adicionalmente, llegados a este punto conviene recordar que las cuatro fases del duelo no siguen indefectiblemente una secuencia unidireccional, de manera que pueden fluctuar; la reacción frente la pérdida supone, pues, un proceso fluido.

La descripción paradigmática del proceso de duelo fue evolucionando a partir de la concepción inicial de la separación respecto de una figura de apego para generalizarse a la pérdida de un otro cercano. Unos procesos similares estarían implicados en las pérdidas simbólicas o indirectas bajo la forma de otro tipo de acontecimientos vitales o hechos reales. Por ejemplo, la pérdida de empleo o de oportunidades educativas, la pérdida de estatus social, la pérdida de un ideal futuro compartido [de una relación tú-yo], generan una sensación de duelo e impulsan la necesidad de reorganizar las creencias personales, los esquemas interpersonales y las expectativas respecto del futuro. La psicosis suele desencadenar toda una serie de acontecimientos vitales relacionados que limitan la capacidad que tiene la persona de reorganizarse, dado que es preciso reajustar las expectativas sociales e interpersonales, al tiempo que las oportunidades vocacionales, educativas y económicas que contribuirían a encontrar una salida y a recuperarse también quedan limitadas en gran medida. La reacción normal a una pérdida de tales características le permite a la persona compartimentar y devaluar ciertas áreas vitales en favor de otras, lo cual tiene un efecto compensador. Por ejemplo, a una persona puede acabar por parecerle que no es tan importante sacar buenas notas en los exámenes y subrayará el valor concedido a su rendimiento atlético. Las dificultades adicionales relacionadas con la psicosis como acontecimiento vital grave limitan la capacidad de compartimentar la experiencia, dado que todos los aspectos de la propia vida pueden verse afectados en un grado significativo. Este carácter generalizado y omnipresente limita, pues, el proceso de recuperación y adaptación, generando la impresión de sentirse anulado, derrotado y carente de atractivo [social e interpersonal].

El duelo atípico

Las reacciones de duelo consideradas atípicas se corresponden con dos categorías diferentes, de acuerdo con un continuum que va del duelo crónico a la ausencia prolongada de duelo (Middleton *et al.*, 1993). En términos de la teoría del apego, la ausencia de duelo refleja al individuo desligado/evitativo. Bowlby (1980) lo ve como indicativo de una “exclusión defensiva”, de un mecanismo interno de trivialización del impacto emocional con objeto de minimizar el propio dolor. Se sugirió que dicha estrategia dejaba tras de sí una serie de trozos fragmentados de recuerdos y sentimientos “brutos” respecto del ser querido. Cuando dichos recuerdos se ven desencadenados por los acontecimientos o experiencias (e.g. un aniversario), se produce un “rechazo de la supresión” [una anulación de la represión o un “retorno de lo reprimido”] que se avalanza sobre la persona con una intensidad atemorizante (Shaver & Fraley, 1999).

Por contraste, el individuo crónicamente en duelo refleja la conducta del bebé angustiado/ambivalente a raíz de la separación. En respuesta a los cuidados inconsistentes, el bebé angustiado/ambivalente desarrolla una estrategia hiperactiva para mantener el contacto con el cuidador y atraer su atención (Kobak *et al.*, 1993). La pérdida de una figura de apego conducirá entonces al sujeto a hacer una serie de intentos persistentes por conservar la proximidad o la atención de cualquier figura de apego como parte de un esquema relacional generalizado y duradero. Lo que acentúa los sentimientos de angustia, dolor y desorganización asociados a cualquier pérdida o separación (Parkes & Weiss, 1983; Parkes, 1985; Fraley & Shaver, 1999).

En resumen, la descripción que hace Bowlby de la pérdida y el duelo ofrece un modelo procesual de adaptación a largo plazo a la pérdida, lo cual puede ser útil a la hora de analizar el duelo y también los efectos de la pérdida en razón de acontecimientos vitales graves tales como la psicosis. En relación con la psicosis, el modelo de la pérdida y el duelo ofrece un marco clínico y teórico útil con vistas a analizar la adaptación emocional al trastorno psicótico. En uno de los extremos del espectro, observamos que los sujetos se

esfuerzan por bloquear, minimizar y negar la aparición de la psicosis. Este grupo utiliza la estrategia de cerrarse herméticamente para favorecer la recuperación. Este grupo tiene dificultades a la hora de comprometerse terapéuticamente con los servicios de salud mental (Dozier *et al.*, 2001; Tait *et al.*, 2004). Como señalan Dozier y colaboradores, los sujetos con estados anímicos desligados tienen más probabilidades de “evitar las actividades terapéuticas o de abandonar el tratamiento” (2001, p. 74). Estas estrategias desligadas/evitativas pueden, por un lado, ser adaptativas a corto plazo en virtud de minimizar la conciencia del significado y de las consecuencias negativas a nivel social, cultural e interpersonal de la psicosis. Por otro lado, las estrategias desligadas/evitativas pueden ser desadaptativas a largo plazo en base a impedir el procesamiento emocional y el reajuste o la reorganización personal en relación con la psicosis. En el otro extremo del espectro, los sujetos pueden quedar atrapados en un proceso de duelo rumiativo crónico caracterizado por una preocupación persistente, estado de ánimo deprimido, miedo y ansiedad. Esta pauta crónica de duelo se puede observar en los sujetos con más conciencia y más conocimiento de las consecuencias sociales, culturales y relacionales de la psicosis.

Las interferencias en términos de pérdida también puede tener consecuencias más amplias en las personas con psicosis. Por ejemplo, Roy *et al.* (1983) encontraron que la pérdida temprana de los padres predecía la depresión y el suicidio en las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Friedman *et al.* (2002) encontraron que, por contraste con las crisis de angustia, la ansiedad y la depresión mayor, los sujetos con esquizofrenia tenían más del doble de probabilidades de haber pasado por la experiencia de la separación y la pérdida de la madre durante la niñez. Estos datos nos hacen tomar conciencia de que las cuestiones relacionadas con la pérdida que aparecen dentro del contexto de la psicosis, pueden recordar y activar anteriores experiencias de pérdida derivadas del duelo y la separación, pero también pueden reflejar pautas normativas de adaptación a las separaciones, de acuerdo con la concepción de la teoría del apego.

Intervenciones y técnicas clínicas

Hemos podido identificar una serie de áreas terapéuticas claves a lo largo del proceso de ayudar a la adaptación y la reorganización individual después de pasar por una psicosis clínica. Dicha labor terapéutica estaría en función del listado de problemas y de los objetivos personales del paciente tal como fueron establecidos al inicio de la terapia. A continuación describiremos una serie de intervenciones terapéuticas para ayudar a los sujetos en el proceso de reorganización y adaptación a la experiencia de la psicosis. Como parte de este proceso, queremos subrayar la importancia de elaborar un enfoque (un modelo explicativo) normalizador, aceptador y compasivo de las experiencias psicóticas. Enfatizamos la importancia de alentar amablemente la autorreflexión productiva y el procesamiento de aspectos importantes de las experiencias psicóticas de los sujetos. Este proceso de autorreflexión adaptativa se ve dificultado por las estrategias cognitivo-emocionales de tipo evitativo o rumiativo/preocupado, que requieren adaptar las estrategias terapéuticas. A lo largo de este proceso terapéutico también tratamos de orientar a los sujetos para que contemplen desde un ángulo positivo y comprendan las estrategias de que se sirven para afrontar los aspectos emocionales más dolorosos de la psicosis.

A continuación presentamos un ejemplo de discurso terapéutico elaborado a partir del trabajo realizado con Gavin.

Gavin

Gavin ha tenido dos episodios psicóticos, ambos acompañados de un ingreso involuntario en el hospital. Tuvo el primer episodio a la edad de 21 años. Entró en contacto con los servicios de salud a raíz de una sobredosis de paracetamol. Siguiendo la ley de salud mental, fue retenido e ingresado en una unidad para enfermos psiquiátricos agudos durante un período de cinco semanas. En el momento del ingreso, refirió que llevaba tres meses con síntomas persistentes de alucinaciones que le daban órdenes en tono despectivo y, padeciendo manía persecutoria. También estaba

convencido de que le habían implantado un microchip en el cuerpo. No estaba seguro de cuál podía ser la razón. Hablaba de que oía dos voces masculinas, una era de su hermano y la otra correspondía a una persona sin identificar. Las voces hablaban de él. Le decían que era un patán maloliente, feo, gordo y repugnante. Su hermano le decía cuándo tenía que comer, beber y lavarse. También le decía que se hiciera cortes y fue quien le dijo que se tomara la sobredosis. La mayoría de los días obedecía en parte a la voz de su hermano. Estaba convencido de que su hermano intentaba hacerle daño empujándole a suicidarse. En relación con esta voz, Gavin sentía rabia, miedo y pánico. Solía tener pensamientos homicidas en relación con su hermano. La otra voz era indiferente, fría, carente de emoción y cruel. Solía repetir de forma refleja las órdenes de la voz de su hermano. Gavin sentía aversión y malestar en respuesta a esta segunda voz.

Gavin dijo inicialmente que había tenido una educación maravillosa, que todo había ido perfectamente y que su madre y él eran muy buenos amigos. Sin embargo, comentó que su padre era un “bobo inútil” que le había dejado cuando él tenía nueve años. Se acordaba de su padre borracho y violentando a su madre. También recordaba que su padre jamás apareció por los entrenamientos de fútbol a pesar de prometerle repetidamente que lo iba a hacer. Dijo que su madre era cariñosa, leal y divertida. En relación con esto, declaró que su madre jamás lo había rechazado. Habló poco de su hermano, que era cinco años mayor. Dijo que nunca se habían llevado bien y que siempre se estaban peleando. Jamás tuvo una habitación propia ni un espacio donde poder estar solo. Su hermano solía molestarle en el sentido de que se metía con él cuando estaba jugando con otros niños del barrio. Durante la adolescencia, Gavin tuvo problemas relacionados con el consumo de drogas y las autolesiones y automutilaciones repetidas. Seis meses antes de su primer episodio psicótico, murió su tía materna. En relación con esta tía y con su tío, Gavin refirió de buen grado y espontáneamente algunos recuerdos específicos que ponían de relieve que se sentía seguro y querido cuando estaba con ellos.

Analizar la pérdida, la humillación y la sensación de estar atrapado

En esta parte del tratamiento queremos ofrecer un espacio y una oportunidad de reflexión para que los pacientes analicen sus recuerdos autobiográficos específicos respecto de la psicosis y sus reacciones emocionales frente al hecho. Normalmente, solemos encontrarnos con emociones tales como la vergüenza, la turbación y la humillación. Estas emociones suelen estar asociadas a las secuelas de la psicosis, las consecuencias de las experiencias psicóticas o bien al propio diagnóstico, y también pueden incluir las reacciones de los demás. Los pacientes suelen experimentar dificultades a la hora de reflexionar acerca de estos recuerdos específicos, debido a las fuertes emociones asociadas y al carácter interpersonal de sus experiencias. En consecuencia, el terapeuta tiene que encontrar una forma delicada de facilitar este proceso. Ello puede incluir técnicas que ayuden al individuo a salir de la inmediatez y de la intensidad emocional del recuerdo del suceso. Dichas técnicas son igualmente importantes a la hora de elaborar una narrativa autobiográfica coherente que incluya acontecimientos pasados, apreciaciones actuales y expectativas futuras. Por ejemplo, en el caso de los adolescentes más jóvenes el terapeuta puede invitar al joven a confeccionar un guión gráfico o una tira de cómic; en el caso de un adulto, el terapeuta puede invitar a la persona a escribir o contar su historia. Otra opción puede ser que el terapeuta le pida al paciente que se centre en un suceso autobiográfico específico y se sirva de una serie de preguntas para ayudar al paciente a elaborar un contexto más amplio y establecer relaciones con otros sucesos autobiográficos:

- T:* Me estabas hablando de que el ingreso en el hospital te afectó de una forma muy particular. ¿Puedes hablarme un poco más de eso?
- P:* Sí, fue muy fuerte. Llegaron por la tarde, yo acababa de volver de clase; los otros chicos todavía iban camino de sus casas, lo vieron todos, estoy seguro.
- T:* ¿Qué pasó después?
- P:* Bueno, esos hombres ya habían estado hablando con mamá y con papá, así que ya sabían que yo había destrozado mi habitación la noche anterior –al parecer mamá y papá se lo habían contado todo.

T: Eso suena muy penoso.

P: Fue espantoso. Me sentía avergonzadísimo. Se pusieron a hacerme un montón de preguntas, que si me iba bien en el instituto, si tenía novia, si oía voces, y también algo estúpido por demás, algo así como que si la televisión me decía cosas. ¿Pero qué tontería es esa? Después me preguntaron que si yo era un “parana”, que si no lo era, o qué coño era. Estaban allí parados, fuera de la casa y se me fue la olla....

T: Dime, cuando se te fue la olla, ¿qué sentías por dentro?

P: Me sentía muy enfadado; me refiero a que cómo podían hacer una cosa así. Me sentía tan avergonzado, tenía la sensación de que todo el mundo me estaba mirando y de que pensaban: “Eh, mira, ese es ‘el loco del barrio’, se le ha ido la cabeza”.

El discurso terapéutico anterior nos muestra un ejemplo de un terapeuta que se centra en un hecho específico para facilitar un recuerdo más detallado en relación con importantes apreciaciones personales respecto de sí mismo y de los demás, así como las reacciones emocionales más sobresalientes. Ello brinda una base para validar y analizar las experiencias personales del paciente en relación con la psicosis. De forma similar, durante el análisis de los aspectos de la psicosis relacionados con la pérdida, puede ser de utilidad que el terapeuta describa las reacciones más frecuentes de las personas frente a la psicosis en términos de las reacciones normales a la pérdida y el duelo, por ejemplo, conmoción, rabia, desesperación, incredulidad e indagación. Esta narrativa ofrece la oportunidad de preparar el terreno para el desarrollo del discurso del paciente y brindarle un marco para que pueda reflexionar sobre la importancia de unas reacciones emocionales comprensibles y normales ante acontecimientos vitales estresantes y graves como lo es la psicosis. Este proceso también subraya la oportunidad que tiene el paciente de expresar los sentimientos de pérdida que pueda estar sintiendo, pero que ha sido incapaz de verbalizar ni de manifestar. Por ejemplo, esto le permite al paciente hablar de su sensación de pérdida a raíz de la experiencia de la psicosis, o del retraimiento de los amigos y del efecto que ello tuvo sobre su sensación de estatus, de autonomía y de aceptación:

T: ¿Cómo te fueron las cosas después de salir del hospital?

P: No sé, es como si todo hubiera sido irreal. No me podía creer lo que me había pasado. Como si me preguntara cómo me había podido pasar algo semejante.

T: ¿Qué sensaciones tienes?

P: De irrealidad, es como si las cosas me estuvieran sucediendo y yo estuviera simplemente viéndolas, como si no formara parte de las cosas, como si todo fuera irreal, como si le estuviera pasando a otra persona.

T: ¿Te sentías mal?

P: No, eso es lo más gracioso. Me sentía perfectamente. Había tenido esa experiencia tan extraña y ya se había pasado. Pero después, fue como, fue como si no el, no sé... [pausa de 12 segundos], fue como si me afectara... [pausa de 7 segundos], mis amigos estaban bien, ellos estaban bien, el, no, quiero decir, uno de mis amigos no quería, no estoy seguro. La gente parecía diferente, no sé por qué razón.

En esta narrativa observamos al paciente describiendo su sensación de obnubilación y de incredulidad en respuesta a la hospitalización psiquiátrica. El terapeuta podría considerar la posibilidad de describir estas sensaciones como reacciones emocionales comprensibles y normales, aunque dolorosas, frente a la psicosis. Sin embargo, en este discurso el habla del paciente se vuelve fragmentaria y difícil de seguir desde el momento en que empieza a hablar de su creciente conciencia de que ha habido un cambio en la reacción de los demás. Durante este proceso el terapeuta está atento a las rupturas o la fragmentación dentro del desarrollo de la narrativa del paciente. Ello puede indicar la presencia de áreas en las que las emociones no han sido resueltas o los hechos han sido procesados parcialmente o elaborados insuficientemente. Podría ser útil que el terapeuta frenara el ritmo de la sesión y preguntara amablemente qué está sintiendo el paciente o qué está pensando o recordando en ese momento de la sesión. Ello le brinda al paciente una base [una orientación, una referencia] para sus emociones. También les brinda al paciente y al terapeuta una oportu-

nidad importante de poder analizar estos pensamientos y recuerdos tan significativos y tan cargados emocionalmente, y que podrían estar relacionados con el bloqueo de la adaptación y de la recuperación emocional. Observemos el siguiente discurso que ejemplifica la respuesta del paciente mientras está hablando de las reacciones de sus amigos después de su ingreso psiquiátrico:

T: ¿Cómo te sientes ahora mismo?

P: Muy raro. No lo sé con seguridad.

T: Dime, ¿qué estabas pensando mientras estabas hablando de las reacciones de tus amigos?

P: ... [pausa de 7 segundos] uno de mis amigos parecía estar raro conmigo. Apenas decía nada, y yo le pregunté: “¿Qué coño te pasa?”. Y él me contestó: “Mi tía tiene una enfermedad mental. No sale de casa y toda mi familia piensa que es muy rara...”.

T: ¿Cómo te sentías?

P: Me sentía diferente...

T: ¿En qué sentido?

P: Como si algo hubiese cambiado... [pausa de 8 segundos].

T: ¿Qué estás pensando ahora mismo?

P: No sé, ¿sabe?, es horrible. Tengo esta enfermedad mental y lo mismo no me la puedo quitar de encima, lo mismo voy a acabar igual que uno de esos vejastorios que se ven por la calle.

T: ¿A qué te refieres?

P: A que, ahora lo veo claro, a que termine babeando como un tonto de mierda...

En el guión anterior, el paciente se da cuenta cabal de las actitudes y las expectativas estereotipadas de la sociedad respecto de la enfermedad mental a través de la conversación con su amigo. Durante el discurso terapéutico, al paciente le viene una vívida imagen humillante y vergonzosa de sí mismo en un futuro, vencido y atrapado dentro de la enfermedad mental. Son este tipo de valoraciones, ya sea bajo la forma de declaraciones verbales o de imágenes visuales, las que revisten importancia con objeto de llegar a comprender la adaptación psicológica de la persona a la experiencia de la psicosis. Dichas

imágenes tan vívidas y prominentes emocionalmente pueden actuar un tanto a la manera de imágenes intrusivas dentro del contexto del procesamiento del material traumático, en el sentido de que se vuelven más inamovibles al generar intensas asociaciones y conexiones con creencias nucleares respecto de uno mismo, y con recuerdos de sucesos y con la estructura que determina el sentido conferido a las experiencias pasadas que dieron lugar a emociones similares.

En el breve ejemplo anterior, la imagen de haber visto a alguien en la calle que parecía tener un problema de salud mental se vio desencadenada por la interpretación de la reacción de su amigo y después se asocia con la sensación de humillación y de vergüenza, pero también con experiencias pasadas en donde la vergüenza y la humillación se vivieron dentro de un contexto diferente, lo cual se asocia ahora con el hecho de haber sido ingresado en un hospital psiquiátrico y con lo que ello podría suponer en términos de expectativas respecto del futuro. Las emociones negativas prominentes se ven de este modo intensificadas en virtud de diversas asociaciones con numerosos sucesos y recuerdos que conllevan emociones similares, y de la ampliación de la estructura de sentido que cristalizó a raíz de las distintas consecuencias de estas experiencias pasadas.

Trabajar las valoraciones idiosincrásicas

Los terapeutas que están empezando y son nuevos en el ámbito de la terapia cognitiva a menudo se dan cuenta de que están tratando de modificar un pensamiento o una imagen en particular con demasiada rapidez, sin la oportuna exploración y formulación. La interpretación que hace el paciente de sus experiencias psicóticas suele incluir una serie de elementos psicológicos claves, tales como la humillación, la paralización, la pérdida y el peligro. La sensación de humillación se acompaña de sentimientos de vergüenza respecto de sí mismo (“soy un estúpido baboso”) y de los demás (“la gente me ve como un estúpido baboso”). Es importante, en consecuencia, analizar adecuadamente la perspectiva del paciente e integrar estos pensamientos o imágenes específicos con el estilo general de valoración por parte del individuo. Adicionalmente, también es importante

tener en cuenta la elaboración del sentido y del razonamiento que pueda haber detrás, así como la repercusión emocional que estos pensamientos o imágenes puedan tener sobre otras experiencias. Ello brinda ulteriormente la oportunidad de ayudar al paciente a reflexionar sobre las consecuencias afectivas, psicológicas e interpersonales más amplias de sus apreciaciones. Volviendo al ejemplo citado más arriba, más adelante el terapeuta continúa analizando adicionalmente la imagen intrusiva del paciente:

T: Me gustaría ahora que le dediquemos un tiempo a analizar la imagen de la que acabas de hablar. Creo que esto nos puede ayudar a comprender con más claridad las emociones tan perturbadoras que vienes sintiendo desde que saliste del hospital. ¿Podrías decirme qué es lo que aparece dentro de esa imagen?

P: Sí, vale, bueno. Simplemente me veo ahí de pie. No veo mi cara con claridad, pero sí que estoy así como encorvado. Parezco desaliñado, desgarrado y también un solitario. No parezco normal.

T: ¿Puedes decirme qué es lo que te resulta más perturbador de esta imagen?

P: Es como si, soy yo y no puedo hacer nada. Estoy solo. Tengo una pinta repulsiva.

T: ¿Es así como te ves ahora mismo?

P: Puede que no tan fuerte, pero sí. Me siento repugnante, como si fuera una persona desagradable con la que no da gusto estar. Me siento bastante débil. Como que ahora ya no soy tan bueno como pueda ser cualquiera.

T: ¿Cómo hace todo eso que te sientas?

P: Avergonzado, fatal. No quiero hablar con nadie; lo que me apeetece más bien es esconderme. No quiero contestar al teléfono ni hablar con los amigos. Me siento muy “parana” cada vez que salgo fuera. Supongo que es cosa de la enfermedad. Ese soy yo ahora, eso es lo que me espera.

T: ¿A qué te refieres?

P: Bueno, más o menos tengo la impresión de que no tengo más remedio que aceptarlo. Tengo esta enfermedad y no tengo más remedio que aguantarme.

En este discurso vemos aparecer una serie de temas claves relacionados con la humillación (“me siento repugnante, como si fuera una persona desagradable con la que no da gusto estar. Me siento bastante débil. Como que ahora ya no soy tan bueno como pueda ser cualquiera”) y con la sensación de estar atrapado (“Bueno, más o menos la impresión de que no tengo más remedio que aceptarlo. Tengo esta enfermedad y no tengo más remedio que aguantarme”). Fundamental de cara a esta adaptación personal es la presencia de imágenes humillantes y autodegradantes que generan vergüenza y turbación junto con determinadas reacciones interpersonales como el retraimiento y la evitación social. Ello facilita una base para que el terapeuta pueda trabajar junto con el paciente con objeto de elaborar una formulación preliminar de los problemas y los objetivos de su paciente, concentrando la atención en la importancia de las imágenes autodegradantes en el desarrollo del padecimiento psicológico y el retraimiento social. Puede ser importante dentro de este mismo contexto analizar también las reacciones del individuo a dichas emociones e imágenes, dado que el estilo de reacción suele ser indicativo de la forma de abordar el estrés emocional y de las creencias en relación con el afrontamiento y la capacidad de salir adelante (“Los demás sólo me aceptarán si soy capaz de afrontar las cosas por mí mismo”).

El terapeuta puede utilizar toda una serie de técnicas para ayudar a los pacientes que están teniendo tales pensamientos e imágenes intrusivos y no deseados. Es difícil, pues, prescribir una técnica en especial dentro de un manual de tratamiento. Sin embargo, es importante que la labor del terapeuta se ajuste al listado de problemas y objetivos del paciente, así como a la formulación de los procesos psicológicos subyacentes principales y los cometidos terapéuticos más importantes. El terapeuta puede considerar la posibilidad de trabajar las creencias estigmatizantes facilitando información no patológica y normalizadora sobre las experiencias psicóticas. Por otro lado, también puede contextualizar los problemas del paciente identificando las pautas normales de adaptación que se suelen derivar de una experiencia psicótica, incluida la información de la

incidencia relativamente elevada de depresión o de ansiedad social a raíz de la enfermedad. El terapeuta puede considerar la posibilidad de seleccionar algunas estrategias y técnicas cognitivas y conductuales que suelen utilizarse para mejorar la depresión. Por otro lado, también puede considerar la posibilidad de emplear algunas técnicas encaminadas a mejorar la ansiedad social. Dichas estrategias pueden incluir técnicas tales como la reatribución verbal de la ansiedad a las imágenes intrusivas respecto de la identidad social, experimentos conductuales diseñados con objeto de modificar las imágenes y pensamientos intrusivos a través de la modificación de las conductas de búsqueda de seguridad, estrategias para abordar el procesamiento anticipatorio o estrategias para abordar el procesamiento ulterior a los hechos y el pensamiento rumiativo.

Existe una considerable evidencia clínica en favor de la aplicación de estas técnicas a personas con un estado de ánimo bajo o una ansiedad elevada. No vemos ninguna razón para que estas técnicas no puedan utilizarse en sujetos que están recuperándose de una psicosis clínica. Las únicas adaptaciones que habría que tomar en consideración serían las derivadas del marco singular vinculado a la psicosis a la hora de entender la forma particular de manifestarse la depresión y la ansiedad, especialmente a través del contexto de las creencias, actitudes y conductas sociales y estereotipadas frente a las personas aquejadas de una enfermedad mental.

Al margen del camino que el terapeuta decida tomar, una de las prioridades terapéuticas debe ser el desarrollo de una narrativa cálida, tranquilizadora y compasiva que contrarreste la autodegradación y la vergüenza que se puedan derivar de los pensamientos y las imágenes vinculados a las sensaciones de humillación, pérdida y paralización (Gilbert & Irons, 2005). El terapeuta puede trabajar dichos pensamientos e imágenes de distintas formas. Puede analizar la posibilidad de desarrollar imágenes y/o valoraciones alternativas dentro de las sesiones (e.g. Hackmann, 1998), de utilizar técnicas por escrito para elaborar una narrativa que implique una mayor aceptación de sí mismo, y de desarrollar estrategias útiles de afrontamiento para fortalecer unas creencias y unos esquemas alternati-

vos e infradesarrollados. A la luz de las emociones más destacadas y de los recuerdos e interpretaciones asociados, puede ser útil analizar dichas repercusiones emocionales y las experiencias asociadas, dado que con frecuencia pueden brindar algunas claves respecto de los orígenes de determinados conceptos negativos de sí mismo (e.g. “La gente se reirá de mí si manifiesto mis emociones o si me permito el lujo de alterarme”). Una forma de hacer esto sería preguntándole al paciente qué siente al acordarse de cuando se sentía triste o humillado, o bien si puede retroceder mentalmente al momento en que por primera vez experimentó dichas emociones.

Desarrollar imágenes y valoraciones alternativas

Existen una serie de pasos importantes a la hora de analizar los pensamientos y las imágenes no deseados y de generar pensamientos e imágenes alternativos. Gilbert & Irons (2005) han observado que las reacciones racionales o intelectuales pueden impedir que la persona logre cambiar emocionalmente. Max Birchwood y colaboradores (e.g. Tait *et al.*, 2004) también han puesto de relieve que las actitudes inseguras en las relaciones pueden predisponer a los sujetos a que la adaptación a la psicosis sea problemática. Adicionalmente, existe cada vez más evidencia de que las actitudes inseguras en las relaciones tempranas con los padres pueden predisponer a los sujetos a padecer problemas de ansiedad social postpsicótica (Birchwood, comunicación personal, 2005). Un elemento importante de la seguridad relacional de un sujeto es la elaboración de una narrativa de sí mismo tranquilizadora y aceptadora. Ya no sólo es una parte importante del proceso de comprometerse con la terapia, sino que también es un aspecto importante de la recuperación emocional y de la adaptación a la psicosis por parte del paciente. Nos gustaría subrayar que dichas reacciones emocionales se desarrollan con el tiempo y se originan dentro del contexto de las primeras relaciones y experiencias de apego. Dichas reacciones se desarrollan, pues, de forma dinámica y progresiva a lo largo de una amplia variedad de ámbitos emocionales y evolutivos. Su aparición dentro del contexto

de la adaptación a las experiencias psicóticas queda enmarcada, pues, dentro del estilo de respuesta del individuo, así como del desarrollo de sus esquemas cognitivos interpersonales.

Trabajar el sentido y la narrativa

En consecuencia, es importante ayudar al paciente a analizar los significados y las repercusiones centrales y nucleares responsables de su estrés emocional. Con ello el terapeuta ayuda amablemente al paciente a comprender los elementos emocionales, cognitivos y sensoriales de una apreciación o imagen en particular. Adicionalmente, el terapeuta analiza la aparición de otras imágenes y apreciaciones y, en especial, presta atención a la posible aparición de material autobiográfico. Este material suele aparecer de forma fragmentaria e imprecisa. En consecuencia, el terapeuta tiene que tener cuidado de no caer en prematuros momentos de “eureka” cerrando y resumiendo con demasiada precipitación una narrativa en desarrollo:

P: Me acuerdo de la primera vez que estuve en la unidad y vi a ese viejo. Estaba allí sentado fumando... sin dientes... y con la camisa manchada y sucia... todo el mundo evitaba sentarse junto a él.

T: ¿Cómo te sientes ahora mismo, al pensar en aquel momento?

P: Siento repugnancia... y me siento mal por pensar que... ¿es eso lo que me espera a mí también?

T: Descríbeme lo que sientes ahora mismo en relación con eso.

P: Pues, joder... una sensación de mucha suciedad y de mucho trastorno. Me siento tan solo con todo este... Tampoco yo quise hablar con él.

T: Volviendo a pensar en eso otra vez, ¿qué te viene a la mente?

P: ¿Es eso lo que la gente siente hacia mí?

T: ¿Es esta la primera vez que sientes eso?

P: ... No sé... Me acuerdo de cuando iba al instituto y de que siempre me elegían el último. Me sentía bastante raro, torpe; como si la gente no me tomara en serio. Como si llamara la atención, por ser deforme o algo parecido. Las chicas tampoco querían hablar conmigo.

Al identificar los significados emocionales claves, el terapeuta puede extraer los significados y las cualidades nucleares de una imagen. A través del diálogo indagador el terapeuta y el paciente pueden expresar y reflexionar acerca de estas imágenes y significados exteriorizándolos verbalmente. Ello le permite al terapeuta y, lo que es más importante, al paciente moldear y remodelar nuevos significados. Una posible forma de abordar esto sería a través del proceso de alentar al paciente a adoptar una actitud reflexiva acerca de sus interpretaciones personales y tomar conciencia de los orígenes y de las cualidades restrictivas de las mismas. Dicha actitud anima al paciente a desarrollar un enfoque de curiosidad y cuestionamiento hacia su propio pensamiento y sus experiencias emocionales. El terapeuta alienta activamente esta actitud de curiosidad, pero sin juzgar, dirigida hacia su propia narrativa.

Además, el terapeuta puede alentar al paciente a pensar en cómo le gustaría describirse a sí mismo dentro de una imagen determinada, concentrándose específicamente en los significados y las asociaciones emocionales deseadas. Por ejemplo, el paciente puede querer analizar las sensaciones de autonomía y control. En consecuencia, el terapeuta puede ayudar al paciente a traer a la memoria alguna evidencia y recuerdos autobiográficos específicos congruentes con la sensación de participación activa y de dominio. Por otro lado, el paciente puede querer analizar la experiencia de sentirse atractivo y deseable. De forma similar, el terapeuta trabajará junto con el paciente para traer a colación recuerdos autobiográficos e imágenes alternativas que sean congruentes con estos adjetivos. En esencia, se trata de un proceso en el que el terapeuta se sirve de los adjetivos y las descripciones del paciente en diferentes contextos o narrativas con el fin de reasociar otros significados y nuevas resonancias emocionales:

T: En vista de cómo te describes en estas situaciones (en el instituto), ¿cómo te gustaría verte a ti mismo?

P: ¿Quiere usted decir ahora?

T: Bueno, puedes retroceder mentalmente a aquel período de tu vida y pensar en alguna experiencia en la que te lo pasaras bien y te sintieras integrado y cómodo.

P: Ah, vale. Era muy bueno en arte y eso significaba que todos los años participaba en la obra de teatro del instituto. Al final siempre había una fiesta y la gente se lo pasaba genial, yo me divertía y me lo pasaba bien.

T: Dime lo que sentías.

P: Bien, sin más. No me sentía raro entonces.

T: Me parece que esto es muy importante, vamos a centrarnos un poco más en lo que sentías. ¿Recuerdas alguna ocasión específica en la que te lo pasaras en grande en la fiesta?

P: Vale, déjeme pensar. Había una chica que me gustaba mucho. Vino mi amigo a decirme que ella quería bailar conmigo. Me sentí, bueno, super tímido, ¿sabe?, pero le eché cara y le pedí que bailara conmigo. ¡Y dijo que sí! Parecía tan guay y tan super. Me sentí muy bien, como si fuera alguien.

T: Al pensar en ese momento, ¿puedes verte a ti mismo mentalmente ahora mismo?

P: Sí.

T: Dime lo que sientes en este preciso momento.

P: Es algo excepcional, pero también está muy bien.

T: ¿Puedes concentrarte en lo que sientes y describirme esas emociones en este mismo momento?

P: Es muy agradable recordarlo, antes se me había olvidado por completo. Me siento bastante bien, es como si fuera una parte de mí, una parte de mí sabe que puedo sentirme bien. Da la sensación de que podría volver a ocurrir algo parecido.

Durante la sesión, el terapeuta seguiría con esta imagen alternativa durante un rato y analizaría todos los aspectos de dicho recuerdo y sus correspondientes asociaciones. Este proceso permite desarrollar y verbalizar significados alternativos tales como “les caigo bien a mis amigos”, “se me da bien montar cosas y charlar con la gente”, “soy una persona accesible”, “pasé por un momento muy difícil del que me estoy recuperando”, “estar alterado no es lo mismo que estar enfermo mentalmente”. Ello permite que las valoraciones alternativas se asienten sobre la base de la narrativa del paciente, además de

relacionarse con sus vivencias del pasado, ya se trate de acontecimientos específicos o bien de objetivos apreciados y valorados:

T: Recuerda aquellas emociones y retrocede mentalmente a cuando te encontraste con tu amigo después de salir del hospital.

P: ¿Qué? ¿Que retroceda adónde?

(El terapeuta se ruboriza intensamente)

T: Vale, ahí me has pillado. ¿Puedes imaginarte a ti mismo con tu amigo cuando te estaba diciendo que su tía estaba mentalmente enferma?

P: Sí, me lo puedo imaginar.

T: Sin salir de esta situación, ¿eres capaz de mantener la sensación de que tu amigo te acepta?

P: Vale, puede que sí, pero es muy difícil. Me veo a mí mismo y una parte de mí piensa que soy igual que su tía, pero también hay otra parte de mí que más o menos sabe que le importo y que estaba verdaderamente preocupado por mí y que vino a verme todos los días y, ¿sabe?, me dio estas fotos de cuando fuimos de acampada en primavera. Y todavía seguimos hablando de aquella salida.

T: Al pensar en todo eso en este preciso momento, ¿cómo te sientes?

P: Bastante cómodo, mi amigo está ahí para lo que yo necesite y precisamente estoy pensando que necesito verle más.

A continuación el terapeuta invita al paciente a reflexionar acerca de este proceso, a pensar en que llegó a identificar diferentes aspectos de cómo se veía a sí mismo y a su amigo en esta situación. El paciente toma conciencia con ello de que las experiencias pasadas influyen en la forma como reaccionó en aquella situación y que fue capaz de aplicar muchas y diferentes interpretaciones y perspectivas a los comentarios de su amigo. El terapeuta subraya la importancia de concebir un relato de sí mismo cálido y acogedor como un medio de responder a los momentos y las situaciones dolorosas. Esto se puede complementar con alentar al paciente a llevar un diario con los pensamientos y las imágenes que acompañan a las experiencias emocionales dolorosas y servirse de estos pensamientos e imágenes

como oportunidades de concebir explicaciones alternativas. Adicionalmente, el terapeuta puede alentar al paciente a recabar evidencia en favor de las valoraciones positivas de sí mismo generadas dentro de la sesión. Ello es similar a llevar un registro de los datos positivos. El terapeuta también puede trabajar con el paciente para diseñar experimentos conductuales que permitan poner a prueba otras formas más compasivas de pensar. Es importante que el lector sea consciente de que el proceso terapéutico no pretende cuestionar directamente los pensamientos ni las imágenes negativas, sino tejer, tallar, ensayar y elaborar valoraciones y narrativas alternativas de sí mismo y de los demás deducidas por el propio paciente.

Otra técnica adicional para recrear una narrativa autobiográfica a partir de las experiencias del paciente y del sentido que les confiere a las mismas, consiste en utilizar guiones gráficos, tiras de cómic o escribir cartas, dependiendo del contexto evolutivo del paciente. Trabajar con jóvenes que no suelen haber desarrollado una plena comprensión de una función o un papel claramente delimitado que les permita reflexionar fácilmente sobre sí mismos dentro de un contexto terapéutico, o con sujetos que tienen escasa conciencia de sus emociones y una baja capacidad de reflexionar sobre las mismas, puede ser todo un reto. Pueden ser de utilidad técnicas más tangibles y lúdicas a la hora de facilitar procesos indagatorios similares y desarrollar habilidades metacognitivas de observación, registro y reflexión acerca de los pensamientos, recuerdos y sentimientos. Un ejemplo podría ser el uso de guiones gráficos o tiras de cómic en los que invitamos a la persona a escoger una experiencia o una situación específica y crear una historia que después se convierte en objeto de análisis. Por ejemplo, a los pacientes se les invita a elegir un personaje o un episodio en particular a través del cual puedan reflejar sus experiencias.

El terapeuta y el paciente pueden a continuación trabajar juntos en analizar dicha situación, en una línea similar al ejemplo citado más arriba, pero sirviéndose de la confección de una tira de cómic o un relato breve para analizar las emociones y las reacciones del paciente. Un paciente sugirió un relato breve basado en “South

Park” en el que el paciente era un nuevo personaje, por ejemplo, el nuevo amigo de Kyle, y la historia se desarrollaba incluyendo los personajes conocidos. Por ejemplo, Cartman podría ser un compañero crítico y despreciativo que le dice al paciente que es anormal y está mentalmente enfermo (“Eres una mierda, tío, deberías estar en un manicomio”). La historia se convierte entonces en un vehículo a través del cual el paciente analiza sus reacciones a las críticas despreciativas, pero también analiza la forma de encontrar aliados y apoyo en otros personajes, además de practicar reacciones asertivas a las críticas.

Otro ejemplo de narrativa indagadora es escribir cartas, donde al paciente se le alienta a escribir un relato de sus experiencias, pero concibiendo el relato de forma que facilite la comunicación de visiones de sí mismo aceptadoras, cálidas y fortalecedoras. De nuevo, el terapeuta trabaja los relatos textuales del paciente con objeto de desarrollar una narrativa elaborada que incluya el ensayo tentativo de respuestas cognitivas, emocionales e interpersonales alternativas frente a la adversidad. Aunque continúa teniendo una considerable carga emocional, ello permite explorar otras perspectivas de una forma que emocionalmente pueda desbordar o anonadar menos al paciente. Ello les permite a algunos pacientes analizar y comenzar a desarrollar un lenguaje y extraer un sentido a partir de sus experiencias. Por ejemplo, a algunos pacientes les puede resultar difícil el proceso de calificar (categorizar, nombrar) sus experiencias emocionales. Este proceso facilita la discusión y el análisis de la estructura narrativa que mejor comunica la experiencia del paciente de manera que favorece y contribuye a la reflexión y la integración.

Conclusiones

Lo que hemos tratado de hacer en este capítulo ha sido describir algunos de los principales obstáculos para la adaptación que se dan dentro de la psicosis, centrándonos particularmente en los significados asociados a la humillación, la sensación de estar atrapado y la

pérdida. Dentro del contexto de una formulación en proceso de desarrollo, el terapeuta pretende elaborar una narrativa que le permita al paciente analizar nuevos significados y asociaciones, integrándolos tan plenamente como sea posible con los recuerdos autobiográficos del paciente. Una de las principales dificultades a la hora de lograr esto es trabajar con pacientes que no tienen recuerdos autobiográficos positivos específicos. Para abordar estas dificultades que pueden aparecer en el curso de la terapia, en el capítulo 10 describiremos un enfoque centrado en los esquemas. La mayoría de los pacientes que han tenido una experiencia psicótica se ven enfrentados a dificultades interpersonales significativas ya sea como parte o como consecuencia de la psicosis. En el capítulo 9 describimos algunas técnicas en relación con estos aspectos y dificultades interpersonales. En el caso de otros pacientes, las valoraciones relativas a la psicosis aparecen dominadas por sensaciones de peligro o de intrusión, que inhiben el desarrollo de la autorreflexión y de la exploración. Analizaremos estas cuestiones en el capítulo 7 de este manual. También queremos recordarles a los terapeutas que existe una amplia variedad de técnicas comprobadas y concebidas para mejorar la ansiedad y el ánimo bajo en poblaciones de pacientes que no han pasado por la experiencia de una psicosis clínica. Dentro del contexto del listado de problemas y de los objetivos del paciente, estamos plenamente a favor de la incorporación de dichas técnicas, sin perder de vista las características y los problemas particulares asociados a la experiencia de la psicosis.

7

Trabajar la desconfianza interpersonal: desarrollar una concepción de la mentalidad paranoide

Introducción

Un obstáculo significativo para la recuperación y la vulnerabilidad a la reaparición de la psicosis es la presencia de sensaciones de bajo nivel pero constantes de paranoidismo, vigilancia, recelo e impresión de amenaza interpersonal. Es necesario analizar, comprender y relatar [narrar] el marco experiencial de la persona, que guía su conciencia, interpretación y respuesta a las situaciones interpersonales. Dentro de este contexto, el paranoidismo se puede definir como un estado anímico evolutivamente adaptativo que tiene por objeto favorecer la supervivencia. Ahora bien, dicho objetivo se puede lograr a costa (a expensas, en detrimento) de la afiliación [de las relaciones], el deseo de cercanía y la afinidad. Nos referimos a ello como la “mentalidad paranoide”. Nuestro objetivo dentro de este capítulo es el de exponer un enfoque de este fenómeno que facilite el proceso de conocimiento consciente por parte del individuo del contexto interpersonal del paranoidismo y de sus propias respuestas cognitivas, afectivas y conductuales a la impresión (la valoración subjetiva) de amenaza interpersonal.

El paranoidismo como respuesta a la amenaza interpersonal

Definimos el paranoidismo, al igual que la ansiedad social, como una respuesta ante la percepción de una amenaza interpersonal dirigida contra el sujeto. Por ejemplo, Kinderman (1994) encontró que los sujetos con delirios persecutorios presentan un sesgo atencional específico en favor de la información relacionada con el concepto que tienen de sí mismos. Una característica clave de los delirios persecutorios fue subrayada por la labor de Trower & Chadwick (1995), quienes alegan que la fuente de la amenaza reside en una valoración interpersonal exclusivamente negativa. De forma similar, las personas aquejadas de fobia social (la cual se puede definir como una ansiedad social extrema) manifiestan un sesgo atencional hacia la información socialmente amenazante y una hipersensibilidad a la evaluación de los demás (Hartman, 1983; Hope *et al.*, 1990). Así pues, ambos grupos manifiestan lo que se podría llamar el sesgo de “sentirse en el ojo de mira”, donde la impresión de amenaza reviste una importancia primordial. Gilbert (2001) describe el centro de atención y de interés de la amenaza y las estrategias defensivas asociadas al paranoidismo y la ansiedad social. A la ansiedad social le preocupa la pérdida de estatus o el rechazo derivados de la manifestación de una conducta socialmente carente de atractivo (por ejemplo, que los demás le vean a uno como un incompetente). La ansiedad social se asocia, pues, con unas estrategias defensivas que incluyen la vigilancia respecto del propio comportamiento y de las consecuencias o el efecto que el mismo pueda tener sobre los demás, en particular dentro del propio grupo social (e.g. el estudiante que hace una exposición delante de otros estudiantes), junto con la evitación social y la conducta socialmente inhibida. Por contraste, el paranoidismo se relaciona con la percepción de una amenaza procedente de grupos o alianzas hostiles. La defensa contra ello incluye la vigilancia, la desconfianza, la evitación de las personas identificadas como pertenecientes al grupo externo (extraño, ajeno) o bien la agresión hacia las mismas. Gilbert *et al.* (2005) encontraron que la ansiedad social se asociaba a la conducta sumisa, un menor poder (autoridad influencia) social y las comparaciones sociales

negativas. Dentro de este mismo grupo, aparecía una correlación elevada entre el paranoidismo y la ansiedad social, lo que indicaba que ambas podían estar relacionadas con la percepción de la valoración social, el poder (fortaleza social) y la conducta sumisa.

A la mentalidad paranoide le inquietan las amenazas personales externas

Los sujetos con manía persecutoria prestan más atención a los estímulos interpersonales relacionados con posibles amenazas (Bentall & Kaney, 1989; Fear *et al.*, 1996), recuerdan más información relacionada con posibles amenazas (Kaney *et al.*, 1992; Bentall *et al.*, 1995) y tienden a verse ya no sólo a ellos mismos sino igualmente a los demás como vulnerables a las amenazas (Kaney *et al.*, 1997). Al hacer inferencias sobre acontecimientos positivos y negativos, los sujetos paranoides atribuyen la causa de los sucesos negativos a otras personas, mientras que los pacientes deprimidos atribuyen la causa a ellos mismos (revisión de Bentall *et al.*, 2001). Tales sesgos atencionales e inferenciales concuerdan con un modelo explicativo del paranoidismo como estado anímico que tiene por objeto desarrollar la sensibilidad a la detección de las amenazas interpersonales.

La mentalidad paranoide toma decisiones rápidas

Numerosos estudios han puesto de relieve una y otra vez que los sujetos con manía persecutoria tienen un estilo de razonamiento caracterizado por lo que se podría describir como “precipitarse a sacar conclusiones” (revisión de Garety & Freeman, 1999; Dudley & Over, 2003). Por lo general, los sujetos delirantes llegan a las decisiones y las conclusiones con más rapidez y sobre la base de una evidencia menor, por comparación con los grupos de control. Se ha informado de la presencia de tales sesgos en la recopilación de datos y la toma de decisiones en sujetos aracnofóbicos (de Jong *et al.*, 1997) y en sujetos hipocondríacos (de Jong *et al.*, 1998). Dudley & Over (2003) alegan que la elevación de los niveles de conciencia de amenaza incrementa la sensación de que existe una amenaza.

Es probable, pues, que la tendencia a proceder a un razonamiento confirmatorio y precipitarse a sacar conclusiones tenga una finalidad protectora. El razonamiento refutador, si bien es más eficaz a la hora de tomar decisiones, requiere más tiempo y constituye una estrategia ineficaz de cara a hacerle frente a las amenazas. En otras palabras, es mejor precipitarse a sacar la conclusión de que existe una amenaza y reaccionar en consecuencia, aun a riesgo de equivocarse, que llegar a la decisión meditada y coherente de que no existe ninguna amenaza, y equivocarse. Los falsos positivos serían, pues, menos arriesgados en términos de supervivencia que los falsos negativos.

La mentalidad paranoide supone un despliegue estratégico

Se podría alegar que el paranoidismo representa una respuesta cognitiva estratégica ante la percepción de una amenaza interpersonal. En un estudio de análisis factorial, Morrison *et al.* (2005) investigaron las creencias respecto del paranoidismo. Aplicaron un cuestionario de 31 ítems a una muestra de 317 estudiantes universitarios y encontraron cuatro interpretaciones empíricamente diferentes: (1) creencias acerca del paranoidismo como una *estrategia de supervivencia*; (2) creencias *positivas* acerca del paranoidismo; (3) creencias *normalizadoras* acerca del paranoidismo; y (4) creencias *negativas* acerca del paranoidismo. Las creencias acerca del paranoidismo como estrategia de supervivencia aparecen ilustradas a través de los siguientes ejemplos: “el paranoidismo es útil para evitar meterse en problemas” o bien “el ser paranoide o suspicaz evita que me hagan daño”. Las creencias que relacionaban el paranoidismo con la supervivencia se asociaban a una mayor frecuencia de pensamientos paranoides y las creencias negativas se asociaban al estrés emocional derivado de la ideación delirante. Estos hallazgos nos ayudan a reflexionar sobre el hecho de que las creencias de los sujetos respecto de la supervivencia pueden verse activadas por una situación amenazante a nivel interpersonal. En razón de ello, el hecho de

encontrarse en una situación amenazante (e.g. quedar con un amigo en un *pub* desconocido) activa las creencias sobre la supervivencia (e.g. estar alerta en situaciones extrañas ante la posible presencia de gente que inspire desconfianza), generando así una actitud vigilante ante las posibles amenazas y un aumento de la autoconciencia [del sentido de la propia individualidad y de la autoobservación propia de la ansiedad social]. Coincidiendo con esto, Fenigstein & Venable (1992) propusieron que no son las creencias respecto de uno mismo sin más las que revisten importancia en el paranoidismo, sino las creencias relativas a “sentirse en el ojo de mira” [en el sentido de blanco u objeto de críticas, burlas, etc.]. Fenigstein & Venable (1984) alegan que, de resultas del aumento de la conciencia de sí mismo, un individuo puede llegar a pensar que *los demás* también están dirigiendo su atención hacia ellos [que están tan “pendientes” de ellos como ellos lo están de sí mismos].

Apego y paranoidismo

Se sabe poco acerca de la relación entre el tipo de vínculo afectivo y la manía persecutoria. Si bien la labor de Dozier y colaboradores pone de manifiesto que las actitudes inseguras (evitativas) son frecuentes dentro de los sujetos diagnosticados de trastorno bipolar y esquizofrenia (e.g. Dozier *et al.*, 2001), no está clara la forma en que las actitudes vinculares se relacionan con síntomas específicos tales como el paranoidismo. Tampoco está claro si las actitudes vinculares pueden constituir un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de la manía persecutoria o si, antes bien, la manía persecutoria podría socavar las representaciones internas que la persona tiene de las relaciones de apego o respecto de los vínculos.

Irons & Gilbert (2005) observan que entre los adolescentes las preocupaciones relacionadas con la valoración o evaluación social mediatizan la relación entre el apego inseguro y la depresión/ansiedad. En este estudio, el apego inseguro parecía sensibilizar a los sujetos a concentrarse en la habilidad y la capacidad de los demás

para avergonzar, herir o rechazar. Sloman *et al.* (2003) alegan que el estilo vincular inseguro y la conducta que enfatiza la evaluación social sientan las bases del desarrollo de la depresión. Benn *et al.* (2005) encontraron que los estudiantes que recordaban haberse educado en un entorno seguro se comparaban favorablemente con los demás y mostraban un mayor grado de confianza interpersonal. Por el contrario, el recuerdo de unos padres rechazantes se asociaba a unas comparaciones sociales más negativas y un menor grado de confianza. En concreto, era más probable que los sujetos que recordaban haber tenido unos padres rechazantes tuvieran problemas a la hora de afrontar las situaciones sociales, un menor grado de intimidad social y una mayor dificultad a la hora de abrirse a los demás. Estos datos sugieren tentativamente que la relación entre el tipo de vínculo y el paranoidismo/la desconfianza interpersonal podría estar mediatizada por el uso que hace la persona de estrategias interpersonales como la sumisión/subordinación o la actitud dominante (Sloman *et al.*, 2003). En la definición que hacen Trower & Chadwick (1995) de los dos tipos de paranoidismo –“pobre de mí” y “qué malo soy”– se podría esperar encontrar estrategias defensivas opuestas, en consonancia con la diferencia en las creencias relativas a uno mismo en uno y otro caso. En el tipo “qué malo soy”, el paranoidismo se deriva de las creencias negativas respecto de uno mismo (e.g. “soy malo y malvado”), de manera que la persecución o el castigo se viviría como algo justificado. En tal caso, cabe esperar encontrarse con estrategias interpersonales caracterizadas por la sumisión y la subordinación a los demás. Por contraste, cabría esperar encontrar un mayor uso de las estrategias dominantes entre los sujetos a los que la persecución les parece inmerecida (el paranoidismo del tipo “pobre de mí” o “pobrecito yo”).

Si aceptamos que la ideación paranoide puede estar fundamentada por las experiencias de un apego inseguro o rechazante, y mediatizada por la conducta interpersonal del individuo, entonces las primeras experiencias de apego también podrían explicar la vulnerabilidad al paranoidismo en virtud de las limitaciones en la disposición mental o la capacidad de mentalizar [esto es, en la disposición y la

capacidad para la elaboración mental]. Existe evidencia de que las personas que padecen manía persecutoria aguda tienen dificultades en comprender las intenciones y las motivaciones de los demás; en otras palabras, tienen un problema a nivel de teoría de la mente o de mentalización (Corcoran *et al.*, 1995; Frith & Corcoran, 1996; Corcoran *et al.*, 1997; Pickup & Frith, 2001; Herold *et al.*, 2002; Langdon *et al.*, 2002; Craig *et al.*, 2003; Randall *et al.*, 2003).

Al trabajar la desconfianza interpersonal es importante que el terapeuta no pierda de vista que la mentalidad paranoide se activa y se convierte en gran medida en un problema en el contexto del proceso de creación de relaciones cercanas y de confianza. Cuando se analizan y abordan directamente dentro de la relación terapéutica los problemas relacionados con la mentalidad paranoide, ello puede brindar un importante ejemplo de cómo determinados estilos cognitivos y estrategias compensatorias pueden dificultar el desarrollo de un compromiso abierto y aceptador. Las técnicas racional-didácticas y las técnicas cognitivas tendrían, pues, que variar de acuerdo con el nivel de implicación y la flexibilidad reflexiva de la relación terapéutica.

Problemas relacionados con el término “paranoide”

Es importante llegar a un acuerdo en los términos con respecto a qué se entiende por “paranoide”. Hemos comprobado que es sumamente útil analizar con la persona el significado del término. El proceso de analizar el significado asociado al término “paranoide” puede conducir al desarrollo de una sugerente narrativa. Los sujetos suelen hablar de significados relacionados con la cultura de la droga (e.g. estar “parana”), o con la enfermedad mental, o de significados más idiosincrásicos relacionados con la debilidad o la anormalidad. De hecho, dependiendo de cómo responda la persona a la pregunta de “¿Qué entiendes por ‘paranoide’?”, ello puede tener una marcada influencia sobre la estructura del discurso en desarrollo. Por ejemplo, el siguiente ejemplo está tomado de una conversación que tiene por objeto analizar el significado del término “paranoide”:

T: ¿Qué entiendes por “paranoide”?

P: Bueno, es un signo de debilidad, ¿no? No ha sido nunca mi caso, pero si dejas que alguien se dé cuenta de que eres paranoide, la has cagado, ¿no? ¡Irán directos a por ti!

T: ¿Puedes explicarme qué quieres decir con “irán directos a por ti”?

P: Que ya te tienen; que te molarán a patadas.

T: Vale, de modo que según tú el paranoidismo es un signo de debilidad. ¿Puedes decirme algo más respecto de qué entiendes con esta palabra?

P: Bueno, vamos a suponer. Si estás, ¿sabe?, en un grupo como, por ejemplo, una pandilla de moteros o algo así, y haces algo mal y acto seguido te dan el pasaporte, y entonces te quedas fuera y ya no puedes ir de chulo, y ellos pueden atacarte porque, ¿sabe?, ahora estás fuera del grupo, eso es lo que quiere decir paranoide, ¿no?

Así pues, en este ejemplo más extremo del comienzo de un discurso sobre el paranoidismo, el paciente desarrolla toda una interpretación o concepción del paranoidismo como un signo de debilidad o, por consiguiente, de vulnerabilidad a los posibles ataques, además de como un signo de estar fuera y de una pérdida de confianza en sí mismo. Ante semejante interpretación, resulta difícil que el terapeuta y el paciente puedan mantener un discurso colaborador, dado que el marco interpretativo actual compele al paciente a no aceptar el término en relación con sus propias experiencias vitales. En su lugar, el terapeuta puede analizar las experiencias de amenaza interpersonal y cómo la persona se ha mantenido resistente y fuerte ante la adversidad. De este modo, el terapeuta puede obrar con tacto con objeto de desarrollar una visión evolutiva y biográfica de las experiencias amenazantes a nivel interpersonal, junto con una detallada descripción de las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de dichas experiencias. En este sentido, el terapeuta siempre mantiene la actitud de que los significados específicos en relación con la amenaza interpersonal son producto de la compleja interre-

lación entre los acontecimientos vitales y las relaciones y contactos interpersonales, que explicarían la forma en que el sujeto y demás personas significativas se han relacionado dentro de dicho marco de referencia a lo largo del tiempo, y qué significados e interpretaciones ha desarrollado el individuo con el fin de darle un sentido a dichas relaciones. El breve ejemplo mencionado más arriba quedaría contextualizado por la siguiente descripción clínica:

Bill

Bill tiene 20 años y creció en un pequeño bloque de viviendas en el centro de Glasgow en una amplia familia de ocho hermanos. Jamás llegó a conocer a su padre. Su madre tenía que trabajar muchas horas y Bill no tiene muchos recuerdos positivos de que lo trataran con amor o con cariño. Una hermana mayor que vivía en la casa fue quien lo crió. Tenía cuatro hermanos mayores, tres de los cuales tienen problemas de larga duración con las drogas. Tiene una hermana menor y un hermano menor. Un amigo de la familia, que ahora está en la cárcel, abusó sexualmente de él hasta entrada la pubertad. Durante este período tuvo una serie de problemas en relación con una escasa asistencia a clase, consumo de drogas y conducta antisocial. Se fue de casa a los 16 años y durante los últimos cuatro años ha vivido la mayor parte del tiempo en la calle. Durante este período aprendió a recelar de los motivos de los demás y ha mantenido una actitud hostil hacia las personas que no conoce. En este tiempo, jamás ha hablado con nadie de sus experiencias ni de lo que sentía. Un año antes de derivarlo al servicio, tuvo su primera relación estable y su novia se quedó embarazada. Bill fue derivado a raíz de un episodio de manía persecutoria caracterizado por creencias de que unos mafiosos querían matarlos a él y a su novia, y que la televisión y la radio estaban dando información acerca de él.

Trabajar el estrés emocional personal asociado a la mentalidad paranoide

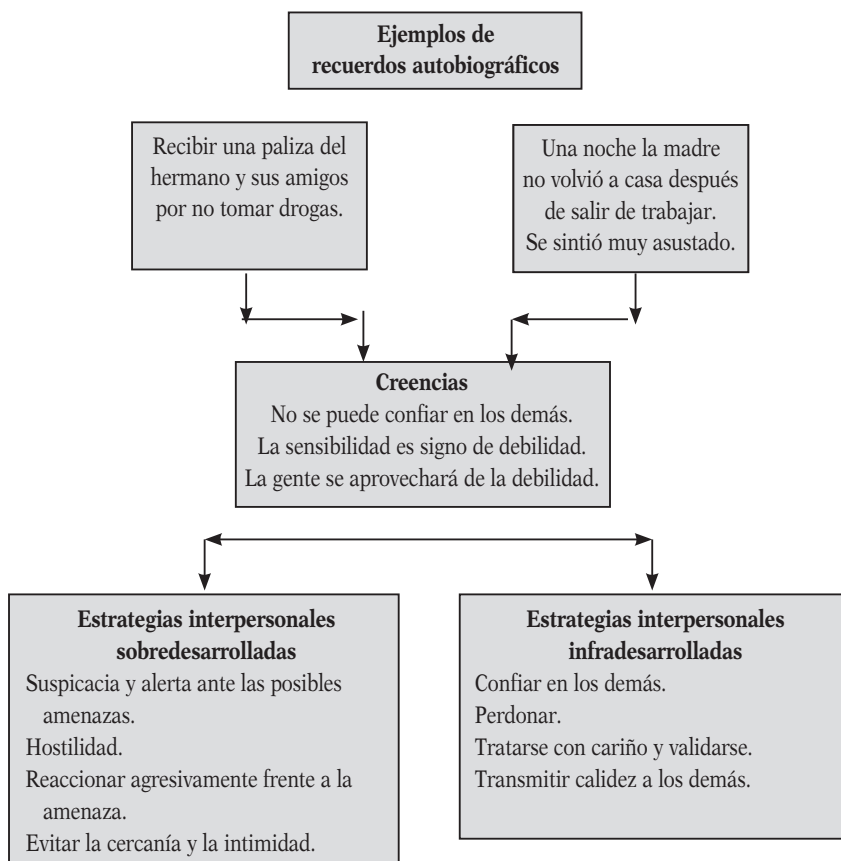
Dada esta concepción del paranoidismo, el objetivo del terapeuta es trabajar prudentemente junto con la persona con objeto de ayudarle a tomar conciencia de las características inherentes a la mentalidad paranoide. El terapeuta puede analizar las ventajas y las desventajas del uso que la persona hace del paranoidismo como estrategia. El terapeuta puede centrarse en las distintas formas en que el paranoidismo ha demostrado ser útil en la vida de la persona, así como en las situaciones vitales o las relaciones interpersonales que han podido provocar el desarrollo de dicha reacción. Con ello, el terapeuta comienza a esbozar la relación entre los acontecimientos vitales, las relaciones interpersonales y el desarrollo de una actitud paranoide. Ello permite que el terapeuta y el paciente puedan identificar situaciones específicas en las que tuvo sentido desarrollar una actitud paranoide. Con ello, el terapeuta mueve al paciente a reflexionar sobre sus experiencias y analizar el valor estratégico o de supervivencia del paranoidismo dentro de su contexto social y emocional. Ello le brinda al terapeuta la estimable oportunidad de validar la experiencia de la persona, pero también de sugerir una narrativa normalizadora y aceptadora a propósito del desarrollo y del contexto del paranoidismo.

Parece importante destacar la actitud abierta y transparente necesaria para dar este paso terapéutico, que se ve óptimamente facilitado dentro del contexto de una alianza terapéutica positiva en la que puedan cobrar forma la confianza, la comprensión y la aceptación compasiva. Dentro del contexto de reconstruir el sentido de estas experiencias partiendo de situaciones interpersonales pasadas, el terapeuta tiene que sentirse capaz de reflexionar acerca del efecto que ello pueda tener sobre la relación terapéutica y de abordar abiertamente cualquier sensación de desconfianza o malinterpretación. Con ello trata de alentar el desarrollo de una actitud metacognitiva: esto es, la capacidad de reflexionar sobre los propios pensamientos y sentimientos y de emitir juicios sobre los mismos.

De esta forma el terapeuta puede después animar amablemente a la persona a analizar las consecuencias negativas del paranoidismo en relación con el propio bienestar, la sensación de cercanía, calidez y filiación con los demás, y la capacidad de confiar en los demás y comprenderlos. De esta forma es posible formular y comprender la interrelación entre los acontecimientos (e.g. el acoso escolar), las creencias (e.g. no se puede confiar en los demás), las emociones (e.g. miedo, ansiedad, turbación) y las conductas para afrontar las relaciones (e.g. evitación, suspicacia y vigilancia, precipitarse a sacar conclusiones). La figura 7.1 presenta una formulación diagramática del mantenimiento de la mentalidad paranoide tomando de ejemplo las experiencias de Bill.

De esta forma el terapeuta puede ejemplificar cómo las creencias de la persona respecto de los demás, en tanto que caracterizadas por la desconfianza, el peligro y la explotación, se enraízan en experiencias vitales importantes y emocionalmente destacadas y cómo a su vez dichas experiencias pueden haber sido modeladas con el tiempo dentro del contexto de experiencias confirmatorias y en contradicción con otros aspectos del autoconcepto, tales como el anhelo de ser aceptado. Esta es una parte importante del proceso de validación y apoyo. El terapeuta también puede contribuir a transmitir una explicación cálida, compasiva y amable respecto de la evolución de las creencias paranoides. Este es un paso importante de cara a ayudar a la persona a desarrollar una actitud y una mentalidad igualmente no crítica, amable y cálida que puede ser de utilidad para comunicarse con la mentalidad paranoide. Adicionalmente, la interrelación entre las creencias y la forma de afrontar las relaciones le ofrece a la persona la oportunidad de analizar cómo las estrategias interpersonales se han sobredesarrollado o infradesarrollado y cómo dichas estrategias pueden involuntariamente distorsionar las experiencias interpersonales, impedir el desarrollo de la confianza y mantener la sensación de soledad, aislamiento, vulnerabilidad y amenaza. Al emprender este proceso de formulación, puede ser importante ajustarse al contexto evolutivo del paranoidismo, particularmente al entorno en el que se educó la persona, las experiencias traumáticas, los malos tratos y los lazos con los iguales.

Figura 7.1 Formulación diagramática de la mentalidad paranoide



El terapeuta puede a continuación tomar en consideración una serie de posibles estrategias para ayudar a la persona a desarrollar la confianza y reducir la sensación de vulnerabilidad. Por ejemplo, el terapeuta puede trabajar junto con la persona con objeto de poder elaborar nuevas creencias tales como, por ejemplo, “Algunas personas sí podrían ser dignas de confianza”, “Sé hacerle frente a las amenazas procedentes de los demás”, “Sé cuidar de mi novia”. Estas nuevas creencias podrían analizarse y fortalecerse a través de una serie de estrategias basadas en la evidencia empírica, tales como

la comprobación histórica de las antiguas y las nuevas creencias, el uso de un continuum, el uso de experimentos conductuales para fortalecer las nuevas creencias, cuadernos para registrar la evidencia a favor y en contra de las antiguas y nuevas creencias, observar y registrar las estrategias interpersonales tales como el precipitarse a sacar conclusiones (al tiempo que tomando nota tanto de los costes como de los beneficios para sí mismo y para los demás), y abordar las imágenes o los recuerdos traumáticos que mantienen los esquemas interpersonales negativos. Adicionalmente, esta forma de entender el paranoidismo abre importantes posibilidades de cara a analizar la utilidad de una orientación compasiva para contribuir al desarrollo de una mentalidad de aceptación y solicitud compasiva con objeto de abordar las actitudes persecutorias (Gilbert & Irons, 2005). A continuación expondremos en detalle algunas estrategias específicas para trabajar las sensaciones constantes de desconfianza hacia a los demás y el paranoidismo.

Conciencia de la mentalidad paranoide

Es útil que el terapeuta concentre la atención en una situación específica incluyendo una descripción detallada de la reacción de la persona ante la percepción de una amenaza interpersonal. El terapeuta se esfuerza por alentar el análisis consciente y curioso (movido por el afán indagador) de las reacciones emocionales, fisiológicas, cognitivas y conductuales de la persona dentro de dicha situación. Adicionalmente, también puede alentar a la persona a analizar y reflexionar acerca de las reacciones (tanto internas como conductuales) de los demás. Las obstrucciones y los bloqueos durante este proceso pueden incluir que la persona no sea capaz de recordar sus propias reacciones ni las de los demás con suficiente detalle. El terapeuta podría responder a esta dificultad supervisando la viveza de las imágenes experimentadas durante el relato, supervisando otras situaciones específicas o animando a observar y registrar dichas reacciones entre las sesiones de terapia. El terapeuta también puede

reflexionar sobre el discurso y la relación terapéutica dentro de las sesiones, dado que los sentimientos hacia el terapeuta o la sensación de estar relativamente expuesto, provocada por la comunicación abierta y transparente, podrían entrar en conflicto con la sensación de seguridad que necesita sentir el paciente y dificultar su capacidad para analizar plenamente sus experiencias. El objetivo es desarrollar un mayor sentido de la conciencia de lo que sucede interna y externamente dentro de las situaciones interpersonales, desarrollar una mayor conciencia reflexiva y metacognitiva de los cambios que se producen a nivel de pensamiento, percepción y emoción, y alentar una actitud consciente, de curiosidad y no condenatoria hacia sí mismo. La narrativa que se expone a continuación ejemplifica este enfoque para favorecer el desarrollo de la toma de conciencia:

P: Salí del edificio y allí estaban esos tipejos, delante, ya sabe, dando vueltas. Eran cuatro. Sabía que me estaban mirando. Tomándome el pulso con la vista, ¿sabe? Dispuestos a darme una tunda.

T: ¿Qué pasó?

P: Agaché la cabeza y seguí andando. Oí que uno de ellos decía: “Ese tío está majara”. Y pensé: “Cabrón de mierda, te voy a dar una paliza”. Me volví y me fui directo hacia ellos. Entonces se pusieron a gritarme y echaron a correr. No tuve ganas de salir detrás de ellos.

T: Al volver a pensar en eso en este preciso momento, ¿qué fue lo peor de todo lo que me estás contando?

P: Bueno, el sentir que tienes que estar constantemente en guardia, que la gente únicamente quiere tomarte el pelo si les dejas, con tan sólo que les des un dedo.

T: Me gustaría que nos concentrásemos en eso. Sin dejar de pensar en esta situación, me gustaría que reflexionaras sobre tu forma de reaccionar ante esos tipos. Tal vez podrías empezar por el momento en que saliste del edificio.

P: Vale, bueno, no me gusta nada salir. Me pongo siempre tenso, mirando a todas partes, ya sabe. Apuñalaron a un tío la semana pasada en las escaleras del fondo. Salí. Vi que estaban allí dándo-

le patadas al balón. Uno de los tíos era enorme, llevaba una camiseta de los Glasgow Rangers. Lo había visto antes. A los otros no los conocía.

T: ¿Y qué fue lo que pensaste en aquel momento?

P: Me van a dar una paliza. Van a empezar a pelearse conmigo.

T: ¿Qué hiciste?

P: Me sentía muy “parana”, bajé la cabeza, pero no les quitaba el ojo de encima. Les veía por el rabo del ojo. Ellos me estaban mirando. Entonces fue cuando les oí que dijeron que estaba majara. Me puse furioso.

T: ¿Qué fue lo que pensaste cuando les oíste decir eso?

P: Que me estaban tomando el pelo, ya sabe, porque como he estado en el hospital y todo eso.

T: ¿Cómo te sentiste?

P: Verdaderamente mal, de lo único que tenía ganas era de echarle el guante al grande y borrarlo del mapa. Estaba rabioso.

A través de este discurso, el terapeuta puede observar y detectar los elementos claves de la respuesta del paciente a la amenaza interpersonal, incluida la vigilancia y el control, la desconfianza, la atención selectiva, la rápida toma de decisiones, la personalización y la reacción agresiva. Ello le brinda al terapeuta la oportunidad de comenzar a identificar y llamar la atención del paciente sobre sus reacciones cognitivas, emocionales y conductuales frente a la amenaza (véase tabla 7.1).

Desarrollo de una base lógica para aceptar el paranoidismo como una respuesta comprensible

La exploración de las características de la mentalidad paranoide como una respuesta evolucionada de supervivencia dentro del contexto de un mundo caracterizado por las amenazas interpersonales, le permite al terapeuta servirse de una información normalizadora para contextualizar el paranoidismo. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer referencia al carácter evolutivo de las respuestas de ataque

Tabla 7.1. Características de la mentalidad racional, la mentalidad compasiva y la mentalidad paranoide

<i>La mentalidad racional</i>	<i>La mentalidad compasiva</i>	<i>La mentalidad paranoide</i>
A la mentalidad racional le gusta analizar la evidencia.	La mentalidad compasiva siente empatía y simpatía por los afligidos y los que sufren.	A la mentalidad paranoide le preocupa detectar las amenazas procedentes de los demás.
Observa detenidamente y quiere saber todo lo posible antes de tomar ninguna decisión.	Le preocupa el crecimiento personal y ayudar a los demás a desarrollar su potencial.	Le preocupa llegar a una decisión con la mayor rapidez.
A la mentalidad racional le gusta disponer de distintas alternativas de entre las cuales poder escoger.	Le preocupa la curación, ayudar y escuchar las propias necesidades y las de los demás.	La preocupa la propia supervivencia.
A la mentalidad racional le gusta comprobar las cosas y realizar experimentos.	Escucha y hace preguntas acerca de los problemas de una forma amable y amistosa.	Le preocupa la seguridad.
A la mentalidad racional no le gusta que le influyan excesivamente ni la apelación a las emociones ni las conclusiones precipitadas.	La mentalidad compasiva perdona con facilidad y condena con dificultad.	No le preocupa refutar las amenazas ni recabar pruebas ni explicaciones alternativas.
La mentalidad racional sabe que el conocimiento es algo que se desarrolla lentamente.	No ataca, sino que se esfuerza por sanar, reconciliar y reparar.	Necesita actuar primero y pensar después.
La mentalidad racional sabe que aprendemos principalmente a partir del ensayo y error; que, de hecho, la mayoría de las veces aprendemos más de nuestros errores que de nuestros aciertos.	La mentalidad compasiva reconoce que la vida puede ser una fuente de dolor y que todos sin excepción somos seres imperfectos.	Le preocupa mantener a la gente a distancia. Los demás son potencialmente peligrosos.
La mentalidad racional intentará sopesar las ventajas y los inconvenientes de un punto de vista o una línea de acción en particular.	No se trata a sí mismo ni a los demás como meros objetos con un valor de mercado.	
A la mentalidad racional le gusta adoptar una visión a largo plazo de las cosas y reconoce que la mayoría de las veces solemos llegar donde estamos yendo paso a paso.		

y fuga programadas a nivel innato, con el fin de explicar el paranooidismo y la desconfianza. El terapeuta puede poner ejemplos de cómo podrían responder las personas en situaciones amenazantes a nivel interpersonal. El terapeuta se puede servir de unos ejemplos hipotéticos para ayudar a la persona a imaginar las reacciones de los demás en situaciones ambiguas a nivel interpersonal (por ejemplo, quedar con un amigo en un *pub* muy bullicioso en una zona desconocida de la localidad). El terapeuta puede utilizar sencillos diagramas para exponer la relación entre los pensamientos, las emociones, las fisiología y la conducta dentro de dichas situaciones. Ello puede ser útil con vistas a reflexionar sobre la utilidad de una actitud paranoide como una estrategia o un modelo mental y conductual sobredesarrollado de cara a afrontar las situaciones sociales, que puede haber tenido una función positiva o adaptativa dentro del contexto de determinadas situaciones o experiencias. Ello se puede enlazar con los antecedentes de la experiencia vital de la persona. Por ejemplo, el terapeuta y el paciente pueden trabajar conjuntamente con objeto de trazar una línea del tiempo que ponga de manifiesto la relación entre las experiencias vitales y el desarrollo de las creencias respecto de sí mismo y los demás. El terapeuta alienta a la persona a reflexionar sobre el efecto de dichas creencias en la evolución de la desconfianza y el paranooidismo. El terapeuta también puede considerar la posibilidad de alentar la observación y el registro de los distintos elementos de la mentalidad paranoide, por ejemplo, el precipitarse a sacar conclusiones, las sensaciones de amenaza interpersonal, las reacciones afectivas, etc.

Beneficios y costes de la mentalidad paranoide

Este proceso le permite al terapeuta comenzar a trabajar junto con la persona con objeto de reflexionar sobre la forma en que la desconfianza y el paranooidismo le han sido de ayuda ya sea en el presente o históricamente. Esta es una parte importante del proceso de validación y de desarrollo de la empatía terapéutica:

- P:* Siempre ha habido una parte de mí que ha pensado: “No te fíes de nadie, lo único que les importa son ellos mismos”.
- T:* ¿Y esa parte de ti te ha sido de utilidad en líneas generales?
- P:* Sí, es verdad, cuando vivía en la calle vi un montón de cosas malas. Como por ejemplo, me acuerdo una vez en un albergue que una noche un tío se puso, ¿sabe?, a llorar. Todo el mundo se dio cuenta de que era débil, le dieron una paliza. Si la gente te ve así, pueden tomarte ventaja y aprovecharse de tu debilidad.
- T:* Entonces una de las ventajas es que la gente no intenta aprovecharse de ti. ¿En qué otros sentidos se puede decir que no fiarse de los demás es útil?
- P:* Bueno, está en juego la supervivencia íntegra del más fuerte [el mejor dotado]. Si no te fías de nadie, no te pueden hacer daño. Como con mi tío, confié en él y me hizo verdadero daño.

Así pues, en este ejemplo el paciente comienza a reflexionar sobre algunas experiencias vitales particularmente fuertes, incluidos los abusos sexuales por parte de un tío y el ver que apalearon a alguien después de que diera muestras de alteración y, por tanto, de debilidad. En este ejemplo, el terapeuta prosigue analizando junto con el paciente sus experiencias concretas. Este proceso le permite al terapeuta comenzar a hipotetizar sobre la modalidad y la funcionalidad de las creencias que fundamentan la desconfianza. Por ejemplo, en el caso de este paciente se han podido identificar dos supuestos claves, a saber, “Si doy muestras de debilidad, los demás se aprovecharán de mí” y su correspondiente contrapartida que sería: “Si soy (parezco) fuerte, no me harán daño”. Estos son dos supuestos subyacentes muy importantes, que mueven los pensamientos, las emociones y las conductas dentro de las situaciones sociales y están enraizados en la experiencia vital personal. El análisis de los supuestos y creencias asociados le permite al terapeuta trabajar prudentemente junto con el paciente con objeto de que pueda expresar y verbalizar correctamente sus experiencias de desconfianza. El desarrollo de esta sincronía entre manifestar y comprender el afecto, entre la experiencia (la vivencia) y el significado constituye un precursor esencial

de cara a analizar los costes personales de la desconfianza y puede ser posible dentro del contexto de una relación terapéutica segura y contenedora, donde las dudas, angustias y vacilaciones puedan ser abiertamente expresadas y donde la experiencia de dichas reacciones emocionales no deseadas no obligue necesariamente al paciente a adoptar determinadas medidas de seguridad a nivel conductual:

T: Tu estrategia de no confiar en los demás y de hacerte el fuerte delante de los demás te ha reportado algunos beneficios importantes en tu vida. ¿Has tenido que pagar también algún coste? En relación con esta estrategia, me refiero.

P: No estoy seguro, supongo. Ya sabe que cuando estaba con mi novia hubo veces en que me sentí muy cerca de ella. Como cuando nació Josh. Eso estuvo bien. Pero después las cosas se estropearon. Ella no sabía qué hacer conmigo después de que empecé a ponerme agresivo con ella y acusarla de estar con la Mafia y con el IRA. Era como si ya no pudiera seguir confiando en ella. Me pensaba que la habían hipnotizado, ya sabe, y que entonces ellos me podían coger a través de controlarla a ella. Eso fue lo que nos llevó a romper. Ella estaba superalterada. Yo creía que ellos querían convertirme en un mártir o algo por el estilo, en una especie de Jesucristo.

T: Al pensar en esto en este preciso momento, ¿puedes decirme qué es lo que sientes?

P: Supongo que me siento simplemente muy estúpido. Yo, no sé, es como si la echara de menos y a veces me siento solo. Me gustaría mucho poder ver a Josh, pero ella todavía se sigue alterando mucho cada vez que me ve. Está siempre alerta para ver si me pongo “parano”. Tiene miedo de que se me vaya la olla y me lleve a golpes con alguien o con algo. Su hermano se pone muy protector.

T: ¿Cómo te sientes con todo esto?

T: Como un fracasado. Me siento muy mal. Me siento solo... ¿Sabe?, ella está al tanto de toda la movida con mi tío y tal, pero no comprende de verdad lo que es pasar por eso, ya sabe.

La narrativa anterior presenta, si bien de forma resumida, la creciente conciencia del paciente respecto de los costes de desconfiar de los demás; en el caso de este paciente, sus experiencias en relación con la disminución de la autoestima, las dificultades de relación, la soledad, las reacciones angustiadas de los demás y el estrés emocional. Estos costes se pueden analizar prudentemente dentro del contexto de la formulación del caso y en relación con los objetivos del paciente. El terapeuta puede presentar el paranoidismo y la desconfianza hacia los demás como una estrategia evolutiva, pero excesivamente rígida y generalizada. Se trata de una estrategia que funciona bien a la hora de afrontar las posibles amenazas y puede perfectamente haber sido una estrategia muy importante en el pasado. Sin embargo, en el esfuerzo por rodearse de seguridad, la estrategia en sí misma genera una sensación de falta de seguridad y de vulnerabilidad personal. Ello socava la pretendida funcionalidad de la propia estrategia.

Desarrollo de estrategias interpersonales alternativas

Los costes del paranoidismo y de la desconfianza se pueden traducir en conductas y estrategias personales e interpersonales. Entre los costes más habituales del paranoidismo se pueden incluir los siguientes: con el tiempo puede derivar en un empobrecimiento de los contactos sociales, ausencia de relaciones cercanas y de confianza, disminución de la capacidad de mostrar afecto hacia los demás, dificultades a la hora de confiar en los demás, dificultades a la hora de reflexionar sobre los propios sentimientos y comunicarlos, de comprender los estados anímicos de los demás y sopesar la evidencia disponible a la hora de tomar decisiones. El proceso de alentar la reflexión es importante para el desarrollo de una conciencia metacognitiva respecto de la función y los costes personales e interpersonales del paranoidismo. Dicha conciencia conduce a considerar otras estrategias interpersonales alternativas. Tales estrategias pueden desempeñar un importante papel en la reelaboración de los

esquemas interpersonales, especialmente si se llevan a la práctica conjuntamente con algunos experimentos conductuales encaminados a comprobar otras creencias alternativas más compasivas respecto de los demás:

T: Dices que Becky no lo acaba de comprender, que se altera mucho, que está alerta por si te pones “parana” y que tiene miedo de que se te vaya la olla. ¿Puedes hablar de alguna situación reciente en la que ocurriera esto mismo?

P: Sí. Fui a ver a Josh. Cuando llamé a la puerta, ella dijo que el niño estaba durmiendo y que no quería molestarle. Lo había oído mientras subía las escaleras y le dije: “Mira, sé que está despierto. Sólo quiero que me des un simple minuto, ¿vale?”. Entonces ella empezó a ponerse muy alterada otra vez. Dijo que yo estaba parana y que me fuera de allí. Pensé: tiene que haber alguien más dentro de la casa, ¿qué coño está pasando aquí?

T: ¿Cómo te sentías?

P: Ah, muy enfadado otra vez, como si a ella le trajera sin cuidado y Josh fuera a educarse sin un padre. Muy alterado, pero también muy “parana” otra vez.

T: Vale, parece que fue muy duro. Podemos dedicarle un tiempo a hablar de lo que sientes en este preciso momento, pero primero me gustaría que probemos una cosa. ¿Puedes ponerte en el lugar de Becky, ya sabes, imaginarte lo que podría estar pensando y sintiendo ella en esa situación?

P: Hmmm, vale, bueno... [pausa de 10 segundos]. Ella no se esperaba que yo apareciera, se preocupa un montón y no creo que se fíe mucho de mí.

T: ¿Podría explicar eso la reacción que tuvo contigo?

P: No lo sé con seguridad, siempre le ha sentado mal que la interrumpen cuando le está dando el pecho. Le gusta que todo siga un orden, que Josh siga una rutina, ya sabe.

T: Vale, así que ella no te esperaba, le gusta que Josh lleve una rutina ordenada y tiende a preocuparse. Vamos a imaginarnos entonces aunque sólo sea por un momento el tipo de cosas que

se le pudieron pasar por la cabeza cuando llegaste y que podrían explicar o ayudarnos a entender por qué se alteró tanto.

P: Quizás pensó que yo no estaba bien otra vez, ¿no? Quizás pensó que yo había ido a verla para discutir o algo así. El día antes yo había tenido una bronca con su hermano. Estuvo tocándome las pelotas, diciéndome que no le caigo bien a su padre.

En esta narrativa, el terapeuta anima al paciente a mentalizarse de las reacciones de Becky ante su llegada. Con ello alienta un proceso reflexivo conducente a mentalizarse de las reacciones de los demás. El terapeuta está creando la oportunidad de analizar otras estrategias alternativas e infradesarrolladas con objeto de manejar-se dentro del ámbito de las situaciones interpersonales. En el caso de este paciente, el terapeuta analiza los beneficios de tener una comunicación más abierta con Becky, particularmente respecto de los acuerdos para visitar a Josh. Una de las dificultades con este tipo de narrativa es que se puede apelar a las explicaciones suspicaces o paranoides para explicar las reacciones y/o el malestar de la otra persona. Por ejemplo, en este caso el paciente podría haber pensado: “Estaba con otro hombre”. Es importante, pues, analizar adecuadamente las reacciones iniciales de la persona frente a las situaciones interpersonales, y poner de relieve que las valoraciones amenazantes o el hecho de precipitarse a sacar conclusiones podría actuar como un obstáculo para algunos objetivos importantes y valiosos dentro de la terapia. Es útil dedicar un tiempo a elaborar unos parámetros oportunos con el fin de analizar la comprensión que demuestra tener el paciente de las reacciones de los demás y ayudar a desarrollar otros puntos claves y otros parámetros más positivos con vistas a favorecer una confianza y una dependencia saludable respecto de los demás.

El desarrollo de estrategias conductuales e interpersonales alternativas se puede lograr a través de una serie de medios, incluido el diseño de experimentos conductuales, la observación y registro del efecto de otras estrategias alternativas, desarrollar la capacidad de la persona para imaginarse los estados mentales de los demás, o el

uso dentro de las sesiones de imágenes interpersonales incluyendo la incorporación de las nuevas estrategias. A través de dichas estrategias terapéuticas y dentro del marco terapéutico de una constante narrativa reflexiva, el terapeuta trabaja junto con la persona para encontrar otro tipo de evidencia o de pruebas que después se puedan engranar con otras creencias alternativas. Este proceso se describe con mayor detalle en el capítulo 10, que versa sobre las estrategias para trabajar los esquemas cognitivos interpersonales.

Conclusiones

En este capítulo, hemos identificado que uno de los obstáculos para la implicación y la recuperación [en el caso de las personas que han pasado por la experiencia de una psicosis clínica] es la presencia de una desconfianza interpersonal y una ideación paranoide constantes. Dentro de este contexto hemos abogado en favor de una determinada concepción, que enfatiza la importancia del paranoidismo y de la desconfianza como un estado mental evolucionado concebido para habérselas con las amenazas procedentes de los demás. Dicho enfoque implica un modelo terapéutico que alienta el desarrollo de una reflexión concienzuda y no condenatoria respecto de los orígenes, el desarrollo y la funcionalidad del paranoidismo dentro del contexto vital de la persona. Con ello pretendemos fomentar la capacidad del individuo de identificar sus reacciones paranoides frente a los demás como una respuesta mental y conductual ante a la percepción de una amenaza interpersonal. Adicionalmente, pretendemos fomentar un conocimiento consciente de las explicaciones alternativas de la conducta de los demás en virtud de alentar a la persona a mentalizar [elaborar mentalmente, tomar conciencia de] los pensamientos y los sentimientos de los demás. Este proceso está fuertemente enraizado en la relación terapéutica, que en sí misma está al servicio de contribuir al desarrollo de la autorreflexión y la mentalización. Como parte integrante de este proceso, el terapeuta procede a trabajar junto con la persona con objeto de identificar otras conductas alternativas e

infradesarrolladas a la hora de abordar las relaciones interpersonales que podrían utilizarse con vistas a negociar situaciones interpersonales difíciles, y de desarrollar otros esquemas cognitivos interpersonales alternativos. Dichas estrategias se analizarán con más detalle en los capítulos 9 y 10.

8

Trabajar las reacciones traumáticas a las experiencias psicóticas

Introducción

En este capítulo profundizaremos en la formulación de la psicosis como acontecimiento vital. Nos centraremos particularmente en los aspectos de la experiencia psicótica relacionados con la vivencia de peligro. Sin embargo, como dijimos en el capítulo 6, el lector advertirá el constante solapamiento con las vivencias de pérdida, paralización y humillación. Subrayamos la importancia de evaluar detenidamente las experiencias del sujeto en relación con la psicosis y con el tratamiento psiquiátrico, así como las experiencias relacionadas con otro tipo de traumas que puedan haber acontecido antes, durante o después del episodio psicótico. Adicionalmente, y en concordancia con los principios más importantes de la terapia cognitiva, el énfasis continúa recayendo en el contenido de las creencias, apreciaciones y atribuciones del sujeto. Pero también seguimos ampliando los conceptos que expusimos en capítulos anteriores, en los que propusimos que la estructura y la forma de la narrativa individual reviste una importancia clínica.

Esto es particularmente relevante a la hora de detectar aspectos dentro de la narrativa marcados por la pérdida de la coherencia y

de la colaboración. Dentro del contexto del trauma, la psicosis y la recuperación, las alteraciones en la narrativa suelen indicarle al terapeuta dónde puede haber algunos aspectos de la experiencia psicótica que están siendo evitados y que podrían serían abrumadores, indicando con ello que el procesamiento de la información continúa estando incompleto o falto de elaboración. La respuesta del terapeuta consiste en el análisis prudente, alentador y colaborador de dichos aspectos de la experiencia personal. Dentro de esta situación, con frecuencia los sujetos experimentarán cierto aumento del nivel de estrés emocional en relación con la exploración de la narrativa traumática. En razón de ello, el terapeuta deberá preparar prudentemente al paciente antes de adentrarse en un discurso de tales características en torno a la experiencia traumática. Dicha preparación incluye informar al paciente claramente de que su estrés emocional puede aumentar durante este proceso y que este incremento del estrés emocional forma parte integrante normal de analizar cuestiones delicadas que podrían obstaculizar la recuperación, y que el aumento de la emoción puede ser una señal de que la atención está recayendo sobre algunos significados emocionales relevantes e importantes. Un diálogo de tales características no sólo pretende mejorar la colaboración, sino brindar la oportunidad de que el paciente pueda reflexionar sobre su experiencia emocional. En relación con esto, en el capítulo 10 profundizaremos en los traumas más complejos. Los traumas complejos hacen referencia a los sujetos que se están recuperando de un episodio psicótico y al mismo tiempo también tienen una historia que incluye algún trauma y/ o pérdida sin resolver, que podría estar relacionada con experiencias infantiles tempranas tales como abusos, abandono [desatención, dejación] y pérdida.

La psicosis como un acontecimiento traumático

Como vimos en el capítulo 2, existe una creciente evidencia de que la propia psicosis se vive como un acontecimiento traumático. Hasta la fecha, siete estudios han analizado la prevalencia de la

sintomatología propia del trastorno por estrés postraumático (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) a raíz de un episodio psicótico (McGorry *et al.*, 1991; Shaw *et al.*, 1997; Priebe *et al.*, 1998; Meyer *et al.*, 1999; Frame & Morrison, 2001; Kennedy *et al.*, 2002; Jackson *et al.*, 2004). Estos estudios informan de que entre un 11 y un 67 por ciento de sujetos satisfacen los criterios del PTSD después de pasar por un episodio agudo de psicosis, si bien la prevalencia del tipo de síntomas relacionados con el trauma tales como, por ejemplo, la recurrencia de recuerdos intrusivos, es considerablemente mayor en algunos estudios (e.g. Meyer *et al.*, 1999). La mayoría de los estudios indican que la experiencia de los síntomas psicóticos es en sí misma la principal responsable del trauma del paciente (Meyer *et al.*, 1999; Frame & Morrison, 2001; Kennedy *et al.*, 2002; Shaw *et al.*, 2002). Sin embargo, algunos estudios también sugieren que los métodos utilizados para tratar el trastorno psicótico podrían tener una parte de responsabilidad (McGorry *et al.*, 1991; Frame & Morrison, 2001). Si bien la metodología de estos estudios ha sido criticada (Morrison *et al.*, 2003) y a pesar del hecho de que la psicosis aguda no está reconocida oficialmente como un acontecimiento que satisfaga los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para el diagnóstico de un PTSD, los hallazgos continúan pareciendo indicar que son muchos los pacientes que padecen una sintomatología postraumática significativa que se desarrolla a raíz del tratamiento y de la experiencia de una psicosis aguda. Los sujetos que participaron en estos estudios informan de la presencia de recuerdos intrusivos de experiencias estresantes relacionadas con la hospitalización, tales como la intervención de la policía, o relacionadas con los síntomas, incluidas las alucinaciones auditivas incontrolables, manía persecutoria, transmisión del pensamiento y fenómenos de pasividad. Los sujetos con un estilo de recuperación basada en el “cierre hermético” tienen más probabilidades de informar de un menor grado de experiencias intrusivas y un mayor grado de evitación, según la escala para la evaluación del impacto de los acontecimientos (*Impact of Events Scale*, Jackson *et al.*, 2004). Los sujetos con mayores niveles de despersonalización, desrealización e insensibilidad peritraumáti-

ca también presentan mayores niveles de experiencias intrusivas y de evitación (Shaw *et al.*, 2002). Tomemos el siguiente ejemplo de un caso, que muestra la naturaleza emocionalmente traumática de una primera recaída en la psicosis:

Amed

Amed es hijo único, tiene 18 años y fue derivado al servicio a raíz de un primer episodio de psicosis. Este primer episodio tuvo lugar dentro del contexto de una serie de problemas vitales crónicos y de larga duración. En su casa la falta de armonía y las discusiones eran constantes. Su padre había salido de Escocia para irse a trabajar al extranjero. Amed empezó a tener problemas en el colegio debido al absentismo, las peleas y el consumo de drogas. Cuando a los 16 años pasó al instituto, Amed siguió teniendo una serie de problemas en relación con el consumo de drogas, dificultades en hacer amigos y discusiones con su madre. Su primer episodio tuvo un inicio relativamente rápido de dos semanas, seguido de un ingreso hospitalario de cuatro semanas. Amed manifestó manía persecutoria, transmisión e inserción del pensamiento, y también una gran desorganización a nivel conceptual. A pesar de ello, tuvo una recuperación muy rápida en relación con sus experiencias psicóticas, pero fue derivado a terapia cognitiva debido a un aumento del ánimo deprimido a raíz de remitir los síntomas. Le preocupaban mucho los constantes problemas familiares y la ruptura matrimonial de sus padres. También estaba muy apenado por su futuro en relación con el efecto que su estilo de vida en torno al consumo de drogas y la psicosis podía tener sobre su futura educación y contratación laboral. Amed no toleró la medicación antipsicótica y la fue abandonando gradualmente con la ayuda de su psiquiatra a los tres meses de remitir los síntomas.

A lo largo de un período de nueve meses tuvo una excelente recuperación a nivel de bienestar social y emocional. Hizo nuevos amigos, retomó las clases en el instituto, ya no estaba

deprimido y había resuelto con éxito muchas de las diferencias con su madre y con su padre. Dada la recuperación tan favorable, el padre de Amed, que había regresado a Escocia a raíz del primer episodio, decidió volver a su trabajo en el extranjero. A las dos semanas de marcharse el padre, Amed fue ingresado nuevamente durante un período de cinco semanas de resultados de un segundo episodio de psicosis.

Una vez más, las experiencias psicóticas de Amed remitieron con rapidez. Pero en su primera revisión después del alta hospitalaria, se podía apreciar un cambio marcado en el afecto. El psiquiatra de Amed estaba preocupado por el aspecto tan diferente que revestía en esta ocasión. Tenía la impresión de que Amed padecía fuertes síntomas negativos y solicitó una evaluación psicológica adicional. Durante la misma, el habla de Amed era lenta y forzada. Evitaba el contacto ocular. Dijo que era incapaz de sentir nada positivo, que sus emociones estaban entumecidas. Que era como si ya todo le diera igual. Se sentía culpable y avergonzado. En relación con esto, se acordaba concretamente de que al ingresar en el hospital le preguntaron si había bebido alcohol. En ese momento cayó en la cuenta de que había estado bebiendo mucho y pensó: “Por mi culpa estoy aquí otra vez”. De cuando en cuando la descripción que hacía de los hechos se caracterizaba por la fragmentación y las descripciones semánticas muy generales de sus vivencias, por ejemplo: “Ya sabe, todo fue tan rápido, lo mismo estaba dentro (ingresado), que al momento estaba fuera”, o “Sí, estuve bien en el hospital, en realidad no fue nada”.

El terapeuta estaba sorprendido por la desproporción aparente entre las emociones que refería Amed y las descripciones tan vagas de la experiencia de este segundo episodio. En ulteriores sesiones, el interés recayó en este aspecto con objeto de poder profundizar en ello. Después de señalar esta desproporción, Amed y su terapeuta acordaron seguir analizándolo con más detalle. El terapeuta comenzó a centrarse en recabar detalles autobiográficos más específicos acontecidos en las semanas

anteriores al segundo episodio y durante el mismo. Se hizo evidente que Amed había estado teniendo recuerdos recurrentes e intrusivos de su psicosis. En concreto, refirió algunos recuerdos específicos de haber tenido un disgusto con sus amigos debido a discusiones originadas a raíz de algunas ideas delirantes, las cuales incluían ser el compositor de las canciones de una famosa estrella de rock. Estos recuerdos estaban asociados a una intensa sensación de vergüenza y turbación. En relación con esto, le venía una imagen visual muy vívida de sus amigos apelotonados en la clase, riéndose y burlándose de su desgracia. Junto con estos recuerdos, Amed tenía una sensación abrumadora de paralización y de pérdida.

En este caso, Amed no refirió ninguna amenaza específica para su integridad o para su vida ni la de los demás, que puede aparecer eventualmente en relación con las experiencias psicóticas. Por ejemplo, la manía persecutoria grave y las alucinaciones auditivas suelen asociarse a una amenaza directa para la propia vida o integridad física o la de los demás. Antes bien, las experiencias de Amed ilustran de forma característica muchas de las reacciones traumáticas que vemos en nuestra práctica clínica dentro de nuestros servicios. Amed describe una profunda sensación de amenaza para su integridad emocional y social en virtud de su propia conducta (beber, discutir con los amigos), de imaginarse presenciando la conducta humillante de los demás (los amigos riéndose de él a coro) y las posibles consecuencias sociales a nivel vocacional de un segundo episodio (e.g. el desempleo laboral y el ostracismo social). En relación con estas experiencias e interpretaciones, Amed habla de recuerdos intrusivos recurrentes, pesadillas, obnubilación, evitación cognitiva de pensamientos e imágenes, evitación social de los amigos y evitación de los servicios de salud mental.

Es particularmente trágico que éste sea el segundo episodio de Amed. Si bien las reacciones traumáticas que siguen a un primer episodio son importantes y puede que no sean infrecuentes, hemos

observado que el segundo episodio puede ser particularmente pernicioso a nivel emocional y psicológico. La experiencia de un suceso que se repite implica que ya no es posible dejarlo de lado como un hecho aislado o un acontecimiento excepcional. En el caso de Amed, la psicosis adquiriría ahora la cualidad de peligrosidad en virtud de su posible reaparición. Pensamos que la medida en que el hecho se vive entonces como algo amenazante y peligroso, en razón de la posibilidad o la probabilidad de una recaída, puede ser importante para comprender las reacciones traumáticas individuales frente a la psicosis. El lector no dejará de advertir el solapamiento con otros aspectos relacionados con los sucesos vitales tales como la sensación de paralización, pérdida y humillación que analizamos en el capítulo 6. Cuanto mayor sea el solapamiento entre estos distintos aspectos, mayor será el impacto emocional y psicológico.

La teoría del trauma

Ehlers & Clark (2000) proponen un modelo cognitivo de las reacciones individuales al trauma, que señala diferentes fuentes de valoración o apreciación para explicar la persistencia de las reacciones traumáticas. Los autores proponen que el trastorno por estrés postraumático (PTSD) se vuelve persistente cuando el sujeto procesa el trauma de una forma que conduce a la sensación de que existe una amenaza y/o un peligro actual grave. Dicha sensación se genera a partir de una serie de alteraciones en las apreciaciones personales y los recuerdos autobiográficos del sujeto. En primer lugar, las valoraciones responsables del mantenimiento de la sensación de amenaza actual incluyen las interpretaciones excesivamente negativas del suceso traumático en sí mismo y de las consecuencias del mismo. Tales apreciaciones de las consecuencias del trauma incluyen las interpretaciones que hace de la persona de sus síntomas específicos (e.g. los *flashbacks* o imágenes retrospectivas), de las reacciones de otras personas con posterioridad al suceso (e.g. rabia, horror) y de las consecuencias del suceso traumático para determinadas áreas de la

vida y objetivos vitales importantes (e.g. ser capaz de trabajar, economía) y para la calidad de vida (e.g. dolor y discapacidad).

En segundo lugar, se ha sugerido que las alteraciones en la memoria autobiográfica caracterizadas por la débil elaboración y contextualización, los intensos recuerdos asociados y la fuerte carga perceptiva, también contribuyen a mantener la sensación de amenaza actual. Ehlers & Clark subrayan asimismo que las consecuencias conductuales (e.g. evitar a los amigos, no hacer planes, no salir, llevar un arma) y los estilos de procesamiento cognitivo (e.g. supresión de pensamientos, rumiación, evitación cognitiva) se vuelven desadaptativos y problemáticos debido a que generan directamente síntomas postraumáticos (e.g. rumiación que conduce al aumento de las intrusiones). Por consiguiente, dichas estrategias impiden refutar las interpretaciones negativas del trauma y de las secuelas asociadas, y modificar la naturaleza de los recuerdos traumáticos.

Alteraciones de la memoria autobiográfica

Un factor particularmente importante para la recuperación y la vulnerabilidad a las recaídas en la psicosis son las asociaciones estímulo-estímulo o estímulo-respuesta eventualmente muy intensas entre determinadas experiencias internas, incluidas las experiencias psicóticas (e.g. la suspicacia y las ideas de referencia), y otras experiencias internas tales como la sensación de terror, o bien experiencias externas como la hospitalización y las críticas procedentes de los demás. Estas fuertes asociaciones aumentan la probabilidad de que se desencadenen recuerdos intrusivos no deseados y de que se revivan intensamente las experiencias emocionales estresantes.

Por ejemplo, durante el tratamiento una paciente habló de que durante las primeras fases de la recaída el sonido de susurros o murmullos desencadenaba los recuerdos intrusivos de oír voces. Volvía a revivir el recuerdo de su madre mirándola con horror mientras estaba teniendo alucinaciones que le daban órdenes, gritándole que matara a su madre y que después se matara a ella misma. Shaw y colaboradores (1997) encontraron que durante la psicosis, los sujetos valoraban las

experiencias que implicaban una sensación de pérdida de control como las más penosas y estresantes. Estas experiencias de “pérdida del control”, que incluían la reclusión forzada, el sentirse controlado por fuerzas externas, las alucinaciones visuales y la inserción del pensamiento, se asociaban con los niveles más elevados de estrés emocional. Frame & Morrison (2001) encontraron que después de controlar la gravedad de los síntomas psicóticos, la experiencia de la psicosis explicaba una proporción substancial de síntomas postraumáticos, mientras que la experiencia de la hospitalización sólo explicaba una pequeña cantidad de dichos síntomas. Por consiguiente, es posible que ciertos procesos y experiencias internas tales como determinados síntomas o grupos de síntomas activen recuerdos visuales vívidos e intrusivos de episodios anteriores de psicosis y otros sucesos relacionados. Es probable que estos recuerdos constituyan la base de importantes significados y valoraciones experienciales, relevantes para el proceso de recuperación y de recaída. De hecho, es probable que tales experiencias mantengan la sensación de amenaza actual o inminente.

Sin embargo, también es posible que los sujetos que “sellan” sus experiencias psicóticas y consiguen aislar dichas experiencias de otros ámbitos de su vida, no tengan recuerdos explícitos de episodios anteriores. En tal caso las asociaciones pueden ser más implícitas. Por consiguiente, determinadas experiencias internas que recuerdan las recaídas o estímulos ambientales aparentemente inocuos, pueden activar la sensación de miedo y de terror. Es probable que los sujetos se esfuercen por identificar los orígenes de dichas sensaciones (de estos “afectos sin recuerdos”) y en consecuencia se mantengan vigilantes en relación con otras formas de amenaza, por ejemplo, la vigilancia respecto del peligro interpersonal [esto es, del peligro relacional, procedente de los demás]. Congruentemente con esto, Meyer *et al.* (1999) encontraron que los sujetos que participaron en el estudio parecían minimizar los síntomas psicóticos. Los individuos se mostraban con frecuencia reticentes a hablar de los síntomas, reacción ésta que sugiere evitación, turbación, negación y esfuerzos por evitar parecer “locos”. Las experiencias psicóticas eran calificadas repetida-

mente de estresantes, particularmente la ideación persecutoria, las alucinaciones visuales y los fenómenos de pasividad, y los pacientes también informaban de la presencia de pensamientos intrusivos y recurrentes asociados en relación con dichas experiencias. Jackson *et al.* (2004) informan de la presencia de una correlación significativa entre la percepción por parte de los individuos de lo “estresante” de su ingreso inicial en el hospital y sus síntomas postraumáticos, pero no encontraron ninguna relación entre los síntomas postraumáticos y los síntomas psicóticos. Jackson y colaboradores también encontraron una relación entre el estilo de recuperación y los síntomas relacionados con la intrusión y la evitación. Los sujetos que tenían una tendencia a “sellar” sus experiencias psicóticas referían tener niveles inferiores de intrusiones y niveles más elevados de evitación. Harrison & Fowler (2004) estudiaron la relación entre los síntomas negativos, las experiencias traumáticas y los recuerdos autobiográficos en 38 sujetos que se estaban recuperando de una experiencia psicótica. Este grupo refirió un nivel más elevado de síntomas traumáticos en relación con la experiencia de la psicosis y la experiencia de la hospitalización. Los sujetos que informaron de un mayor grado de evitación de los recuerdos estresantes de las experiencias psicóticas y de la hospitalización, también manifestaban un nivel más elevado de síntomas negativos. Ello fue así incluso después de controlar la gravedad del estado de ánimo deprimido.

Según Ehlers & Clark (2000), es probable, pues, que los recuerdos débilmente elaborados se asocien a: (1) la dificultad en la rememoración intencionada; (2) una cualidad de “aquí y ahora” (poco o ningún contexto en el tiempo y el espacio) en relación con los recuerdos; (3) la ausencia de información ulterior (e.g. las voces no me hicieron atacar a mi hermana); y (4) la presencia de un desencadenamiento fácil en virtud de indicios psicológicamente similares. Por ejemplo, durante su ingreso en el hospital, una paciente recordaba la experiencia de haber sido tranquilizada rápidamente por el personal de enfermería. En lo sucesivo veía al personal de enfermería como un peligro para su integridad física y su bienestar, como personas agresivas y malévolas pendientes de la oportunidad de hospitalizarla y medicarla. En

consecuencia, los estímulos relacionados con el hospital, incluido su psiquiatra especialista, quedaron asociados a un aumento de la suspicacia y el paranoidismo. Esta reacción fue a su vez interpretada por el psiquiatra especialista como una evidencia de la constante ideación paranoide y de la necesidad de seguir aumentando la medicación antipsicótica. Por su parte, la paciente se exasperó cada vez más y decidió interrumpir la medicación.

Durante la terapia cognitiva, estas experiencias se analizaron con más detalle. Antes de ser tranquilizada, la paciente había pasado por un estado de elevada excitación y estrés emocional, lo que dificultaba el recuerdo detallado de los hechos. Adicionalmente, la evitación de los recuerdos y de las emociones abrumadoras asociadas a la rememoración de la experiencia inhibieron la elaboración y el procesamiento del trauma. Como parte de la terapia, se alentó a la paciente a hablar de sus experiencias con la actuación del personal de enfermería. El personal de enfermería manifestó su alarma ante el estrés emocional de la paciente y su intención de recurrir a una tranquilización rápida para aliviar sus padecimientos. En consecuencia, el detenido análisis y atención a las narrativas individuales durante la terapia puede revelar la presencia de alteraciones y de cierta fragmentación de los recuerdos autobiográficos en torno a la psicosis. En el caso de esta paciente, la mencionada cadena de sucesos se formuló en términos de un proceso de adaptación que incorporaba las malinterpretaciones del personal en relación con la aparente actitud recelosa y el comprensible malestar por parte de ella. Veamos la siguiente narrativa:

T: ¿Recuerdas algún acontecimiento en concreto anterior a la aparición de la psicosis?

P: No, en realidad no... [pausa de 11 segundos]. Cayó así como una bomba, ¿sabe? En un determinado momento estoy en el instituto haciendo mis cosas y acto seguido estoy en el club nocturno con esa voz de mierda diciéndome que me mate... [pausa de 4 segundos] no, no se me ocurre nada... sencillamente no hay nada que hacer, tío, ¿no?

Esta persona fue derivada debido al miedo persistente y altamente incapacitador a recaer. Durante el proceso de evaluación y de creación de un compromiso inicial, habló de una serie de creencias claves respecto de su recuperación. Dichas creencias consistían en que la psicosis constituía un hecho inevitable, repentino e incontrolable. De hecho, la estructura y el contenido de la narrativa anterior lo pone de manifiesto claramente. Durante la terapia, el análisis detenido reveló que sí había de hecho una serie de sucesos vitales graves, incluido un largo período de desempleo laboral, lo que condujo a sentimientos de depresión (e.g. pérdida, paralización); la finalización de la relación con su novia a iniciativa de ésta, lo que condujo a sentimientos de pérdida y un aumento de la ideación autocrítica (e.g. humillación, pérdida/separación); y adicionalmente la aparición de un episodio de depresión grave en su hermana, lo que condujo a un aumento de la preocupación y la inquietud respecto de la salud y el bienestar de su familia (peligro/amenaza). Ninguno de estos factores contextuales esenciales aparecen en la narrativa expuesta más arriba y, por consiguiente, ello puede fácilmente conducir a la sensación de que la psicosis es un hecho repentino, incontrolable, impredecible y extraordinariamente amenazante.

Asimilación y acomodación

Las experiencias psicóticas son procesadas dentro del contexto de las creencias, expectativas y actitudes individuales preexistentes. Janoff-Bulman (1992) propone que las creencias que una persona tiene respecto de sí mismo y del mundo antes de la aparición de un acontecimiento traumático son cruciales a la hora de comprender su recuperación emocional respecto del trauma. De acuerdo con esta teoría, un suceso traumático hace añicos los supuestos del sujeto respecto de que es invulnerable y digno, y de que el mundo es predecible y comprensible. Según este modelo, el afecto negativo, incluida la depresión y la ansiedad, son consecuencias normales y necesarias del trauma y de la subsiguiente necesidad de revisar la

valoración de sí mismo y del mundo. Sin embargo, como se mencionó en capítulos anteriores, las personas que pasan por la experiencia de una psicosis clínica suelen haber sufrido adversidades y traumas en otros momentos anteriores de su vida. No sería, pues, razonable esperar que muchos de los sujetos que desarrollaron una psicosis sostengan la creencia de que son invulnerables y de que el mundo es un lugar predecible y seguro. En consecuencia, si bien la propuesta de Janoff-Bulman de que las creencias previas al trauma pueden determinar la adaptación a la psicosis coincide con la explicación evolutiva de la psicosis, también podría ser, como sugieren Power & Dalgliesh (1997), que el trauma confirme más que anular las creencias y los supuestos del individuo respecto de sí mismo y del mundo. Las adversidades tempranas podrían haber conducido a desarrollar las creencias respecto de la vulnerabilidad o la anormalidad personal, las cuales posteriormente se ven confirmadas por la experiencia de la psicosis.

La adaptación a la psicosis y el trauma asociado a las experiencias psicóticas o al tratamiento obligatorio puede entenderse de la mejor forma con la ayuda de los conceptos piagetianos de asimilación y acomodación. La asimilación se refiere al proceso por el que la información es alterada y distorsionada con objeto de ajustarla a las creencias preexistentes. Por su parte, la acomodación implica modificar las creencias existentes con objeto de aceptar la nueva información. Este último proceso [la acomodación] es más difícil y arduo de lograr por parte de la persona.

Hollon & Garber (1988) proponen que la acomodación es necesaria para poder integrar un suceso traumático. Resick & Schnicke (1993) también proponen que el trauma se interrelaciona con las creencias preexistentes del sujeto relativas a sí mismo, el mundo y el futuro, y que en respuesta al trauma los sujetos pueden descartar sus creencias preexistentes (sobreacomodación) o bien distorsionar el trauma para ajustarlo a dichas creencias previas (asimilación). La sobreacomodación implica un cambio radical en las creencias y supuestos subyacentes; por ejemplo, al sujeto que se veía a sí mismo

como una persona competente y fuera de peligro antes de la psicosis, sus experiencias psicóticas pueden parecerle sumamente peligrosas, además de implicar que no tiene ningún control. En consecuencia, dicha apreciación dará origen a un nivel elevado de temor con respecto a una posible recaída. La asimilación, por su parte, representa un intento del sujeto por preservar sus creencias preexistentes, aun a pesar de su experiencia de la psicosis. Por ejemplo, el mismo sujeto puede servirse de unas estrategias cognitivas encaminadas a la minimización del trauma (e.g. “No pasó nada”, “Esto me pasó porque no me estaba alimentando correctamente”) o unas estrategias conductuales encaminadas a la evitación del trauma. Dichas estrategias pueden conducir a disminuir la depresión a corto plazo; sin embargo, el coste a largo plazo puede ser la correspondiente reducción de la conciencia del riesgo de recaer, la evitación excesiva e innecesaria, y la disminución del control sobre la enfermedad.

Los procesos de asimilación y sobreacomodación también pueden ayudar a explicar las atribuciones vergonzosas y humillantes respecto de la psicosis, además de la depresión secundaria. Por ejemplo, un sujeto que sostiene la creencia de que “a las personas buenas les suceden cosas buenas, a las personas malas les suceden cosas malas”, puede reaccionar frente a la experiencia de una psicosis clínica con una sobreacomodación (e.g. “Independientemente de lo que haga, me pasarán cosas malas”) conducente a un aumento de la indefensión y la desesperanza. O bien con la asimilación (e.g. “No tengo más remedio que haber hecho algo malo para que me suceda algo semejante”), conducente a un aumento de la culpa y la vergüenza. Según esta formulación, el elemento crucial sería la interrelación entre las creencias preexistentes respecto de uno mismo, el mundo y el futuro; la aparición de la psicosis como un incidente decisivo; y el intento del sujeto por asimilar su experiencia o por acomodarse a la misma.

El ejemplo del siguiente caso servirá para ejemplificar en lo sucesivo las intervenciones que se pueden utilizar para ayudar a los pacientes que presentan reacciones traumáticas dentro del contexto de su dolencia psicótica:

Susan

Susan vino por primera vez a los servicios de salud mental a raíz de sufrir una agresión en el instituto. Fue atacada por un grupo de compañeros del instituto y desarrolló problemas de ansiedad graves que le impidieron seguir yendo a clase, moverse por la ciudad y finalmente salir ni tan siquiera a la calle.

Vive con su madre en un pequeño piso de protección oficial en el centro de una gran ciudad. Su padre se fue de casa cuando ella tenía dos años y no ha vuelto a tener ningún contacto con él. Su madre jamás volvió a casarse ni tuvo ninguna otra relación después de separarse del marido. Tanto ella como su madre viven bastante aisladas y tienen pocos conocidos o amigos. La mayor parte de su tiempo libre lo dedican a estar juntas y disfrutan yendo de compras o al cine. En su adolescencia, Susan padeció importantes problemas de audición debido a los cuales tuvo que ir regularmente al hospital durante años para recibir tratamiento. A consecuencia de ello, le fue difícil desenvolverse e integrarse en la enseñanza primaria y antes de pasar a la enseñanza secundaria se sugirió que fuera a un centro de educación especial. Durante toda su época de estudiante sufrió el acoso de sus compañeros de clase y de los otros niños del barrio. Al cabo de cuatro años en el instituto, Susan dejó las clases y después de estar un tiempo sin estudiar fue a un centro de formación profesional de la zona, al que logró asistir durante unos seis meses. Al cabo de este período, dejó las clases y los estudios sin haberse presentado a ningún examen. En lo sucesivo Susan se limitó a quedarse en casa y en los dos últimos años su madre ha dejado de trabajar para dedicarse a ella por completo.

Durante la evaluación se puso de manifiesto que llevaba oyendo distintas voces desde hacía varios años a raíz de un importante episodio de acoso en el colegio. Las voces representaban diversas relaciones que le recordaban a otros tantos compañeros que reconocía del colegio y del instituto. Las voces consistían princi-

palmente en comentarios sobre su persona, su aspecto y lo que hacía. Refirió que con el tiempo también advirtió que las voces le influían en las decisiones que tomaba. Susan también padecía largos períodos de decaimiento en los que se sentía extremadamente triste, apática e incapaz de ver a nadie ni de hacer nada. En esos momentos de desánimo su madre solía encontrarla sentada en la cama de su habitación o bien tirada en el suelo y “con la mirada perdida”. Poco antes de ser ingresada, su madre la encontró acuchillando sus ropas, gritándole a la televisión y rompiendo fotos de ella misma. Cuando le llamó la atención sobre su conducta, no recibió respuesta alguna de su hija. Entonces fue cuando la madre decidió consultar a su médico de cabecera y Susan fue derivada a una unidad de urgencias psiquiátricas. En la unidad fue diagnosticada de esquizofrenia y se le prescribió medicación antipsicótica; al poco tiempo desarrolló graves efectos secundarios y a consecuencia de ello fue preciso cambiar varias veces el tratamiento farmacológico.

Analizar las reacciones traumáticas

Desde la perspectiva del paciente, el estrés emocional asociado a la psicosis aparece como un todo. La ansiedad, el ánimo bajo, el padecimiento sintomático relacionado con las voces y el paranoidismo no se experimentan de forma compartimentada. Antes bien, los aspectos cognitivos, emocionales y fisiológicos de la experiencia psicótica se viven mezclados y confundidos. De hecho, los pacientes suelen experimentar confusión en relación con sus reacciones traumáticas frente a la experiencia psicótica y no separan necesariamente dichas experiencias traumáticas de la experiencia de la propia psicosis. En consecuencia, el terapeuta necesita un tiempo para poder ayudar al paciente a separar y diferenciar los distintos estratos dentro de sus complejas experiencias. Uno de los aspectos más penosos de la experiencia psicótica puede ser la naturaleza omnipresente y generalizada

del estrés emocional asociado a la psicosis. Al paciente le puede resultar difícil desentrañar su experiencia con objeto de poder elaborar una explicación coherente y reflexiva respecto de su experiencia. La narrativa que aparece más abajo ofrece un ejemplo de la confusa mezcolanza entre el trastorno por estrés postraumático y la psicosis dentro de la experiencia global del estrés emocional:

P: ... y me cuesta muchísimo ir por la ciudad a las tiendas que me gustan.

T: Explícame por qué te cuesta tanto.

P: No lo sé con seguridad, lo único que sé es me pongo fatal.

T: ¿Cuándo fue la última vez que quisiste ir de tiendas y te pasó esto?

P: Justo la semana pasada, cuando quise comprar un regalo para mi madre... Bajé a la calle y me puse muy nerviosa y me vinieron esos pensamientos a la cabeza...

T: ¿Puedes hablarme un poco más de esos pensamientos y de esa sensación de ponerte muy nerviosa?

P: Me vienen esos pensamientos, es como si me volviera a pasar lo mismo otra vez. Me asusto, no sé qué hacer, los pensamientos se aceleran y tengo la sensación de que es más fuerte que yo.

T: Explícame qué es lo que está volviendo a pasar otra vez.

P: Es parecido a lo que sentí la otra vez. La cabeza se me dispara y me da la sensación de que no puedo hacer nada para detenerlo. Es parecido a cuando estuve en el hospital, me siento como si estuviera atrapada y no pudiera hacer nada para detenerlo.

T: ¿Cómo te sientes ahora mismo cuando vuelves a pensar en esto?

P: Me siento fatal... Lo veo venir dentro de mi cabeza, me veo a mí misma, es como volver a estar otra vez en el hospital, soy una paranoide al cien por cien.

En este breve diálogo podemos ver que la descripción que hace la paciente de su estrés emocional (“Me asusto, no sé qué hacer”) y de la sensación de revivir las experiencias (“Lo veo venir dentro de mi cabeza, me veo a mí misma, es como volver otra vez”) incluyen el procesamiento de un estado de amenaza. Fundamental para su

valoración de peligro es el solapamiento entre los síntomas postraumáticos (“Me asusto”) y los síntomas psicóticos (“Soy una paranoide al cien por cien”) dentro del contexto de una reacción de ansiedad. En consecuencia, una parte importante del proceso terapéutico consiste en elaborar una explicación y una formulación más detallada de los distintos componentes de las reacciones del paciente a los acontecimientos que simbolizan o le recuerdan sus experiencias psicóticas. El terapeuta analiza las experiencias tales como los pensamientos, las imágenes y los recuerdos intrusivos relacionados con la psicosis y demás hechos asociados. Una parte importante del proceso consiste en evaluar detenidamente los componentes esenciales de posibles reacciones postraumáticas, lo que incluye síntomas tales como las intrusiones, la evitación y la hiperactivación. Ello tiene que ir de la mano con el análisis de las correspondientes señales y desencadenantes de los recuerdos y *flashbacks* intrusivos. La narrativa que aparece a continuación ejemplifica el proceso de análisis de las primeras señales de la experiencia:

T: Me gustaría que analizásemos esta experiencia de acordarte de una forma tan viva de cuando estuviste ingresada otra vez. La situación que acabas de describir, ¿a qué te recuerda?

P: ... No lo sé. Es lo que siento, no sé de dónde sale ni de dónde viene.

T: Si haces el esfuerzo de retroceder mentalmente a la situación que estamos analizando, ¿recuerdas cuándo fue el momento en el que apareció esta sensación?

P: Hmmm, estaba en la puerta, mirando hacia fuera. Todo parecía muy agitado en la calle. Me asusté. Empecé a sentir pánico. Me viene, no sé por qué, y no puedo respirar. Estando en el hospital ya me pasó. Vi que la policía se llevaba a alguien. Pensé... La próxima soy yo. Me van a llevar a una cámara de gas...

T: ¿Qué fue concretamente lo que te recordó eso?

P: El no poder respirar. La sensación de asfixia. Pensé: me voy a morir y la gente está ahí mirando, sin hacer nada.

En esta narrativa vemos que la paciente sale a la calle y que la sensación de angustia y pánico dentro del contexto de encontrarse en

un lugar con mucho ajetreo y rodeada de otras personas desencadena la experiencia de revivir los hechos. Lo más notable es la cualidad sensorial de este recuerdo, en el que la sensación de asfixia activa una imagen muy vívida de la policía llevándose a un paciente en el hospital y la consiguiente explicación de: “Me van a llevar a una cámara de gas”. El terapeuta prosigue con el análisis de dicha experiencia, si bien en este ejemplo el proceso ha sido un tanto abreviado con objeto de ilustrar la exploración adicional de las reacciones de la paciente ante la sensación de revivir los hechos:

T: ¿Te pasa esto mismo otras veces?

P: Sí, me pasa constantemente, especialmente cuando trato de hacer algo sola, y por eso ahora no lo intento casi nunca. No fui capaz de pedirle a mi madre que viniera a buscarme para ir a comprarle su regalo de cumpleaños. Ni tan siquiera fui capaz de eso.

T: ¿Qué haces normalmente cuando sientes que revives todo eso?

P: Ah, le doy con la puerta en las narices. No pienso en ello. Me repugna tener que venir aquí. Me recuerda, ¿sabe?, a cuando estuve en el hospital. Sin ofender, ¿sabe?

T: En absoluto. ¿Qué haces para darle con la puerta en las narices y no pensar en ello?

P: Trato de pensar en otra cosa. Me voy a mi habitación a ver si puedo detenerlo. A veces me pellizco con fuerza. Pero tengo pesadillas en las que me peleo con la gente.

T: ¿Qué pasa cuando tratas de pensar en otra cosa o pellizcarte?

P: A veces se detiene. Normalmente trato simplemente de llegar a casa.

La narrativa comienza a poner de relieve los intentos de la paciente por evitar y suprimir los *flashbacks*, las intrusiones y la sensación de revivir los hechos. Esta narrativa ofrece una base para desarrollar un resumen reflexivo que subraye las relaciones entre su experiencia de la psicosis y los distintos componentes de sus reacciones. Ello brinda una base para elaborar una formulación individualizada del esfuerzo de adaptación psicológica de la paciente a raíz de la psicosis clínica.

Explicar las reacciones traumáticas

Un paso importante dentro del desarrollo de la labor terapéutica es el de compartir una explicación psicológica que incluya todos los aspectos de la reacción traumática del paciente. Ello le ayuda al paciente a clasificar y diferenciar sus reacciones en diferentes situaciones, y a comprender los orígenes de las intensas experiencias afectivas, fisiológicas y cognitivas que tienden a caracterizar las reacciones traumáticas. El terapeuta puede considerar la posibilidad de elaborar una formulación por escrito para el paciente con objeto de contribuir a la comprensión de sus experiencias y fundamentar algunos cometidos psicoterapéuticos importantes. A continuación se muestra un ejemplo de una carta dirigida a Susan escrita por su terapeuta resumiendo la sesión anterior:

Querida Susan:

Te esforzaste muchísimo la última vez que nos vimos. Fue una sesión difícil para ti porque hablaste de recuerdos atemorizantes de cuando estuviste en el hospital. Fue importante hablar de esos recuerdos porque parecen estar relacionados con uno de los elementos claves de tu lista de problemas, que es no ser capaz de salir sola. Me ayudó a comprender mejor de qué modo esta ansiedad que sientes ahora se relaciona con experiencias verdaderamente atemorizantes y traumáticas de cuando estuviste en el hospital.

Mucha gente dice haber vivido la psicosis como algo atemorizante y traumático, y han descrito reacciones muy similares a las que tú describiste la semana pasada. Uno de los aspectos más importantes de una experiencia traumática es que debido al estado de miedo y de terror que la gente siente en ese momento, los recuerdos de los hechos permanecen muy activos. Estos recuerdos contienen montones de emociones y de pensamientos muy intensos, que pueden ser tan abrumadores que la persona tenga la sensación de que está volviendo a vivir los hechos otra vez. Puede dar la impresión de que la única forma de afrontar estos recuerdos sea dándoles con la puerta en las narices.

De forma similar, hablaste de la sensación de revivir el tiempo que estuviste en el hospital y te sentías asustada y aterrada, particularmente cuando había otras personas a tu alrededor. Esto parece recordarte cuando estuviste en la unidad y sentías terror de que la policía fuera a matarte. Has afrontado esto tratando de quedarte en blanco, pellizcándote o quedándote en casa.

El problema con el que esto te deja es que estos recuerdos continúan invadiendo tu mente, como si no hubieran sido resueltos. Esto se traduce en que te sientes constantemente amenazada y al mismo tiempo no quieres pensar en ello ni hablar de ello. Es parecido a lo que sentías en el hospital. Pero lo que describes ahora es muy diferente de cómo estabas cuando te encontrabas mal. Esta es una reacción traumática al miedo extremo que sentiste en el hospital. Uno de los objetivos importantes de la terapia es ayudarte a analizar y comprender estos recuerdos atemorizantes y encontrar la manera de hacerles frente de una forma que permita reducir tu sensación de alteración.

Un terapeuta

Existen una serie de componentes dentro de esta formulación, entre los cuales se incluyen los siguientes: En primer lugar, el terapeuta trata de validar las dificultades de la paciente a la hora de expresar y analizar esta experiencia. En segundo lugar, el terapeuta ofrece una descripción normalizadora y no patológica de las reacciones traumáticas, que subraya la importancia de las emociones y de su explicación. En tercer lugar, sin abandonar este contexto, a continuación el terapeuta individualiza el relato de la paciente dentro del ámbito de dicho marco de referencia y muestra la diferencia entre la reacción traumática y la psicosis propiamente dicha. Por último, el terapeuta define el cometido terapéutico de abordar el procesamiento de los recuerdos traumáticos y el correspondiente estrés emocional asociado. Obviamente, este tipo de diálogo se puede entretener a lo largo del discurso terapéutico como un medio de comunicar la formulación clínica. El terapeuta también puede considerar la posibili-

dad de utilizar las formulaciones diagramáticas para poner de relieve los mecanismos específicos de mantenimiento.

Analizar el sentido inherente a los recuerdos y las imágenes traumáticas

Por su propia naturaleza, los recuerdos traumáticos tienen un fuerte carácter sensorial; con frecuencia aparecen fragmentados, inconexos y ponen de manifiesto una falta de coherencia. El principal cometido terapéutico consiste, pues, en ayudar a crear una narrativa consistente, no fragmentada y coherente de las experiencias traumáticas. Con objeto de hacer esto, el terapeuta tiene que estar atento a la aparición de rupturas e inconsistencias en la estructura, el curso y el contenido del discurso. En el caso de que a los pacientes les resulte difícil en un principio analizar verbalmente estos recuerdos, puede ser útil invitarles a elaborar un relato por escrito del hecho en cuestión. También en este caso el terapeuta se mantiene atento a los huecos en la narrativa, que podrían indicar aspectos específicos de la memoria que no han sido procesados o que están siendo evitados. Por ejemplo, al comienzo de la terapia Susan accedió a escribir un relato de cuando vio a la policía entrando en la unidad:

Susan: Estaba sentada en el rincón de los fumadores cuando de repente aparecen. Es horrible, parece que están muy enfadados. Iba alguien con ellos que tenía toda la pinta de ser un oficial. Me doy cuenta de que me están mirando... Han venido para coger a alguien y llevárselo. Oí que alguien estaba llorando dentro de la sala. ¿Qué daño les he hecho yo? ¿Han venido para detenerme? Oí que alguien decía: “¡Te van a llevar a una cámara de gas! ¡Eres mala!”. Estoy chorrando de sudor, temblando, no podía respirar bien. Uno de los enfermeros se acercó a mí y sentí pánico. Me dice: “Deja de gritar, estás alterando a los demás pacientes”. Corrí las cortinas y me escondí en la cama el resto de la noche, no recuerdo qué pasó después.

En la narrativa anterior, hay una ausencia de contexto en relación con el entorno inmediato, las otras personas, lo que pasó antes y lo que pasó después. También son significativos los cambios entre el pasado y el presente que le dan un carácter de “aquí y ahora”. La narrativa es breve. Al margen de su estado inmediato de alarma y las apreciaciones asociadas, la elaboración es pobre. También está presente una cualidad sensorial, particularmente respecto de su sensación de miedo y de pánico. Este suele ser el caso de los recuerdos fragmentados y faltos de elaboración que son característicos de las reacciones traumáticas. En consecuencia, conviene ayudarle al paciente a analizar las diferentes cualidades de las experiencias traumáticas. Suele ser útil dedicarle un tiempo a elaborar una narrativa que abarque la totalidad del espectro de las emociones, sensaciones y pensamientos del sujeto. A lo largo de este proceso, el terapeuta se sirve de preguntas abiertas con objeto de permitir la libre exploración del paciente. El terapeuta contribuye a enriquecer la narrativa solicitándole al paciente que describa ejemplos específicos y que aporte información contextual. Esto se puede facilitar llamando la atención del paciente respecto de algunos detalles específicos si bien aparentemente arbitrarios de la experiencia. El discurso que se expone a continuación ilustra este proceso:

T: Me gustaría que me describieras la escena. Quiero que incluyas todos los detalles que recuerdes. ¿Recuerdas qué estabas haciendo antes de que llegara la policía?

P: Acabábamos de comer y yo estaba sentada en el rincón de los fumadores echándome un cigarro.

T: Muy bien, ¿quién más había allí?

P: Bueno, había un tío, que siempre está fumando, tiene los dedos amarillos, y es un tío agradable y te pregunta quién eres. En la otra esquina estaba encendida la televisión, supongo que con las noticias, un accidente de tren... Había mucha agitación, muchísimo ruido y todo el mundo corriendo de acá para allá, los enfermeros, quiero decir.

T: Hmmmm, vale, ¿qué pasó después?

P: Bueno, no me acuerdo con seguridad de cuánto duró, pero seguía todo ese ajeteo de acá para allá... Supongo que alguien se había hecho daño, de hecho creo que alguien se había autolesionado.

T: ¿Y después?

P: Creo que esa era la razón de todo el ajeteo, me acuerdo de que la gente estaba muy alterada, Julie se puso a llorar, yo me sentía muy asustada y preocupada.

T: ¿Qué hiciste?

P: Traté de hablar con Julie y le ofrecí un cigarro, le dije que todo se iba a arreglar. Me parece que fue entonces cuando vino la policía... Automáticamente pensé que venían a por mí. Sentí verdadero pánico, no podía respirar...

T: ¿Puedes describirme cómo fue eso?

P: Fue horrible. Pensé que me iba a asfixiar. Parecía que me iba a morir. Estaba tan asustada, y fue entonces cuando oí que alguien decía: “¡Te van a llevar a una cámara de gas! ¡Eres mala!”. Ahora parece una locura, porque no sé lo que se siente cuando te gasean, pero daba la impresión de que era eso lo que estaba pasando. Era como si en aquel momento pensara que todo era por mi culpa y que era mala, y por eso el hecho de oír que me decían aquello fue lo peor que me podía imaginar.

T: ¿Cómo te sientes ahora mismo, al hablar de esto?

P: Me siento asustada, como si quisiera subirme por las paredes. Me siento estúpida, un poco tonta. Pero esa sensación de asfixia me lo hace revivir todo otra vez. Jamás llegué a saber si esa persona se puso bien o no. No sé si se murió. Jamás había tenido una experiencia igual antes. ¿Cómo se puede dejar a nadie en un lugar así y hacerle pasar por semejante situación cuando no estás bien?

La exploración detallada de los hechos traumáticos le permite a la paciente reflexionar sobre su experiencia y comenzar a explorar nuevos significados. Con ello, su narrativa se vuelve más contextualizada; se muestra capaz de reflexionar sobre otros hechos relacionados, otras personas y su reacción emocional en aquel momento. Se acuerda de la intensidad emocional de la experiencia, pero es capaz

de poner su reacción emocional en el aquí y ahora y diferenciarla de la sensación original de miedo y pánico. Adicionalmente, es capaz de reflexionar sobre el significado de la asfixia y sobre la coincidencia entre dicha sensación, su reacción de miedo y la afirmación de la voz. Ello le permite reflexionar sobre un aspecto de sus sentimientos irresueltos en relación con el suceso, a saber, el desenlace sin resolver del incidente de la autolesión. La elaboración de una narrativa coherente sienta las bases para explorar importantes significados vinculados al hecho traumático y las posibles resonancias que podrían tener en relación con la visión más amplia que el paciente tiene de sí mismo, los demás, el mundo y el futuro.

El desarrollo de la narrativa de un paciente pone de relieve toda una sugestiva red de significados personales relevantes que ofrecen importantes revelaciones en relación con algunos aspectos del trauma que permanecían sin resolver. Los temas relativos a la seguridad personal, la confianza interpersonal, el poder, el control y la autoestima pueden ser importantes dentro del contexto de las experiencias traumáticas asociadas a la psicosis. Una consideración importante dentro de la evolución de los significados traumáticos es su contexto histórico. Por ejemplo, una persona con experiencias difíciles de acoso durante sus años escolares y que es ingresada involuntariamente en un hospital, puede vivir el ingreso como una confirmación de su vulnerabilidad personal y de que no se puede confiar en los demás. Así pues, el desarrollo de una explicación de los significados personales más sobresalientes arroja luz sobre el proceso individual de adaptación a la psicosis y la forma en que las experiencias psicóticas se asimilan o acomodan al marco interpretativo de referencia preexistente y en proceso de desarrollo. Adicionalmente, los significados personales contribuyen a dar forma a las distintas respuestas afectivas del individuo tales como el miedo, la vergüenza, la turbación o la indefensión. Dichas respuestas son altamente idiosincrásicas y el terapeuta no puede dar por sentado que existan unas respuestas normativas específicas a unos sucesos específicos. Por ejemplo, la experiencia de un ingreso involuntario en el hospital puede perfectamente generar un miedo considerable en la perso-

na; sin embargo, puede que éste no sea el elemento esencialmente traumático del suceso en cuestión. Puede ser más bien la sensación de humillación y de pérdida de control por parte de la persona las que revistan un significado traumático fundamental responsable del estrés emocional y de la evitación.

Al explorar el incidente y los sentimientos asociados tal y como los describe, la paciente es capaz de relacionar sus reacciones emocionales y demás secuelas con los aspectos específicos del suceso y el sentido que tuvieron para ella en aquel momento. Ahora también es capaz de revisar estas percepciones dentro del marco de una narrativa más coherente que ya no está teñida exclusivamente por el miedo y la confusión:

T: Revisando lo que pasó cuando estabas en el hospital, ¿qué fue lo que más te alteró de todo?

P: Bueno, es muy duro, pasas por una cosa así y es como si no pudieras superarlo.

T: ¿Qué es lo más difícil de superar?

P: Bueno, es como no tener ningún control en absoluto, sentirte aterrada y pensar que te vas a morir y que no puedes hacer nada.

T: ¿Qué te dice todo esto ahora?

P: Que podría pasar en cualquier momento y que no puedo hacer nada.

En virtud del proceso de identificar los significados personales más notables, el terapeuta explora las raíces de dichas apreciaciones por lo que respecta a las resonancias con otras situaciones asociadas a la psicosis, o a su relación con otras experiencias temáticamente similares. En este sentido, el terapeuta podría explorar experiencias anteriores que fueran relevantes para el proceso de encontrar y dotar de un sentido. Ello se puede hacer siguiendo la pista de otros posibles recuerdos de experiencias emocionales similares:

T: La sensación de que no puedes hacer nada, ¿te resulta familiar?

P: Hmmm, puede ser. Hubo algunos momentos espantosos en el instituto. Estaba en un grupo de chicas y creía que eran mis ami-

gas. En aquel entonces no lo supe, pero me parece que tuvo algo que ver con que yo le gustaba al novio de una de ellas o algo así. Un día después de clase nos fuimos al parque y Gemma se puso a tratarme brutalmente, no me refiero físicamente, ¿sabe?, sino que empezó a tomarla conmigo, ya sabe, diciendo: “¿Quién te has creído que eres?” y demás cosas por el estilo.

T: ¿Cómo te sentiste?

P: Me sentí muy confundida, me acuerdo que pensé que debía estar bromeando, pero después las demás se unieron a ella y la cosa se puso muy fea. Después de eso no volví al instituto.

T: ¿Qué pasó?

P: Me rasgaron la ropa y me llamaron fea. Me hicieron andar de espaldas, llevaba la falda rasgada. Me sentí avergonzadísima. Me sentí totalmente perdida, eran las personas que yo creía que eran mis amigas y de repente se echaron encima de mí. Sigo sin saber por qué. Me asusté muchísimo.

T: Al volver a pensar en eso, ¿qué sentido le encuentras ahora?

P: No lo sé, el susto me duró una eternidad. Tenía la sensación de que debía haber hecho algo. Desde entonces siempre voy mirando detrás del hombro, no sé si sabe a lo que me refiero, o más bien por encima del hombro, quiero decir.

T: ¿Qué pensabas que habías hecho?

P: No lo sé, algo equivocado, algo malo, jamás llegué a saberlo.

T: ¿Qué relación guarda todo eso con lo que pasó en el hospital?

P: Que fue la primera vez que me sentí tan asustada y aterrada, cuando iba corriendo hacia mi casa, con la falda rasgada, pensaba que no podía respirar, y recuerdo que en el hospital tenía la sensación de que debía haber hecho algo, de que venían a por mí.

De esta forma, el proceso de encontrar un sentido le permite al individuo desarrollar una formulación activa y coherente de su experiencia emocional en virtud de la detección de significados claves. En este caso, la experiencia del hospital se asimila dentro de un marco interpretativo de referencia en evolución, que engloba las creencias respecto de las amenazas indefinidas, las malas acciones y el castigo.

Congruentemente con el enfoque desarrollado en el capítulo 6, el terapeuta trabajará junto con el paciente para desarrollar una explicación meditada y aceptadora de dichas experiencias.

Contrastar las experiencias psicóticas y el trastorno por estrés postraumático

Existen unos problemas específicos en relación con las reacciones traumáticas frente a la psicosis. Por ejemplo, puede ser difícil distinguir entre las experiencias psicóticas y las reacciones traumáticas. Ambas se solapan por lo que respecta a la presencia de sucesos intrusivos, ansiedad e hiperactivación, afecto acompañante asociado, y miedo y paranoia sobrealimentados. Por ejemplo, la psicosis se caracteriza por experiencias intrusivas tales como el oír voces, inserción y transmisión del pensamiento, pasividad y pérdida del control, mientras que el trastorno por estrés postraumático se caracteriza por pensamientos, imágenes, recuerdos y revivencias intrusivas. Ambos grupos de síntomas son fenomenológicamente similares en el sentido de que son intrusivos, indeseados y están fuera del control inmediato de la persona. Esto puede ser desconcertante y desorientador a nivel experiencial. En consecuencia, es útil trabajar junto con el paciente para desarrollar su capacidad de tomar conciencia de las diferentes cualidades de su experiencia. Ello es importante con objeto de abordar las valoraciones secundarias de los síntomas traumáticos que generan un estado de miedo y alarma. Por ejemplo, el paciente puede interpretar los síntomas traumáticos como signos de recaída, generando con ello un estado de miedo a recaer. Adicionalmente, ello es particularmente desconcertante cuando el contenido de los síntomas psicóticos es similar al material manifestado en las reacciones postraumáticas. Por ejemplo, el sujeto puede identificar erróneamente los síntomas traumáticos como síntomas psicóticos. Además, la persistencia de la sensación de amenaza y de peligro también pueden mantener el miedo en relación con una posible amenaza interpersonal.

En consecuencia, el terapeuta podría brindar información escrita sobre las experiencias asociadas a la psicosis y las experiencias asociadas al trauma, e invitar a la persona a sopesar las similitudes y las diferencias. Por otro lado, el terapeuta también puede alentar a la persona a reflexionar sobre las similitudes y las diferencias de sus propias experiencias. A modo de advertencia, si la persona viene padeciendo constantes experiencias psicóticas estresantes, es probable que dicha estrategia se aplique erróneamente y pueda generar un estrés emocional excesivo. Al explorar las diferentes cualidades de estas experiencias, es útil dedicar un tiempo a elaborar una narrativa que abarque la totalidad del espectro de sentimientos, sensaciones y pensamientos del sujeto. Dentro de este proceso, el terapeuta utiliza preguntas abiertas para permitirle al paciente reconstruir su experiencia dentro de un contexto seguro y contenedor. El terapeuta ayuda a enriquecer y contextualizar la narrativa pidiéndole al paciente que mencione y hable de ejemplos específicos. El cometido terapéutico consiste en crear una narrativa consistente, no fragmentaria y coherente de los aspectos traumáticos. El terapeuta explora junto con el paciente las similitudes y las diferencias entre las reacciones traumáticas y la propia psicosis:

T: Hablaste de que lo que sentías te recordaba a la última vez que estuviste en el hospital; ¿puedes hablarme un poco más de eso?

P: Sí, parecía que daba el mismo miedo, quiero decir, que la sensación por dentro era similar... No me estoy explicando demasiado bien.

T: Lo estás haciendo perfectamente; es difícil hablar de algo así.

P: Era como no saber qué es lo que va a pasar después. Y entonces, cuando me vino esa opresión en el pecho, ya no podía pensar con un orden, mis pensamientos me dominaban y me arrastraban junto con ellos.

T: ¿Hay alguna otra cosa que también sea similar?

P: El sentirme tan confundida, y la sensación de que ya no entiendo lo que me está pasando.

T: ¿Qué sentido le das a eso?

P: Es como si me estuviera volviendo a pasar otra vez. Me asusto.

T: Entonces vamos a probar a hacer algo diferente durante un momento. Vamos a pensar en las diferencias. ¿Ves alguna diferencia en relación a cómo te sientes ahora por comparación a cómo te sentías antes?

P: Ya no oigo voces. Ya no se trata tanto de pensar que he hecho algo malo, es más como si pensara que podría pasar algo malo, como si fuera a tener una recaída.

Este proceso permite identificar valoraciones secundarias responsables del mantenimiento de la sensación de miedo y peligro actual, mejorar la capacidad de la persona de discriminar entre las experiencias psicóticas y sus reacciones psicológicas y alentar el desarrollo de la autoconciencia y el autoconocimiento reflexivo. El terapeuta se mantiene atento a las interpretaciones que hace el paciente de sus experiencias emocionales, cognitivas y fisiológicas como evidencia de un peligro adicional, por ejemplo, el miedo a recaer. Este proceso se puede favorecer generando un entorno seguro que facilite la exploración adicional de determinadas experiencias, elaborando y comprobando valoraciones alternativas, ayudando a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento que mitiguen y alivien las reacciones de miedo, y generando oportunidades de explorar formas alternativas de afrontar situaciones difíciles. Por ejemplo, en el caso de Susan el terapeuta podría explorar algunas estrategias para mitigar su ansiedad, reatribuir sus interpretaciones de los síntomas como evidencia de una recaída, y aplicar estos conocimientos en situaciones que traigan a la mente estos desencadenantes. Para la paciente, las sensaciones de miedo y ansiedad evocan la impresión de la reviviscencia del temor. Su evitación de las situaciones que le provocan miedo le impide refutar su valoración negativa y reafirma la evitación como una estrategia de regulación emocional útil. Por tanto, el terapeuta podría trabajar en colaboración con Susan para alentarla a desarrollar otras explicaciones alternativas y aceptadoras de sus reacciones de miedo.

Conclusiones

En este capítulo hemos tratado de desarrollar algunos de los conceptos y de las ideas nucleares expuestos en el capítulo 6, pero con especial referencia a las reacciones traumáticas a la psicosis. Hemos subrayado la importancia de la relación terapéutica entre la narrativa dentro de este proceso y la atención del terapeuta a la fragmentación y las desconexiones en el discurso. Ello señala la presencia de aspectos traumáticos no resueltos o no procesados dentro de la experiencia. El proceso de exploración está vinculado estrechamente al desarrollo de la creación de un sentido. A este respecto, es de la responsabilidad del terapeuta facilitar este proceso, de manera que estimule la autorreflexión sensible (receptiva) y comprensiva. Adicionalmente, el análisis y la evolución de la narrativa dentro del contexto de las reacciones traumáticas facilita la elaboración y la contextualización de la experiencia. Hemos subrayado la importancia de identificar las posibles asociaciones emocionales con objeto de facilitar la conexión con los traumas o acontecimientos vitales pasados, o bien con las valoraciones actuales de la experiencia, por ejemplo, donde el solapamiento entre la psicosis y el trauma genera una sensación de amenaza actual y persistente. El terapeuta debe también andar con cuidado para no pasar por alto otras modalidades de valoraciones (apreciaciones subjetivas) indicativas de pérdida, paralización y humillación vergonzante.

9

Estrategias interpersonales

Introducción

En relación con los factores evolutivos, sociales y relacionales esbozados en el capítulo 3, nos gustaría hablar de los aspectos de la intervención que se centran en los factores de la vulnerabilidad interpersonal y las estrategias interpersonales en el tratamiento psicoterapéutico de la psicosis y el favorecimiento de la recuperación. La evidencia de amplio espectro procedente de la investigación y del ámbito clínico sugiere que el contexto ambiental social actual ejerce una influencia importante sobre el inicio, el curso y la manifestación de la psicosis (e.g. Johnson & Kizer, 2002; Barrowclough & Hooley, 2003).

Predominantemente se ha venido subrayando el papel de dos tipos de factores ambientales en el desarrollo de la psicosis: (1) la interrelación de acontecimientos vitales negativos recientes con el entorno social; y (2) la calidad de las relaciones sociales cercanas, a saber, del apoyo social en términos de contactos sociales positivos y saludables y la expresión emocional [EE] a propósito de las relaciones negativas con familiares cercanos u otras personas importantes. Como se mencionó en la primera parte, la EE se define en virtud de las rela-

ciones sobrecargadas emocionalmente e intrusivas y los comentarios críticos o la hostilidad manifestados por las personas cercanas. La bibliografía relativa al estudio de los acontecimientos vitales ha insistido una y otra vez en sugerir que los sujetos aquejados de psicosis experimentan un aumento de sucesos estresantes antes del episodio inicial o de episodios ulteriores. Adicionalmente, existe una evidencia razonable de que el apoyo social de otras personas importantes, particularmente ante la presencia de circunstancias estresantes, se traduce en un curso más positivo de la psicosis clínica. Sin embargo, las relaciones interpersonales negativas, la EE procedente de la familia y de las personas cercanas predice una frecuencia más elevada de recaídas. Es más, existe evidencia de que las intervenciones psicológicas desarrolladas sobre la base de los estudios sobre el apoyo social y la EE, respectivamente, son eficaces en el tratamiento de la psicosis y contribuyen a la recuperación y la vuelta a la normalidad.

El entorno social

Vulnerabilidades interpersonales

Una característica significativa del entorno actual de un individuo que afecta al curso de la psicosis clínica es la cualidad de apoyo o de no apoyo de las relaciones y contactos interindividuales. El apoyo procedente de la familia y los amigos puede amortiguar los efectos adversos del estrés o fortalecer directamente el funcionamiento social y la calidad general de vida, mientras que los niveles elevados de interrelaciones críticas y la sobreimplicación emocional (elevada EE) por parte de los cuidadores y las personas cercanas puede generar un estrés adicional y empeorar significativamente tanto el curso como el pronóstico de la psicosis.

Una serie de estudios han encontrado que los sujetos aquejados de psicosis experimentan menos apoyo social que diversos grupos de control, y que el bajo apoyo social aparece asociado a una mayor frecuencia de recaídas. Romans & McPherson (1992) encontraron que los psicóticos que participaron en su estudio refirieron tener

menos apoyo social que los controles comunitarios, pero no diferían significativamente de los controles que tenían antecedentes psicopatológicos. Los sujetos aquejados de psicosis disfrutaban de menos vínculos sanos y disponían de un menor apoyo social de resultados de una integración social más deficitaria. Ello aparecía asociado a niveles más elevados de síntomas residuales y una menor calidad de vida (Schwannauer, 1997). Kulhara *et al.* (1999) encontraron que el menor apoyo social se asociaba a una mayor frecuencia de recaídas en los pacientes psicóticos internos. Stefos y colaboradores (1996) encontraron que a lo largo de los últimos tres años las recaídas estimadas a partir de los expedientes médicos de 21 pacientes psicóticos recuperados, aparecían significativamente asociadas a un menor apoyo social, inadaptación en el ámbito de las actividades sociales y unas relaciones deficitarias con los familiares de segundo grado.

Los estudios prospectivos demostraban adicionalmente que la percepción de un apoyo social deficitario predecía un mayor número de recaídas y un período de recuperación más prolongado. En una mezcla de psicóticos recuperados, sujetos deprimidos y controles seguidos durante un año con la ayuda de autoevaluaciones de la adaptación social y la autoestima, Staner *et al.* (1997) encontraron que entre los pacientes psicóticos la desadaptación social y la baja autoestima predecían la recaída. En dos estudios prospectivos de sujetos psicóticos que incluían el uso de cuestionarios para valorar el apoyo social, Johnson y colaboradores (Johnson *et al.*, 1999, 2000) volvieron a encontrar que el apoyo social más deficitario predecía la necesidad de un período de recuperación significativamente más prolongado, así como la depresión residual. La asociación del apoyo social deficitario con los síntomas depresivos aparecía mediatizada por la baja autoestima.

Sin embargo, algunos de los hallazgos relativos a la calidad de las redes de apoyo social de las poblaciones psicóticas parecen un tanto contradictorios. En una muestra de sujetos afrocaribeños residentes en Nueva York y aquejados de esquizofrenia, Cohen & Kochanowicz (1989) encontraron que las redes sociales más pequeñas se asociaban

con niveles más elevados de satisfacción con el apoyo recibido, y que la frecuencia de los contactos con los familiares predecía altamente el reingreso hospitalario. Por contraste, en una muestra más amplia de personas diagnosticadas de esquizofrenia y con un historial clínico de un mínimo de 10 años, Müller *et al.* (1986) encontraron que un tercio de los sujetos vivían en un relativo aislamiento social y la mayoría decían tener unas redes sociales extremadamente pequeñas. Ambos elementos se asociaban a una adaptación social y un funcionamiento general más deficitarios. Julian Leff y colaboradores (1990) estudiaron el entorno social de un amplio grupo de pacientes psiquiátricos crónicos, y encontraron que los contactos relativamente superficiales e infrecuentes eran significativamente valorados por los sujetos aquejados de esquizofrenia, en tanto que las relaciones de confianza tenían menos valor. Las relaciones con profesionales se valoraban principalmente por su consistencia y el apoyo práctico que brindaban, además de por el hecho de ser menos exigentes a nivel emocional. Ahora bien, la dirección o la causalidad que pudiera estar en juego en estos hallazgos no está clara. Muchos de los grupos de pacientes estudiados en este contexto tenían unos historiales clínicos considerables y llevaban mucho tiempo al cuidado de los servicios psiquiátricos, lo cual se asocia de por sí a una integración social más deficitaria y una reducción de las oportunidades vocacionales. En un estudio que investigaba la evolución del entorno social en pacientes aquejados de esquizofrenia, Lipton y colaboradores (1981) encontraron que el tamaño de la red social se reducía drásticamente a raíz de un primer episodio de psicosis.

Dado que los hallazgos son un tanto heterogéneos, resulta difícil determinar si los déficits relativos en las redes de apoyo social están de alguna manera asociados al funcionamiento social deficitario y a unos niveles elevados de ansiedad social como parte integrante de la nosología de la psicosis, o si antes bien son el reflejo de las consecuencias de un modelo de enfermedad y de la relativa adaptación personal del individuo a la marginación y a las desventajas sociales y socioeconómicas. En el estudio piloto internacional de la esquizofrenia realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS,

1979), la adaptación social seguía figurando entre los predictores más firmes del resultado general, independientemente del curso y de la fenomenología. Es más, en la comparación que hizo la OMS entre 10 países en relación con el curso de la esquizofrenia (Jablensky *et al.*, 1992) con una muestra de 1.371 pacientes a lo largo de un período de dos años, los niveles más bajos de recaídas se asociaban a redes sociales que consistían en un pequeño número de relaciones emocionalmente cercanas y de confianza.

Calidad de las relaciones interpersonales

Los hallazgos expuestos más arriba en relación con los efectos del entorno social a lo largo del tiempo en los sujetos aquejados de psicosis, subrayan particularmente la importancia de la calidad de las relaciones y de las características y el estilo de relación por encima del nivel de integración social o adaptación social que durante largo tiempo se ha venido alegando como un marcador estable de los déficits asociados a la psicosis *per se*. Los estudios sobre la expresión emocional (EE) y la psicosis se han centrado en las características de las interrelaciones familiares de los sujetos. La EE como concepto operativizado ofrece una indicación de cómo hablan acerca de un sujeto los familiares o las personas procedentes de otros contextos sociales cercanos (incluidos los contextos relacionados con los servicios institucionales) durante el transcurso de una breve entrevista. A través del metaanálisis de 26 estudios, Butzlaff & Hooley (1998) determinaron la validez predictiva de la EE en el sentido de que el hecho de vivir en entornos con una elevada EE predecía un aumento de los porcentajes de recaída en no menos de un 100 por cien. Con el fin de analizar detenidamente la pauta relacional asociada, Rosenfarb *et al.* (2001) estudiaron el estilo afectivo de los familiares en el transcurso de una interrelación con 27 pacientes psicóticos a los que siguieron durante nueve meses. Los familiares de los sujetos que recayeron formularon más críticas y más muestras de apoyo durante las entrevistas que los familiares de los que no recayeron, y en el grupo de los que recayeron las críticas por parte de los familiares corre-

lacionaron positivamente con la ideación alterada de los pacientes durante el transcurso de la entrevista.

En términos de la calidad de las relaciones estudiada dentro del ámbito del paradigma de la EE, Bromet *et al.* (1984) encontraron que en una muestra combinada de pacientes psicóticos y pacientes deprimidos, los que tenían un nivel más elevado de síntomas en relación con la sintomatología general percibían a sus familiares de una forma más negativa en las subescalas de unión, expresividad, conflicto, énfasis moral-religioso y organización, incluidas dentro de una escala para la evaluación del entorno familiar. Miklowitz *et al.* (1995) encontraron que durante las entrevistas los familiares de los pacientes con mayor hostilidad/recelo formulaban más declaraciones intrusivas. Simoneau y colaboradores (1998) encontraron que los familiares con niveles elevados de EE tenían más probabilidades que los familiares con niveles inferiores de EE de manifestar complejas secuencias de intercambios negativos. Finalmente, Wendel *et al.* (2000) estudiaron los niveles de EE y las atribuciones de los familiares durante las interrelaciones con pacientes bipolares. Las atribuciones causales de los familiares con elevada EE en relación con el papel desempeñado por el paciente en los acontecimientos negativos eran más personales y más controlables que las de los familiares con baja EE.

Factores evolutivos

Existe cierta evidencia respecto de algunos factores tempranos asociados a los entornos y las relaciones sociales problemáticas en los sujetos aquejados de psicosis, a saber, la influencia de la educación brindada por los padres y de las primeras experiencias de apego. La mayoría de los estudios relevantes dentro de este ámbito han investigado si el estilo de educación de los padres de sujetos psicóticos se caracterizaba por un déficit de cariño y una elevada sobreprotección o un elevado control psicológico, modelo de educación éste utilizado principalmente en los estudios que investigan la presencia de factores evolutivos en la depresión, e.g. Parker (1983) (véase una revisión en Alloy *et al.*, 2001). En uno de los primeros estudios cualitativos, Davenport *et al.* (1979) entrevistaron a seis familias que incluían a

uno de los padres y un hijo adulto con un trastorno bipolar. Los autores advirtieron que dichas familias se caracterizaban por la evitación del afecto, la ausencia de relaciones cercanas al margen de la familia y la presencia de una madre dominante y de un padre emocional o físicamente ausente. Tanto Joyce (1984) como Cooke y colaboradores (1999) no encontraron diferencias respecto de la educación y el entorno familiar entre los grupos de psicóticos y los grupos normales de control. Ambos estudios encontraron que dentro del grupo de psicóticos, el entorno familiar aparecía asociado a la gravedad y el curso del trastorno. En Joyce (1984), los sujetos que afirmaron haber tenido unos padres poco cariñosos y sobreprotectores, habían sufrido más hospitalizaciones que los que no hablaron de unos padres de tales características. En el estudio de Cooke *et al.* (1999), dentro de un grupo de psicóticos los valores más bajos de expresividad familiar se asociaban a un historial de distimia comórbida, y los valores más bajos de unión familiar se asociaban a un historial de antecedentes de intentos de suicidio.

Otros estudios encontraron que la educación recibida (la crianza) y las experiencias de vinculación de los sujetos aquejados de psicosis diferían de las de los sujetos normales de control. En un estudio comparativo de sujetos aquejados de depresión bipolar y unipolar, Rosenfarb *et al.* (1994) encontraron que tanto los pacientes bipolares como los unipolares refirieron menos afecto maternal que los individuos normales de control, pero los sujetos bipolares no diferían de los controles en el afecto del padre o en la sobreprotección de uno u otro progenitor. En una valoración del apego explícito, tanto el grupo bipolar como unipolar refirieron menos apego hacia sus madres que los controles, pero no se diferenciaron de los controles en el apego hacia el padre o hacia los iguales. Por contraste, en una valoración del apego implícito, el grupo bipolar percibió un menor apego hacia su padre a lo largo de todas las fases del desarrollo, por contraste con los controles.

Resumiendo la evidencia relativa a las prácticas educativas, existe cierta sugerencia de una educación caracterizada por el escaso cariño y la elevada sobreprotección, las relaciones deficitarias en términos

de apego y los abusos infantiles en los antecedentes de los sujetos aquejados de psicosis. Existe también cierta evidencia de que una educación no lo bastante óptima y los antecedentes de abusos sexuales o físicos durante la niñez, podrían estar asociados a un curso más negativo en la evolución de la psicosis.

Los entornos relacionales como base para la intervención psicológica

En relación con la integración de estos conceptos y hallazgos empíricos dentro del marco del tratamiento psicológico, merece la pena resaltar que originalmente tanto el aspecto del apoyo social de las redes sociales y de la EE en los familiares se han venido entendiendo como características estables de los entornos sociales de una persona, que ayudan a explicar los actuales niveles de estrés emocional, vulnerabilidad a las recaídas y cronicidad de los síntomas. Tenemos la impresión, sin embargo, de que es preciso concebir tanto los entornos interpersonales como las interrelaciones familiares dentro de un marco de referencia más dinámico que incluya claramente la participación activa del individuo en la configuración de sus relaciones, además del hecho de ser una parte integrante y prominente de sus interrelaciones sociales. En este sentido, el concepto de apoyo social engloba tanto los aspectos positivos tales como el apoyo emocional y práctico y el compañerismo interindividual, como los aspectos estresantes y negativos de las relaciones personales y, en particular, las características de los estilos de comunicación y las interrelaciones que dentro del ámbito de la EE se ha señalado que influyen en las familias y los entornos sociales cercanos. Schuster *et al.* (1990) afirman que las mismas personas suelen ser la fuente del mayor apoyo y del mayor estrés. Por consiguiente, los conceptos de apoyo y de estrés interindividual se solapan dentro de la red de relaciones del paciente, y los procesos asociados a ambos fenómenos deben tomarse en consideración desde el punto de vista terapéutico, junto con la identificación de los procesos relacionales a abordar a

nivel de tratamiento. A este respecto, es probable que los mecanismos que rigen las interrelaciones positivas y las interrelaciones negativas sean igualmente complejos. En la formulación y el tratamiento de los pacientes aquejados de psicosis es, pues, esencial considerar todos los aspectos de sus interrelaciones sociales, la calidad de los vínculos, y los estilos y vulnerabilidades interindividuales que influyen en la calidad de su entorno social y su capacidad de utilizar las fuentes de apoyo social ya existentes, además de otras posibles.

Brown y colaboradores (1972) fueron de los primeros en señalar que existe una relación significativa entre la calidad de la red general de apoyo social y la EE, en el sentido de que el 90 por ciento de las familias con una elevada EE eran pequeñas en cuanto a tamaño y estaban socialmente aisladas. Los estudios sobre el apoyo social y la EE también son razonablemente consistentes en lo referente a indicar que tanto las relaciones positivas como las negativas y las interrelaciones resultantes con los familiares y amigos ejercen un impacto importante sobre el curso general de la psicosis. Existe una firme indicación de que los sujetos psicóticos con un apoyo social limitado o con familiares que tienen una elevada EE o un estilo afectivo negativo, tardar más tiempo en recuperarse, tienen una mayor probabilidad de recaer y sufren un mayor deterioro que los sujetos con un apoyo social elevado o con familiares que tienen una baja EE y un estilo afectivo positivo. Es más, existe una evidencia consistente de que la terapia familiar focalizada, concebida con objeto de reducir las interrelaciones específicas caracterizadas por una elevada EE por parte de los familiares y fortalecer las habilidades de comunicación familiar y el apoyo de la familia, disminuyen el riesgo de reaparición de un episodio dentro de un trastorno del estado de ánimo, y una evidencia incipiente de que las terapias de familia pueden ser eficaces de hecho en virtud de sus mecanismos inherentes. Sin embargo, es importante recordar que muchos de los estudios sobre el papel del entorno actual en la psicosis presentan importantes limitaciones metodológicas, incluida la falta de control del estado de ánimo actual y la falta de atención a los predictores de episodios específicos.

Terapias de familia

Al relacionar los entornos familiares actuales y las interrelaciones potencialmente negativas entre los familiares y los pacientes con los estresores actuales, es importante resaltar una vez más que es probable que uno de los principales estresores sea la propia experiencia de la psicosis. Las muchas y diversas consecuencias de este acontecimiento para los pacientes y sus familiares incluyen el aumento de la presión socioeconómica, la estigmatización por parte de la sociedad, acontecimientos vitales negativos específicos asociados tales como el desempleo, los cuidados institucionales y la falta de recursos comunitarios, etc. El impacto emocional de dichos acontecimientos sobre los pacientes y sus familiares por igual, puede incluir duelo, rabia, confusión, culpabilización y autoinculpación, todo lo cual exige un gran esfuerzo de adaptación y de asimilación. Las apreciaciones subjetivas individuales y los recursos disponibles a la luz de estos estresores determinan la capacidad de la familia y del paciente individual de recuperarse del impacto.

Los familiares suelen comunicar niveles elevados de estrés y de responsabilidad (carga) asociados al desarrollo de una psicosis por parte del sujeto. Dichas cargas incluyen, además de las interferencias inmediatas con las rutinas cotidianas y los estresores prácticos asociados al cuidado y la ayuda inmediatos requeridos por un familiar aquejado de psicosis, las cargas emocionales asociadas a la confusión, la indefensión aprendida y la dificultad en hablar del estrés y la tensión emocional con el paciente. La interrelación de estos factores tal y como son vividos por los familiares y el paciente derivan en unos estilos de comunicación y unas pautas de relación perniciosas, que a su vez aumentan el aislamiento familiar, además de la negatividad interindividual, lo cual puede influir en la recaída y la disfunción social y vocacional del paciente (McFarlane, 2002). Dicha interrelación se complica adicionalmente por la pérdida simbólica y el consiguiente duelo experimentados por los familiares en relación con su percepción de las expectativas relativas a qué hipotéticas oportunidades puede haber perdido la persona afectada. La experiencia

de esta carga familiar [la forma en que se vive] estaría asociada a la disponibilidad de una red de apoyo social más amplia (Clark, 1994; Solomon & Draine, 1995).

Los dos modelos principales de terapia familiar focalizada para tratar estos factores sistémicos de vulnerabilidad y para abordar pautas específicas de comunicación y de interrelación por parte de las familias a raíz de la aparición de una psicosis clínica en uno de sus miembros, serían los grupos de familias (e.g. Marsh, 1994; McFarlane *et al.*, 1995, 2000) y el trabajo psicoeducativo a nivel familiar focalizado específicamente en reducir la EE dentro de la familia (e.g. Barrowclough & Tarrier, 1992; Kuipers *et al.*, 1992; Leff *et al.*, 1995; véase Penn & Mueser, 1996, a fines de revisión). En general, todos los tipos de terapias familiares pueden reducir el riesgo de recaída y derivar en un menor número de ingresos hospitalarios (a fines de revisión, véase Pitschel-Waltz *et al.*, 2001; Pilling *et al.*, 2002). Dichos efectos positivos, sin embargo, no se pueden generalizar a los resultados observados en los pacientes a título individual hablando en términos de su funcionamiento personal, interindividual y social. Según una reciente revisión realizada por Barrowclough & Hooley (2003), ello se podría atribuir a la orientación en su mayor parte psicoeducativa, de solución de problemas y conductual de la mayoría de los tratamientos centrados en las familias, en lugar de abordar las atribuciones de los pacientes individuales y de sus familiares. Parece además impropio incluir en una formulación de las interrelaciones familiares perniciosas y de esta vulnerabilidad específica de cara a volver a la normalidad, los orígenes evolutivos de los estilos de comunicación deficitarios, de la falta de sensación de seguridad y de las dificultades de un determinado sistema familiar en particular en lo referente a contener la tensión emocional y el estrés asociados a la psicosis clínica, lo que incluiría comprender las pautas específicas de educación (crianza) y de vinculación que se interrelacionan con el actual funcionamiento familiar.

Está fuera del alcance de este manual de tratamiento ofrecer el perfil de un tratamiento familiar sistémico sobre la base de la integración evolutiva de sus distintas técnicas e intervenciones, pero sí

parece útil incluir los aspectos evolutivos y cognitivo-relacionales para favorecer la recuperación dentro de cualquier formulación individualizada, los cuales podrían constituir la base para la planificación de una intervención familiar adjunta.

El papel de la ansiedad relacional y de la retracción social

Como dijimos en su momento, la ansiedad social y la susceptibilidad interindividual desempeñan un papel esencial en el desarrollo de la psicosis y pueden constituir un factor significativo que afecte a la recuperación y la vuelta a la normalidad. El retraimiento social y el aislamiento social son factores habituales en los pródromos de un episodio psicótico, pero también pueden caracterizar el proceso de recuperación. La ansiedad es un componente habitual en la forma en que se manifiesta la psicosis. Puede darse históricamente antes de cualquier pródromo (Klosterkoetter *et al.*, 2001), o puede entenderse como un rasgo principal del pródromo manifestado a través del retraimiento social, la fobia social y el paranoidismo; estos aspectos pueden además ser evidentes durante el transcurso de un episodio agudo y también pueden ser un síntoma residual posterior al episodio, traduciéndose en dificultades para retomar las actividades normales, síntomas perturbadoras y aumento de la probabilidad de recaer (Preda *et al.*, 2002). Ello sugiere que la ansiedad (social) respecto de los demás constituyó un ingrediente clave en el desarrollo de síntomas psicóticos tales como el paranoidismo, la preocupación obsesiva y las percepciones distorsionadas.

La importancia de la ansiedad social como mediador de la depresión en la psicosis también se ha comprobado en dos estudios de terapia cognitivo-conductual grupal aplicada al tratamiento de la ansiedad social en la esquizofrenia, donde las mejorías significativas en los niveles de depresión superaban con mucho los cambios en los niveles de ansiedad (Halperin *et al.*, 2000) y la percepción general de la mejora de la calidad de vida (Kingsep *et al.*, 2003). En uno de los primeros enfoques, Sullivan (1962) entendió la ansiedad social como

un precursor de la psicosis, que difería cuantitativamente más que cualitativamente de la misma. De acuerdo con esta visión, la ansiedad predispondría al individuo a la psicosis. Si un sujeto ha desarrollado una visión del mundo, de sí mismo y de los demás fuertemente mediatizada por la ansiedad, sin ser consciente de ello la persona procesará toda la información a través de un filtro ansioso. En razón de ello, la experiencia de la psicosis y sus efectos estigmatizantes (en virtud de la percepción pública) y aislantes (en virtud del contenido y la naturaleza de los síntomas) se acomodarán fácilmente a una percepción de sí mismo como alguien anormal y del mundo y los demás como elementos rechazantes y amenazantes.

La interrelación entre ambos elementos estaría documentada adicionalmente por la evidencia relativa a los déficits atencionales en la psicosis unida a la ansiedad social, lo que sugiere que el déficit atencional tempranamente manifestado podría derivar en un procesamiento deficitario de la información interpersonal. Ello a su vez generaría dificultades en las relaciones sociales y una retracción social compensatoria (Cornblatt & Keilp, 1994). Green & Phillips (2004) exponen un enfoque más meditado en su revisión de la evidencia en favor de un sesgo cognitivo en la ansiedad dentro del contexto de la psicosis. Los autores se refieren a la bibliografía floreciente que utiliza los conceptos evolucionistas relativos a la supervivencia, a partir de la cual podemos dar prácticamente por sentado que se desarrolla la ansiedad, brindando una firme evidencia de que la ansiedad social y la ideación delirante se asocian a una mayor atención a las expresiones faciales relacionadas con la amenaza, si bien no directamente. Los autores sugieren la presencia de un mecanismo de alerta (vigilancia) y evitación con un componente afectivo adjunto.

El inventario interpersonal

Al incluir el espectro de las relaciones significativas en la labor con los pacientes, uno de los aspectos claves de la evaluación y la formulación del mundo interindividual del paciente es el inventario interpersonal. Instrumentos claves en la psicoterapia interpersonal

de la depresión (Weissman *et al.*, 2000), los inventarios interpersonales incluyen todas las relaciones significativas existentes en el mundo del paciente, incluidas las características claves que revisten para el paciente y las cualidades más importantes en relación con las principales áreas problemáticas. En esencia, el inventario interpersonal le ofrece al terapeuta una estructura con vistas a la evaluación sistemática y el registro de los componentes estructurales y cualitativos de la red social del paciente. El inventario incluye las principales relaciones contemporáneas y las relaciones significativas del pasado, además de tomar en consideración los antecedentes interpersonales de los problemas actuales del paciente. La técnica de situar las dificultades del paciente dentro de un contexto interpersonal supone evaluar una información importante relevante para el origen y la resolución de las dificultades interindividuales, tales como determinados estilos de comunicación y pautas de relación en particular. Si bien el inventario interpersonal se puede elaborar de una manera más o menos formal o estandarizada, sí parece importante llevar un registro de la descripción actual que hace el paciente de su red de relaciones, lo que se convertirá en un punto de referencia con vistas al cambio interindividual, además de brindar un instrumento para la contextualización en curso de las dificultades del paciente.

Una característica particular de realizar un inventario interpersonal es analizar en detalle qué sentido tienen para el paciente determinadas relaciones significativas y qué aspectos siente que están más relacionados con sus dificultades actuales. Las características esenciales de las relaciones incluyen la accesibilidad (emocional y práctica), la naturaleza predominante de las relaciones individuales (de confianza, de compañerismo, etc.), la reciprocidad y el nivel de confianza, y los elementos de conflicto o de tensión. Concediendo un énfasis particular a la recuperación y la vuelta a la normalidad, el inventario interpersonal pone de relieve desde el comienzo del tratamiento cuáles son las áreas esenciales de fuerza y de apoyo, y cuáles son las áreas de tensión y de vulnerabilidad dentro de la red social del paciente. Ello coincide con los efectos mezclados del

apoyo social y la elevada EE y demás estresores sociales/interindividuales, como se señaló más arriba.

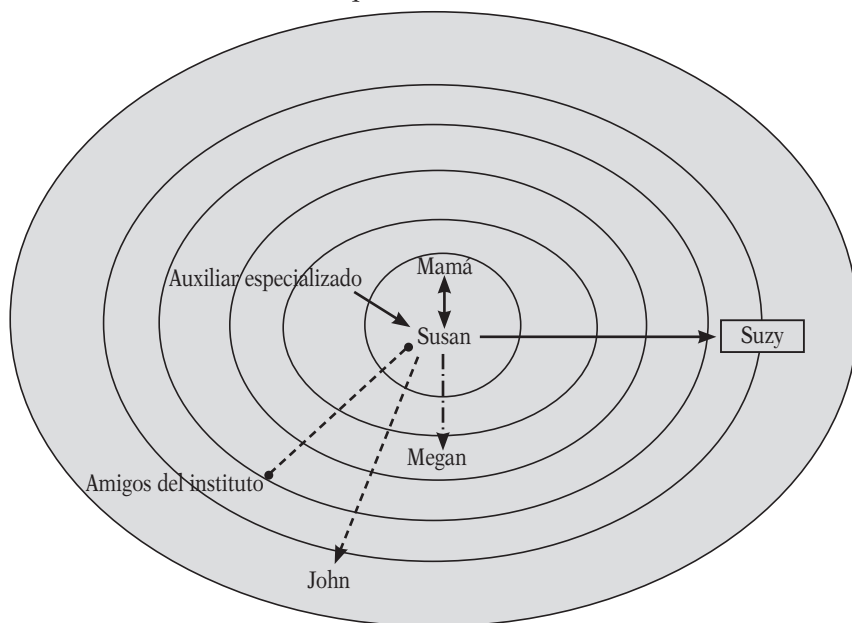
El inventario interpersonal ofrece además un instrumento útil para la exploración de la conducta de apego y el estilo de comunicación del paciente a lo largo del tiempo; la forma en que el sujeto describe sus relaciones claves y la medida y la manera en que es capaz de analizar y de reflexionar sobre sus experiencias interpersonales positivas y negativas, le ayuda al terapeuta y al paciente a elaborar una explicación del funcionamiento interindividual, las expectativas y las percepciones del paciente, en relación con su historia y evolución interindividual y con sus relaciones actuales. Esta técnica puede ser un instrumento eficaz para identificar pautas de relación y procesos que sean comunes a distintas relaciones claves dentro del contexto de las dificultades emocionales del paciente. El inventario interpersonal ofrece, pues, ya no sólo una visión del mundo interpersonal actual del paciente, de sus áreas problemáticas y objetivos claves, sino también de los procesos de comunicación y de interrelación que configuran una determinada pauta a través de las distintas relaciones y/o etapas evolutivas.

En la exploración de las relaciones y vínculos significativos durante la realización del inventario interpersonal, paciente y terapeuta indagan en la historia de las relaciones y vínculos problemáticos, incluidas las pérdidas y las separaciones significativas, así como en la historia de determinadas áreas problemáticas en particular. La investigación de las relaciones problemáticas y los apoyos sociales actuales incluye los problemas actuales en el ámbito de la comunicación y la interrelación con otras personas significativas, y las correspondientes respuestas o reacciones afectivas del paciente. Esta técnica no sólo permite acceder a una explicación comprensiva del contexto interpersonal actual del paciente, sino que también pone de relieve los aspectos centrales objeto de cambio dentro del ámbito de las principales áreas interpersonales. Es importante no perder de vista que esta exploración inicial viene determinada por la comprensión y la percepción actual del paciente respecto de sus

relaciones y sus vínculos actuales. Al concentrar la atención en ciertas áreas problemáticas interpersonales en particular a lo largo del tratamiento, es probable que dichas percepciones se vayan modificando y que el inventario interpersonal haga las veces, por tanto, de una descripción dinámica y flexible sobre la cual se puede volver con objeto de ilustrar la aparición de cambios significativos o de revisar determinadas dificultades de relación. Áreas de aparente contradicción, omisiones y tensiones pueden de hecho ofrecer revelaciones constructivas respecto del nivel actual de reflexión interpersonal por parte del paciente, y de las áreas de tensión y de estrés interindividual que puede que sea difícil abordar y analizar en el momento de la evaluación.

Un formato útil para la realización del inventario interpersonal son los círculos de relaciones cercanas. La figura 9.1 muestra el inventario interpersonal de Susan, cuyo caso presentamos en el capítulo 7.

Figura 9.1. Círculo de relaciones cercanas del inventario interpersonal de Susan



La formulación interpersonal

La formulación interpersonal expone las dificultades actuales del paciente y sus expectativas de cambio dentro del marco de sus experiencias interindividuales, sus vínculos claves y su contexto relacional. Dentro de este manual, la formulación interpersonal queda integrada dentro de la formulación más amplia de las áreas problemáticas y del marco de recuperación del paciente tal como se describió más arriba y, dependiendo del sujeto y de sus áreas problemáticas claves, el elemento interpersonal de la formulación clínica del caso puede ser más o menos prominente. Además de formular los aspectos relativos a las dificultades y los objetivos del paciente en relación con sus interrelaciones y sus vínculos interpersonales claves, la formulación interpersonal también permite poner de relieve posibles áreas de cambio en las relaciones actuales del paciente dentro del contexto de la recuperación y la vuelta a la normalidad.

Desde la perspectiva de la vuelta a la normalidad después de pasar por la experiencia de una psicosis clínica, la formulación interpersonal pone de relieve los cambios potenciales y deseados en las relaciones claves del paciente a raíz de la psicosis, además de identificar fuentes de estrés y de apoyo a nivel interpersonal. La orientación y el énfasis de la formulación interpersonal reside en los vínculos y las relaciones interindividuales. Dicha formulación brinda, pues, una explicación colaboradora y compartida de las dificultades del paciente desde la perspectiva de la identificación de las fuentes de dificultad y de los cambios a nivel relacional. Al explorar las relaciones significativas actuales y pasadas, los cambios recientes en la comunicación y la interrelación con otras personas significativas, y al formular las áreas problemáticas claves y el centro de atención en relación con un posible cambio, el terapeuta presta especial atención a la exploración de la base afectiva en relación con dichas áreas. Como venimos diciendo a lo largo de todo este manual, los aspectos evolutivos y relacionales, junto con la correspondiente adscripción de sentido y el procesamiento emocional asociado, desempeñan un papel de primer orden en la vulnerabilidad a las recaídas y la vuelta a la normalidad.

A continuación exponemos un ejemplo de un resumen de la formulación interpersonal de Susan. La formulación pretende subrayar las áreas problemáticas interpersonales tal como fueron descritas por la paciente y brindar una perspectiva relacional de sus dificultades emocionales:

***Formulación interpersonal de la presentación
inicial de Susan***

La historia relacional de Susan se caracteriza por una serie de pérdidas y de separaciones significativas desde una edad temprana, comenzando por la pérdida de su padre a raíz de la separación de sus padres cuando ella tenía dos años. Además, Susan vivió una falta de amistades positivas con sus iguales y le fue difícil integrarse en ningún grupo social; ello se vio agravado a raíz de los problemas importantes de audición que padeció durante la pubertad hasta finalizar la enseñanza primaria. Al reflexionar sobre su niñez y sus relaciones con figuras claves, manifestó una actitud en relación con sus experiencias de apego que suele ser característica de las personas con un estilo de vinculación inseguro, desligado y “aislado” [desconectado]. Dijo haber tenido una niñez y una educación “buena en términos generales” y habló en abstracto de una serie de relaciones cercanas con amigos o familiares durante sus años de estudiante. Sin embargo, le resultó extremadamente difícil mencionar ningún ejemplo concreto a nivel de relaciones o acontecimientos que pudiera corroborar dicha afirmación, y su relato de tales experiencias no dejaba de ser vago e insustancial. Una serie de acontecimientos interpersonales adversos tales como el acoso repetido en el colegio, el rechazo directo de los otros estudiantes y una más reciente agresión no provocada por parte de sus compañeros, hicieron que se sintiera extremadamente cautelosa y temerosa de acercarse a otras personas de su misma edad. También dejó de salir de casa y de cultivar ninguna afición.

A lo largo de toda su niñez Susan dependió de su propia interpretación subjetiva de muchas de las conversaciones y contactos interpersonales, dado que tenía dificultades en seguir lo que decían los demás. Parecía además que también confiaba firmemente en las percepciones y las interpretaciones de su madre respecto de los hechos. Todas sus relaciones significativas parecen estar caracterizadas por la relativa dependencia y Susan las califica por lo general de sumamente positivas, particularmente la relación con su madre y con su auxiliar especializado; o pueden ser descritas como altamente conflictivas o contradictorias, como es el caso de las relaciones con los iguales que en un pasado abusaron de ella emocional y verbalmente, o de los iguales de quienes decía que eran sus amigas íntimas, pero con las que no es capaz de referir ningún contacto directo.

Susan se presentó en los servicios de psiquiatría a raíz de sufrir una agresión grave, manifestando una mezcla de dificultades emocionales junto con síntomas característicos del estrés postraumático, la ansiedad social y la psicosis. Al parecer desarrolló una serie de experiencias psicóticas dentro del contexto de una red social muy deficitaria en ausencia de ninguna relación de confianza al margen de la relación con su madre y un escaso intercambio o *feedback* social por parte de los demás. Susan padeció una psicosis durante un período de más de un año, bajo la forma de diferentes voces que le brindaban un comentario social [un sucedáneo del *feedback* relacional] de sus experiencias, sus intenciones y sus actos; las voces se manifestaban en unos términos tanto positivos como extremadamente negativos y depreciativos.

Este breve esbozo de la formulación interpersonal de Susan pone de relieve el solapamiento significativo entre su estilo de vinculación, sus experiencias interindividuales y su contexto social actual, su valoración de sí misma y su valoración de sus experiencias psicóticas. Parece que las voces representaran para ella una modalidad de red

social que desempeña muchas de las funciones que podrían esperarse de un grupo de iguales de la misma edad y de unas relaciones cercanas y de confianza. No siempre pudiendo confiar plenamente en sus propias reacciones emocionales y su propia interpretación de las interrelaciones interindividuales, Susan confiaba en los demás para estructurar y validar sus experiencias. Ello se puede ver en las relaciones en su mayoría no recíprocas que aparecen en su inventario interpersonal actual. A la hora de identificar áreas de posibles cambios, el terapeuta no debe perder de vista las importantes funciones de autorregulación que las voces desempeñan para Susan; además, en relación con el estado anímico desapegado de Susan respecto de sus experiencias de vinculación y su alto grado de aparente dependencia respecto de unas pocas relaciones, el terapeuta debe considerar adicionalmente el efecto o la influencia de la relación terapéutica sobre el mundo interior de Susan y el papel que dicha relación podría desempeñar en lo relativo a facilitar la introducción de algunos cambios en estas pocas relaciones claves. El objetivo general de Susan de lograr una mayor independencia respecto de su madre y aventurarse a crear nuevos vínculos y relaciones de igual a igual parece, pues, sumamente ambicioso y es probable que venga precedido del debido período de duelo y adaptación positiva a los acontecimientos pasados.

Áreas de dificultades interpersonales

En este manual de tratamiento no pretendemos sugerir que la psicosis, ni tan siquiera sus dificultades de origen afectivo, puedan explicarse plenamente ni mejorar por reformularlas en un lenguaje relacional, o de identificar y concentrarse en un área de cambio y de adaptación interpersonal sin más. Sí estamos convencidos, sin embargo, de que el funcionamiento interindividual y las dificultades de relación son un factor esencial en el curso de la psicosis y desempeñan un papel fundamental en la vuelta a la normalidad.

Tanto el inventario interpersonal como la formulación interpersonal son instrumentos que le permiten al terapeuta ilustrar las pautas y

elementos repetitivos en la historia relacional y el mundo interindividual actual del paciente. Ello puede quedar de manifiesto a través de los fracasos relacionales repetidos y los problemas para relacionarse con grupos naturales de iguales en el centro de estudios, el trabajo o el vecindario, y la incapacidad general de relacionarse con los demás podría quedar de manifiesto de una forma que también apareciera reflejada dentro de la relación terapéutica.

En su formato original, la descripción de la psicoterapia interpersonal para la depresión incluye cuatro áreas problemáticas interpersonales principales relacionadas con la resolución de los episodios depresivos (Klerman *et al.*, 1984). Dichas áreas consisten en: (1) disputas interpersonales o conflictos interpersonales sin resolver; (2) transición de una función social a otra, con frecuencia dentro del contexto de la aparición de cambios significativos en la vida y en las relaciones del sujeto; (3) duelo y pérdida a raíz de la muerte de un ser querido o de separaciones interpersonales; y (4) déficits interpersonales o susceptibilidad interpersonal que reflejan las dificultades permanentes de un sujeto en lo referente a establecer y mantener relaciones cercanas. Común a todas estas áreas problemáticas es que los acontecimientos interpersonales significativos o los cambios en las relaciones claves se pueden formular claramente dentro del contexto del inicio y el mantenimiento de un episodio depresivo. En el modelo original se sugiere que la concentración de la intervención psicoterapéutica en la resolución de estas áreas problemáticas interpersonales genera un alivio de los síntomas depresivos y facilita una adaptación y unos cambios duraderos en el ámbito relacional del individuo, lo que reduce la probabilidad de que se sienta abatido y mal en un futuro. Los sujetos desarrollan además una mejor comprensión de sus pautas de funcionamiento interpersonal, lo que les ayudará a mantener los cambios positivos que han logrado con la ayuda de la intervención psicoterapéutica.

En el caso de la psicosis, de forma similar a la depresión podemos identificar áreas evolutivas inequívocas de vulnerabilidad interpersonal y aspectos evidentes del funcionamiento interpersonal que se

interrelacionan con el proceso de adaptación y recuperación. Las técnicas psicoterapéuticas interpersonales ayudan a identificar áreas de particular interés donde radican las principales dificultades y donde es posible identificar la posibilidad o necesidad de un cambio. Ello puede incluir la adaptación a la pérdida o la separación respecto de una persona significativa, y también la adaptación interpersonal a la pérdida simbólica de una determinada función dentro de un grupo, o una pérdida de estatus como suele suceder frecuentemente en el caso de la psicosis. De forma similar, también puede incluir dificultades relacionadas con la adaptación a un cambio significativo aparecido en las circunstancias interpersonales o acontecimientos vitales significativos, que exigen una reorientación de las expectativas y las relaciones con los demás. Ello podría incluir cambios asociados a las circunstancias que rodean a un episodio psicótico.

Lo que habitualmente requiere una considerable adaptación suele ser el contexto psicosocial y la naturaleza de las relaciones que sufren un cambio a raíz de un acontecimiento vital significativo como, por ejemplo, un episodio psicótico, un ingreso hospitalario o la pérdida de una formación académica. Markowitz (1998) describe un enfoque positivo para los cambios significativos de función en su labor con sujetos aquejados de distimia, donde las circunstancias o la función actual vienen definidos por la “enfermedad” y la función nueva o ambicionada por el “bienestar”. Dicho tratamiento interpersonal se concentra en las consecuencias de dichas formas de entender ya sea la función desempeñada por los demás o por el sujeto, para su mundo social y sus relaciones significativas. El terapeuta y el paciente identifican los efectos que la antigua forma de entender la función tenía sobre la vida del paciente, y se esfuerzan por crear un ámbito interpersonal que no venga definido por la “enfermedad”. Ello incluye la identificación inequívoca de áreas en las que las relaciones y el mundo psicosocial del paciente se han visto influenciados por su definición de sí mismo, o por parte de los demás, como “insanos”, al tiempo que centra la atención sobre aspectos particulares de estas interrelaciones interindividuales que podrían verse alterados por una forma diferente de entender la nueva función.

De forma similar a cualquier adaptación constructiva a un cambio significativo, el cambio de función o la forma de entender la función incluye reconocer los aspectos positivos y negativos de la antigua función y anticipar los beneficios y las posibles dificultades asociadas a la nueva función. En el caso de los pacientes aquejados de psicosis, ello incluye la oportunidad de valorar y validar muchas de las experiencias asociadas a su dolencia ya no meramente como algo relacionado con la enfermedad, sino aceptando que tienen un valor y un sentido personal. Ello puede incluir, por ejemplo, una exploración de la relación que el paciente estableció con su voz o sus voces, o de la forma en que la ideación paranoide puede haber configurado y contribuido a determinar sus entornos interpersonales inmediatos.

Para muchas personas, la experiencia de la psicosis y sus circunstancias asociadas, tales como las consecuencias de las largas ausencias del centro de enseñanza o del trabajo, los largos períodos de comunicación deficitaria y problemática con los familiares y los amigos o el estigma asociado a los ingresos hospitalarios, se puede entender de forma similar a los efectos de la pérdida de un ser querido. Una parte importante de la labor terapéutica reside en identificar las consecuencias interpersonales de esta “experiencia de pérdida” así como los componentes afectivos de dicha pérdida. A nivel terapéutico, el terapeuta tendrá que sacar a la luz los incidentes interpersonales y procesar el afecto junto con el paciente. A menudo, ello permite analizar el cambio en la forma que tiene el paciente de entender la pérdida y su relación con las principales áreas problemáticas. Este proceso puede ser muy difícil para los pacientes, dado que tienen que verbalizar y analizar el afecto negativo en relación con lo que sienten que han perdido en virtud de lo acontecido, especialmente cuando sus reacciones o respuestas previas incluían un relativo “extrañamiento” del afecto asociado a los cambios interpersonales significativos a raíz de la psicosis, o en el caso de que aislaran sus reacciones emocionales. Con objeto de ayudar al paciente a analizar su experiencia afectiva, el terapeuta debe establecer una relación terapéutica contenedora y segura; es la sensación de seguridad emo-

cional dentro de una relación terapéutica colaboradora y compasiva, lo que le permite al paciente asumir riesgos emocionales:

T: Hablamos de tus amigos y de que te resultaba muy difícil tratar con tus amistades antes de venir al hospital. ¿Como describirías a estas amistades ahora?

P: Los veo a la mayoría de ellos, bueno... a algunos; especialmente Tom y Julie vinieron a verme una vez al hospital... Fue horrible.

T: ¿Qué fue lo que te resultó tan horrible?

P: En realidad me hacía mucha ilusión verles. Acababan de entrar, había mucho ruido y no podíamos oírnos... y después... en realidad no tuvieron más remedio que darse cuenta de que soy un caso perdido.

T: ¿Has vuelto a hablar con ellos desde aquella vez?

P: No, ahora me siento muy torpe cada vez que hablo con ellos... pero me dejaron algunos mensajes.

T: Si estuvieran aquí en la habitación, ¿qué te gustaría decirles?

P: ¿A qué se refiere?

T: Por lo que estabas diciendo me parece entender que tenías una buena relación con Tom y Julie antes de venir al hospital, que hubo algunas situaciones difíciles el par de veces que te encontraste con ellos cuando te sentías tan angustiada y suspicaz, y que después fue cuando vinieron a verte. Parece que tienes la sensación de que ahora las cosas son diferentes entre vosotros.

P: No sé cómo me verán ahora. Yo era una persona alegre, siempre de fiesta, y no creo que pueda volver a ser lo mismo desde que me vieron allí... Me consta que ya no voy a volver a ser una persona alegre.

Este breve diálogo pone de relieve las dificultades que la paciente experimenta para acomodarse a los posibles cambios y consecuencias para sus relaciones a raíz de su breve estancia en el hospital. La sensación de vergüenza y el miedo al rechazo parecen ser las emociones predominantes y la exploración de las posibles dificultades parece problemática. El objetivo de la siguiente sesión podría ser analizar la

situación de la visita de los amigos más detalladamente en un intento de analizar las posibles diferencias entre las ideas preconcebidas de la paciente y las emociones vinculadas a su recuerdo del diálogo real que tuvo lugar en aquel entonces. El terapeuta podría a continuación sugerir una breve representación de papeles dentro de la sesión para permitirle a la paciente exteriorizar qué es lo que podría querer comunicarle a sus amigos en relación con su experiencia en el hospital y la vergüenza que la paciente asocia a un encuentro que tuvo lugar antes de ser ingresada y que guarda una relación directa con su visita al hospital.

Cualquiera de estos procesos de adaptación y de cambio interpersonal requiere que el paciente tome conciencia de sus interrelaciones y de su estilo de comunicación dentro del ámbito de sus relaciones, además de establecer nuevos vínculos sociales y de negociar las relaciones tensas o conflictivas. A menudo, sin embargo, los pacientes presentan un modo de funcionamiento interpersonal y una pauta de experiencias interpersonales difíciles que dificulta que puedan establecer nuevos contactos sociales y comprometerse en relaciones potencialmente difíciles. Esta susceptibilidad suele estar estrechamente relacionada con el estilo de vinculación del paciente, y en particular con las actitudes desligadas o preocupadas en relación con las experiencias de apego. Ello puede tener un efecto significativo sobre la relación terapéutica y el terapeuta debe estar dispuesto a servirse de las observaciones directas y las interacciones dentro de las sesiones de terapia para poner de relieve los estilos de comunicación o las reacciones afectivas. Los pacientes pertenecientes a este grupo también pueden, por definición, tener menos habilidades sociales elementales que les permitan modificar sus contextos interpersonales como, por ejemplo, estilos de comunicación inhibidos, falta de empatía o cercanía con otras personas significativas y una hipersensibilidad a las observaciones de los demás. También pueden demostrar ser menos introspectivos y autorreflexivos en sus relaciones interindividuales, cualidades que son justamente las que pueden facilitar el cambio dentro de un contexto terapéutico.

Trabajar la susceptibilidad interpersonal

La ansiedad social y la retracción persistentes, o la susceptibilidad interpersonal, se relacionan con la dificultad específica del individuo de establecer y mantener relaciones interpersonales cercanas. En el caso de muchos individuos, ello puede derivar en un estilo persistente de vinculación y de interrelación social, especialmente a raíz de un episodio psicótico y/o una hospitalización, aunque para muchos pacientes esto pueda ser más bien un rasgo que precede al inicio de la psicosis. A menudo esta susceptibilidad interpersonal puede suponer un factor complicante y limitador en la recuperación y la vuelta a la normalidad y es probable que se interrelacione con otras áreas problemáticas de adaptación interindividual, en relación, por ejemplo, con la forma de abordar la pérdida, el cambio de función y los conflictos interpersonales.

Como dijimos más arriba, las experiencias de vinculación y los estados mentales asociados a los estilos de vinculación se relacionan inherentemente con la susceptibilidad interpersonal y pueden constituir una de las antiguas vulnerabilidades interpersonales de algunos pacientes aquejados de psicosis. Los estilos de vinculación inseguros y no resueltos quedan entonces de manifiesto a través de la forma en que se describen las relaciones claves y en la descripción que hace el paciente de sus actuales dificultades de relación. Es más, la relación terapéutica también puede verse comprometida inicialmente por la inhibición del paciente a la hora de comunicar sus emociones y de transmitir empatía, junto con una hipersensibilidad a las reacciones del terapeuta.

Queremos servirnos del siguiente ejemplo clínico para ilustrar las áreas problemáticas claves asociadas a las relaciones interpersonales y el funcionamiento interpersonal dentro del contexto de la psicosis:

Deborah

La paciente tiene 17 años y vive con sus padres en una pequeña localidad rural. Entró en contacto con los servicios de salud mental después de un largo período de retracción social que se prolongó durante dos años. A lo largo de todo este tiempo se fue retrayendo cada vez más, dejó de rendir académicamente y también dejó de cultivar sus aficiones. Este proceso fue lento y gradual y al principio sus padres se alegraron de los primeros cambios que parecían indicar que su hija iba a quedarse más en casa y pasarse menos tiempo bebiendo con sus amigos en los locales públicos. Lo consultaron con su médico de cabecera, quien ulteriormente se encargó de derivarla a los servicios de salud mental a raíz de negarse a seguir yendo a clase.

Deborah creció junto con su hermana y sus padres; pasó la enseñanza primaria sin dificultades y se le daba muy bien montar a caballo, lo que le valió varios premios y trofeos en los últimos años. Antes de retraerse social y emocionalmente, tenía una buena relación con su padre debido principalmente a compartir el interés por montar a caballo y al apoyo del padre a la hora de presentar a la hija a diversas competiciones y acompañarla a los entrenamientos. La relación con su madre fue cálida, y en los momentos en que se sentía alterada emocionalmente solía dirigirse a ella en busca de ayuda. La relación entre sus padres parecía muy tensa y al margen de sus preocupaciones compartidas respecto de su hija, era difícil que tuvieran un buen entendimiento. El padre de Deborah pensaba que era una vaga y que tenía “que hacerle él las cosas”; su madre admitió que también ella misma padecía períodos de depresión. Un tío de Deborah estaba diagnosticado de esquizofrenia paranoide y el padre señaló que, si no se espabilaba, su hija corría el riesgo de acabar igual que su tío, esto es, sola, sin trabajo y viviendo de una pensión por invalidez en un miserable bloque de viviendas de protección oficial. La familia no mantenía ningún contacto con el tío.

Para verla por primera vez fue preciso desplazarse a su casa, dado que Deborah se negó a ir a la clínica. Durante las primeras citas era incapaz de hablar de su mundo interior y permanecía la mayor parte del tiempo en silencio. El período de evaluación y formulación se prolongó, pues, durante meses e incluyó a muchos profesionales. El terapeuta encargado del caso probó a sugerir paseos y demás actividades moderadas con objeto de poder establecer una buena relación con ella, y gradualmente Deborah se fue sintiendo en condiciones de hablar un poco más de lo que pensaba y lo que sentía. Se puso de manifiesto que oía voces que le decían que era una inútil y que no tenía sentido que intentara hacer nada, dado que no conseguiría nada que mereciera la pena. Además pudo analizar sus angustias debilitantes y reconoció que estaban generadas por la creencia de que otras personas la estaban vigilando y podían oír lo que pensaba. Estaba convencida adicionalmente de que la gente se sentía tan ultrajada por el contenido de sus pensamientos que la única forma que tenían de detenerla era haciéndole daño.

Hablando en términos de inventario interpersonal, es evidente que Deborah tiene muy pocas relaciones positivas con sus iguales y después de dejar los estudios sólo fue capaz de mantener una única relación amistosa con una vecina e incluso dicha relación fue descrita en unos términos muy limitados. Adicionalmente, la relación con su padre parecía tensa y violeta a raíz de su desinterés por montar a caballo. Además le resultaba muy difícil hablarle a su madre de sus dificultades, dado que tenía la impresión de que también su madre estaba enormemente estresada, de manera que ello no haría sino aumentar sus preocupaciones:

T: Me interesaría que me hablaras un poco más de cuando dejaste de ir a clase. ¿Cómo iban las cosas en casa por aquel entonces?

P: No sé... Me alegraba de poder quedarme sola y no tener que ir a clase... las cosas se pusieron muy mal en el instituto.

T: Háblame un poco más de con quién vivías y cómo te llevabas con ellos.

P: Con mis padres nada más.

T: ¿Podías hablar con tu madre o tu padre de lo que te estaba pasando por aquel entonces?

P: ¡Qué va!

T: ¿Cuál era la razón de que fuera tan difícil hablar con ellos?

P: ¡No se vaya a imaginar que ellos querían saber nada!... Papá siempre estaba de mal humor... y de todas formas mamá estaba constantemente tan estresada.

T: ¿En qué sentido se diferenciaba esta situación de como era antes?

P: Antes solíamos pasar juntos el fin de semana, íbamos a espectáculos.

T: Cuando te preocupaba algo, ¿a quién solías dirigirte?

P: A veces hablaba con mamá.

T: ¿Qué es lo que hace que ahora te resulte difícil hablar con ella?

P: No lo sé, ella ya no es la misma desde que dejé de estudiar... todos han cambiado.

T: ¿En qué sentido dirías que tu madre es diferente desde entonces?

P: Está constantemente estresada.

T: ¿Y crees que eso te hace dudar de decirle nada?

P: Sí, ya no estoy segura de que me comprenda.

T: ¿Puedes explicarme un poco más a qué te refieres cuando dices que todos han cambiado?

P: Ya no sé qué decirle a la gente... y me consta que hablan de mí.

El terapeuta está tratando de explorar con mucho tacto las actuales relaciones cercanas y de determinar una explicación de qué es lo que podría haber cambiado en las relaciones claves de la paciente. Con los pacientes que presentan dificultades interpersonales de larga duración, esta exploración puede ser un tanto limitada y depender de un análisis más amplio de posibles excepciones y de pautas de relaciones pasadas. En el ejemplo de Deborah, el terapeuta está tratando de dilucidar una sensación de cambio en sus relaciones significativas más cercanas en base a relacionar sus dificultades actuales y las emociones asociadas con la relación actual con sus padres. Dicha

exploración le permitirá al terapeuta relacionar los cambios recientes asociados al inicio de la psicosis con las dificultades actuales en sus relaciones más cercanas y sus fuentes potenciales de apoyo.

Por contraste con las otras áreas problemáticas, la susceptibilidad supone una dificultad de larga duración a la hora de interesarse y de relacionarse con los demás. Como estilo subyacente de relación, con frecuencia la susceptibilidad puede complicar la resolución de un estresor agudo. En el ejemplo de Deborah, la dificultad inicial estribó en hacerle frente a las dificultades que tuvo con su rendimiento académico y ulteriormente con sus compañeros de clase, y más adelante la adaptación a dejar los estudios. Por contraste con los pacientes con buenas habilidades de adaptación social y una base relacional segura, la labor con los pacientes que presentan susceptibilidad puede ser mucho más ardua, tanto más cuanto que a menudo disfrutaban de muy pocas, si es que de algunas, relaciones interindividuales suficientemente buenas y muestran una relativa falta de habilidades sociales, lo que hace mucho más difícil establecer un entorno social más saludable. Por contraste con otras modalidades de dificultades de relación, la labor terapéutica con la susceptibilidad depende mucho más de la exploración detallada de las relaciones pasadas relevantes. No obstante, con la susceptibilidad de larga duración que constituye un estilo generalizado y omnipresente de relación, a menudo puede ser muy eficaz ayudar al paciente a superar los problemas más inmediatos y tomar su estilo de vinculación y comunicación como base para poder comprender las dificultades actuales y facilitar posibles cambios. Un objetivo general sería ayudar al paciente a tomar conciencia de sus puntos fuertes y sus puntos débiles a nivel de relación con vistas a poder comprender y resolver crisis interindividuales más agudas.

Unos objetivos evidentes de cara a este área problemática serían la optimización del funcionamiento interpersonal actual del paciente, ayudar al paciente a establecer, en la medida de lo posible, nuevas relaciones de apoyo, además de resolver problemas y estresores agudos que contribuyen a agravar las dificultades de larga duración.

El terapeuta puede brindarle al paciente una relación terapéutica colaboradora, de apoyo y compasiva; la relación terapéutica suele

desempeñar un papel esencial a la hora de facilitar la resolución de los problemas actuales relacionados con la susceptibilidad. Uno de los aspectos más inmediatos sería modelar una comunicación interindividual eficaz, empática y abierta dentro del contexto de la terapia. Ello se puede facilitar indirectamente en virtud de la actitud terapéutica del profesional, o bien indirectamente en virtud de escenificar las situaciones interpersonales difíciles. A raíz de ello, el paciente puede practicar directamente nuevas formas de comunicación con el terapeuta y utilizarlas para reflexionar sobre posibles cambios dentro de sus relaciones existentes. En muchos casos, sin embargo, es probable que la relación terapéutica refleje algunas de las dificultades y de las pautas de relación que el paciente concibe de otra forma. En consecuencia, la relación dentro de la terapia podría caracterizarse por la distancia, la falta de compromiso y de confianza o la hostilidad. No es posible abordar esto directamente al principio del tratamiento, pero la exploración y la reflexión a propósito de estas dificultades se vuelve más factible a medida que se va desarrollando una alianza terapéutica positiva. Con objeto de facilitar este proceso, el terapeuta debe alentar y reforzar cualquier signo de apertura o de exploración emocional y mantener al paciente concentrado en las áreas problemáticas acordadas. Cuando los cambios se estancan o parecen imposibles, el terapeuta puede analizar las posibles ansiedades o ambivalencias respecto de los cambios propuestos en la conducta y las relaciones, y asociar estas dificultades en la comunicación y las relaciones con otros problemas de relación, incluidas las posibles dificultades en la exploración abierta dentro del contexto de las sesiones.

Conclusiones

En este capítulo hemos descrito algunos aspectos esenciales del entorno relacional de la psicosis y algunas áreas claves de vulnerabilidad interpersonal dentro del contexto de la vuelta a la normalidad después de la experiencia de una psicosis clínica. Hemos identificado algunos aspectos particulares del mundo interindividual de los suje-

tos aquejados de psicosis que pueden contribuir a su vulnerabilidad a recaer, pero que también pueden contribuir a la recuperación, particularmente la influencia del apoyo social y de las relaciones positivas de confianza dentro del contexto de los acontecimientos vitales estresantes o traumáticos y de los efectos de las interrelaciones y los estilos de comunicación negativos y perniciosos con los familiares. Existe un evidente solapamiento con los aspectos evolutivos de la autorreflexión y de la función reflexiva, como se describió en el capítulo 3, y sus consecuencias para el funcionamiento relacional dentro del contexto de las vulnerabilidades interpersonales. Hemos tratado además de describir algunas de las técnicas terapéuticas claves para abordar los problemas de relación y el funcionamiento relacional concreto ayudando al paciente a modificar el estilo de relación, influyendo directamente en las relaciones existentes que pudieran demostrar ser destructivas, y utilizando las habilidades interpersonales del paciente para iniciar nuevos vínculos y nuevas formas de entender la propia función en los contextos sociales. Hemos analizado además el papel de la alianza y de la relación terapéutica a la hora de trabajar directamente los estilos interpersonales de relación y de comunicación. Otros aspectos terapéuticos del funcionamiento y del tratamiento a nivel relacional se bosquejarán en el capítulo 10, que trata de la manera de abordar los esquemas subyacentes y los procesos responsables del mantenimiento de los esquemas.

10 Trabajar los esquemas y las creencias nucleares subyacentes

Introducción

Las pérdidas tempranas de una figura de apego importante y/o la experiencia de acontecimientos traumáticos tales como los abusos sexuales, los abusos físicos y/o el abandono, todo ello puede afectar profundamente y minar el desarrollo cognitivo, emocional e interpersonal del individuo. La experiencia de unos padres ausentes, el abandono emocional (la dejación) y la victimización (maltrato y explotación) infantil pueden generar un impacto permanente y generalizado sobre las representaciones esquemáticas que la persona tiene de sí misma y de los demás, sus estrategias de afrontamiento interpersonal, su capacidad de establecer relaciones de confianza y/o íntimas con los demás, y su capacidad de buscar afecto, aceptación y amor. Un cuerpo substancial de investigación ha estudiado los vínculos existentes entre la pérdida temprana, los malos tratos, el abandono y la psicopatología ulterior (e.g. Cichetti & Carlson, 1989; Myers *et al.*, 2002). En términos de vinculación, se podría decir que estos hechos afectan al desarrollo de los modelos internos de referencia que la persona tiene respecto de sí misma y de los demás (Bowlby, 1980). En consecuencia, la comprensión de los efectos de las experiencias

adversas tempranas sobre los esquemas cognitivos interpersonales, el funcionamiento interpersonal y la regulación del afecto, tiene importantes consecuencias para la psicoterapia.

Pérdida temprana de los padres y psicopatología

La pérdida temprana de los padres, particularmente la pérdida de la madre, se ha asociado repetidamente con la psicopatología ulterior. En particular, la pérdida de la madre antes de los 11 años de edad se ha asociado con el desarrollo de la depresión en respuesta a los acontecimientos vitales graves (Brown & Harris, 1978). Se ha especulado que la relación entre la pérdida durante la niñez y la psicopatología ulterior estaría mediatizada por la presencia (o la ausencia) de un entorno familiar amoroso y estable después de la pérdida (Harris *et al.*, 1986; Briere, 1988). Ello podría también interrelacionarse con los esquemas interpersonales del sujeto (Brown & Harris, 1978; Harris *et al.*, 1987; Bowlby, 1988). La pérdida infantil temprana de uno de los padres por muerte o separación, también se ha alegado a propósito del subsiguiente desarrollo de un trastorno afectivo bipolar (Lewinsohn *et al.*, 1995; Mortensen, 2000). De forma similar, en un estudio de control de casos sobre el trastorno disociativo (Pasquini *et al.*, 2002), en los casos que cumplían los criterios diagnósticos se comprobó un aumento de la razón de probabilidades de haber sufrido experiencias traumáticas (incluida la pérdida de alguno de los padres). En el caso de la psicosis, la pérdida de la madre durante la niñez se ha asociado al desarrollo de una depresión comórbida y al aumento del riesgo de suicidio (Roy *et al.*, 1983). Los estudios históricos también han informado de la presencia de porcentajes más elevados de pérdida de alguno de los padres en general (Pollock *et al.*, 1939; Lidz & Lidz, 1949; Granville-Grossman, 1966) y de la pérdida de la madre en particular (Barry, 1939) en sujetos psicóticos. Un estudio reciente sobre la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en el trastorno por angustia, informa de que el 55 por ciento de un grupo de control de pacientes psicóticos habían perdido tempranamente a

la madre (Friedman *et al.*, 2002). Por supuesto, estas asociaciones no pueden demostrar una relación causal inequívoca; lo que sí hacen, sin embargo, es poner de relieve determinadas vulnerabilidades y áreas de dificultades estrechamente asociadas.

Abusos y desatención durante la niñez

Los malos tratos infantiles se dividen habitualmente en actos de *omisión* y actos de *comisión*. Los actos de *omisión* se refieren a la desatención psicológica, e.g. en virtud de reducir el contacto entre la figura parental [la madre] y el hijo, con los correspondientes efectos resultantes sobre el acceso del niño al progenitor como una “base segura”. Como se dijo anteriormente, la falta de seguridad parental y del oportuno reflejo de las necesidades del niño (Bowlby, 1973, 1988; Fonagy *et al.*, 2002) suele dejar al niño con una comprensión deficitaria de los pensamientos y los sentimientos de los demás (una “mentalización” limitada) y una reducción de la capacidad para regular sus propias emociones. El abandono psicológico constituye un claro factor de riesgo para el desarrollo de estados anímicos asociados al apego inseguro en la vida ulterior. Por el contrario, los actos de *comisión* son “conductas abusivas reales que tienen al niño por objeto” (Briere, 2002). Tales actos pueden ser de carácter físico, sexual o psicológico.

Secuelas psicológicas de los abusos y la desatención durante la niñez

Supresión de pensamientos y recuerdos

Las ramificaciones psicológicas de los abusos y el abandono temprano abarcan los dominios cognitivo, afectivo e interpersonal. Existe una considerable interrelación entre estos distintos ámbitos. Una de las consecuencias cognitivas es la supresión (represión) de los recuerdos traumáticos. Briere (2002) propone que la supresión excluye los pensamientos y los recuerdos traumáticos del conocimiento

consciente, los cuales al activarse pueden generar reacciones emocionales catastróficas (Wenzlaff *et al.*, 1991; Wenzlaff & Wegner, 2002). Sin embargo, la supresión requiere unos recursos considerables para mantener el material estresante por debajo de la conciencia, con frecuencia en virtud de la distracción o de estrategias que “apagan” el conocimiento consciente, tales como el consumo de sustancias [drogas]. Los estímulos que despiertan reminiscencias del material suprimido desencadenan fenómenos de “rebote” [retorno de lo suprimido] (Wegner, 1994; Briere, 2002). Por ejemplo, los sujetos con actitudes evitativas o desligadas hacia las relaciones de apego suelen servirse de la “idealización” como estrategia para suprimir el material potencialmente negativo en base a presentar abiertamente las experiencias de vinculación como algo positivo, sin ninguna evidencia que pueda apoyar semejante aseveración.

Recuerdos sensoriales implícitos

Se ha hipotetizado que la ausencia de recuerdos narrativos explícitos asociados a los *flashbacks* sensoriales sería una consecuencia de la “inundación” emocional que tendría lugar durante el trauma o el abuso, anulando con ello funciones integradoras y de alto nivel, como el razonamiento abstracto facilitado a través de la región orbital frontal del cerebro. En lugar de ello, se les concede prioridad a otras áreas del cerebro filogenéticamente más antiguas tales como el sistema límbico, encargadas de procesar el significado de la información sensorial. Ello supone una adaptación evolutiva en el sentido de que el cerebro ha evolucionado con objeto de procesar y responder con rapidez a los estímulos que generan miedo, sin prestar atención a los detalles más sutiles (Le Doux, 1996; Siegel, 1999). Desgraciadamente, las reacciones de miedo se arraigan profundamente con facilidad y por ello son muy difíciles de cambiar. Otra explicación alternativa sería que el abuso puede haber tenido lugar a una edad muy temprana, antes de la adquisición del lenguaje (Briere, 2002). Además, el hipocampo, que es el área del cerebro encargada de integrar las diferentes características de un recuerdo, e.g. el contexto (Bremner & Narayan, 1998), se desarrolla lentamente, a lo largo de los primeros años de vida.

Regulación afectiva y funcionamiento interpersonal

La regulación afectiva se refiere a las estrategias con las cuales la persona afronta los estados emocionales predominantemente negativos, ya sea internamente a través de la autorregulación como a través del acceso a otras personas como, por ejemplo, una figura de apego (Briere, 1992; Sloman *et al.*, 1994). La regulación afectiva durante la niñez se adquiere a través de las interrelaciones representadas bajo la forma de los cuidados atentos y sensibles (Sroufe, 1996). Esta experiencia relacional nuclear de contención y sensibilidad emocional se interioriza bajo la forma de una expectativa respecto de la propia capacidad y del interés (la responsabilidad) de los demás en las situaciones emocionales destacadas (Bowlby, 1988). En términos generales, la experiencia del abuso y la desatención durante la niñez se ha asociado al apego inseguro en la adultez (Alexander, 1992; Styron & Janoff-Bulman, 1997). Los estilos de vinculación llamados evitativo/desligado y ansioso/preocupado, según la clasificación de la entrevista para la evaluación del apego en los adultos (*Adult Attachment Interview*, Main *et al.*, 1985; 1990, 1999) a partir de la valoración de la representación mental de las figuras y las experiencias de apego, se basan en experiencias con la figura de apego que conducen a un modelo interno de relación en el que dicha figura es evitada, lo que se conoce como estado anímico despegado; o bien en unas reacciones parentales incongruentes, indistintamente cariñosas o rechazantes, lo que sería característico del estado anímico preocupado. De este modo, el sujeto no tiene la experiencia de unos cuidados sensibles ni el oportuno reflejo de las reacciones emocionales por parte del cuidador, necesarios para desarrollar un sentido de sí mismo en tanto que afectivamente armónico y socialmente experto (Siegel, 1999).

En consonancia con los hallazgos mencionados anteriormente respecto de los modelos interpersonales, en los sujetos que han sufrido abusos o bien una desatención significativa, la regulación afectiva suele estar infradesarrollada (Pearlman, 1998). En este caso, la falta de una “base segura” fiable e interiorizada de forma autónoma hace que el niño no sea capaz de acceder cuando lo necesita a su principal fuente de contención y de seguridad emocional ante el

estrés emocional o físico, y de este modo es incapaz de interiorizar la sensación de seguridad necesaria para el logro de una autorregulación autónoma. En su lugar, el niño queda expuesto a un considerable afecto negativo; en el caso de los abusos, la fuente de este afecto negativo suele ser la mayoría de las veces el propio cuidador, lo que deja al niño en una situación de “doble vínculo”^{*} respecto de cómo acceder a una “base segura”. De adulto, el sujeto que no ha podido desarrollar una regulación afectiva adecuada, recurrirá las más de las veces a formas desadaptativas de afrontar la inestabilidad afectiva tales como el abuso de sustancias psicoactivas [esto es, los distintos tipos de drogadicción], conductas sexuales impropias, disociación, evitación o autolesiones (Briere, 1992, 2002). Una de las principales dificultades de la terapia con pacientes que han sufrido abusos o dejación consiste, pues, en brindar un marco donde poder desarrollar una mejor regulación afectiva, al tiempo que ofreciendo igualmente una “base terapéutica segura” contenedora y exenta de peligro con objeto de ayudar a la persona a poder hablar de las experiencias dolorosas sin sentirse anonadado por las emociones negativas (Lineham, 1993; Fonagy *et al.*, 2002).

Los abusos y la dejación también se han relacionado con la psicopatología, a través principalmente de las representaciones vinculares internas. En particular, se ha informado de que entre los sujetos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad existe un porcentaje considerable de niños que vivieron o presenciaron abusos físicos o sexuales (Brown & Anderson, 1991; Herman *et al.*, 1999). Además, también se ha hablado de dejación o abandono emocional cuando los cuidadores estaban presentes (Zanarini *et al.*, 1989; Patrick *et al.*, 1994). Con respecto a las distintas categorías de apego, se ha informado de la presencia de niveles elevados del tipo preocupado, y en particular de un subtipo poco común correspondiente a la categoría de aprensivamente o temerosamente preocupado por la pérdida o el trauma (Patrick *et al.*, 1994; Fonagy *et al.*, 1996).

^{*} *N. del T.*: El término [*double bind*] es una expresión consagrada en psicopatología y hace referencia a la situación relacional en la que se plantean únicamente dos opciones, ninguna de las cuales es viable, lo que indefectiblemente conduce a la paralización.

El apego no resuelto

La categoría de apego adulto correspondiente a “no resuelto con relación a la pérdida o el trauma” sería el equivalente adulto de la categoría correspondiente al “apego desorganizado” en los niños (Main & Solomon, 1986). En el test de las situaciones extrañas (*Strange Situation Test*, Ainsworth *et al.*, 1978), el apego desorganizado se refiere a la conducta que impresiona como “temerosa, extraña, desorganizada, o manifiestamente conflictiva” (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999), incluidas las reacciones similares al trance o las reacciones de desorientación ante la separación. Se piensa que la conducta de tales características podría ser indicativa de que los cuidados han sido vividos por el niño como una experiencia atemorizante (Hesse & Main, 2000). Varios estudios sugieren que el maltrato precoz supone un factor importante de riesgo con relación al apego desorganizado en la niñez (George & Main, 1979; Carlson *et al.*, 1989; Lyons-Ruth *et al.*, 1990).

Como se mencionó en el capítulo 4, Siegel (1999) sugiere que son cinco los elementos básicos de los cuidados seguros que con el tiempo facilitan la cristalización de los esquemas interpersonales seguros: la colaboración, el diálogo reflexivo, la reparación, la narrativa coherente y la comunicación emocional. En los sujetos con estados vinculares no resueltos, la experiencia de pérdida o de trauma no ha hecho sino socavar estos elementos centrales del discurso, planteando de este modo una importante dificultad durante la psicoterapia. Se ha hablado de una asociación entre la desorientación/desorganización durante la niñez y las puntuaciones elevadas en la escala de experiencias disociativas (Carlson & Putnam, 1993; Carlson, 1998). También se ha hipotetizado que la desorganización infantil sería el resultado de muchos y diferentes modelos incompatibles respecto de sí mismo y del otro, por lo cual no es posible recurrir al cuidador en situaciones emocionalmente estresantes, pero tampoco el bebé puede regular felizmente su propio estrés emocional. Ello conduce a un aumento del riesgo de disociación en respuesta a las situaciones amenazantes (Main & Hesse, 1990; Liotti, 1996).

Se ha sugerido que la disociación sería una reacción defensiva a corto plazo para manejar el estrés emocional intenso (van der Kolk *et al.*, 1996). Varios estudios han encontrado relaciones entre la disociación y el trauma, bajo la forma habitualmente de abusos sexuales infantiles (Chu & Dill, 1990; Vanderlinden *et al.*, 1993; Hodgins *et al.*, 1996; Draijer & Langeland, 1999). Holowka y colaboradores (2003) encontraron correlaciones significativas entre la disociación y el abuso emocional y físico en una muestra de psicóticos adultos. Siegel (1999) sugiere que las situaciones emocionalmente estresantes, como los traumas infantiles, socavan el proceso de integración del funcionamiento neural superior e inferior. En los adultos, los estados vinculados no resueltos indicarían esta falta de integración *intrapersonal*, y dicha integración dañada quedaría expresada en el diálogo en virtud de la ruptura de los cinco elementos básicos del discurso seguro sugeridos por Siegel (1999). En psicoterapia, la ruptura del discurso seguro se asocia al empobrecimiento de la narrativa caracterizado por la falta de coherencia al expresarse dentro del contexto de experiencias pasadas, obligaciones actuales y expectativas futuras.

Traumas infantiles tempranos y psicosis

Resulta cada vez más evidente que entre los sujetos que más adelante van a ser diagnosticados de esquizofrenia, los porcentajes de experiencias traumáticas y de desatención infantil temprana son elevados (Read *et al.*, 2004). A la edad de tres años, la experiencia de unas relaciones problemáticas madre-hijo caracterizadas por la severidad (insensibilidad, crueldad) y la falta de cuidados, estaría asociada a una mayor probabilidad de ser diagnosticado de un trastorno esquizofreniforme en la adultez (Cannon *et al.*, 2002). De forma similar, en el estudio de cohortes de nacimientos británicos correspondientes al año 1946 (Jones *et al.*, 1994), los sujetos que padecieron una crianza deficitaria a la edad de cuatro años tenían significativamente más probabilidades de ser diagnosticados de esquizofrenia en la adultez. En un grupo de 8.580 personas residentes en el Reino Unido

(Bebbington *et al.*, 2004), las experiencias como escaparse de casa, las estancias en orfanatos y las expulsiones (del centro escolar), predecían significativamente el desarrollo de una psicosis. Todos estos datos sugieren que entre las personas aquejadas de psicosis aparece un aumento de las experiencias que indican unos vínculos inestables y unos entornos familiares potencialmente faltos de apoyo.

En términos de actos de comisión (esto es, de abusos físicos y sexuales durante la niñez temprana), existen firmes evidencias (resumidas en la tabla 10.1) de la presencia de una relación entre la experiencia traumática y los síntomas psicóticos. Estos estudios también ponen de manifiesto la asociación particularmente estrecha entre los traumas infantiles tempranos y las alucinaciones. De hecho, parece haber una relación en la respuesta a la medicación entre los abusos y la gravedad de las alucinaciones (Read *et al.*, 2004) y la gravedad de los síntomas psicóticos (Janssen *et al.*, 2004). De hecho, Janssen y colaboradores encontraron que los abusos se relacionaban con la necesidad de cuidados (sanitarios especializados) en los sujetos procedentes de la población general que padecían experiencias psicóticas de forma habitual. La relación entre la experiencia de los abusos y los delirios es menos clara. Allí donde parece haber una asociación, ésta tiende a ser en relación con las creencias paranoides persecutorias (Ross *et al.*, 1994; Read *et al.*, 2003).

Trauma, disociación y esquizotipia

Pudiera ser que los sujetos con una vulnerabilidad temperamental a tener experiencias inusuales y creencias culturalmente marginales (esto es, esquizotipia) sean más vulnerables a los efectos a largo plazo de las experiencias traumáticas, debido a la dificultad de integrar las intrusiones traumáticas tales como los recuerdos y los *flashbacks*. La esquizotipia es un concepto que hace referencia a una personalidad normal caracterizada por una tendencia duradera a padecer formas atenuadas de experiencias alucinatorias (e.g. oír los propios pensamientos) y delirantes (e.g. creer en la telepatía). Craig Steel y colabo-

Tabla 10.1. Relaciones entre los abusos infantiles y las alucinaciones y los delirios

	<i>Alucinaciones</i>	<i>Delirios</i>
Abusos infantiles (sexuales o físicos)		
Bryer <i>et al.</i> (1987)	N/A	0
Goff <i>et al.</i> (1991a)	0	N/A
Famularo <i>et al.</i> (1992)	+	0
Ross <i>et al.</i> (1994)	++	++
Read & Argyle (1999)	(+)	(+)
Read <i>et al.</i> (2003)	++	(+)
Resnick <i>et al.</i> (2003) ^e	+	+
Janssen <i>et al.</i> (2004) ^f	++	++
Abusos físicos		
Goff <i>et al.</i> (1991b)	N/A	(+) ^c
Read & Argyle (1999)	(+)	0
Read <i>et al.</i> (2003)	++	(+)
Hammersley <i>et al.</i> (2003)	0	0
Abusos sexuales		
Bryer <i>et al.</i> (1987)	N/A	0
Sansonnet-Hayden <i>et al.</i> (1987)	++	0
Goff <i>et al.</i> (1991b)	N/A	+ ^c
Ensink (1992)	(+)	N/A
Read & Argyle (1999)	(+)	0
Read <i>et al.</i> (2003)	++	(+)
Hammersley <i>et al.</i> (2003)	++	0
Incesto		
Beck & van der Kolk (1987)	N/A	(+) ^d
Bryer <i>et al.</i> (1987) ^a	N/A	0
Ellenson (1985)	(+)	N/A
Heins <i>et al.</i> (1990)	(+)	N/A
Read & Argyle (1999) ^a	++	0
Read <i>et al.</i> (2003) ^a	(+)	(+)
Abusos sexuales y abusos físicos		
Bryer <i>et al.</i> (1987) ^b	N/A	0
Read & Argyle (1999) ^b	(+)	0
Read <i>et al.</i> (2003) ^b	(+)	0

Notas: + = $p < 0.05$; ++ = $p < 0.01$; (+) = tendencia o porcentajes elevados sin controles; 0 = ausencia de efecto; a = comparación entre el incesto y los abusos sexuales fuera de la familia; b = comparación entre los sujetos sometidos a abusos infantiles tanto sexuales como físicos *versus* los sujetos sometidos a una única forma de abusos; c = delirios de posesión; d = delirios sexuales; e = evaluación de los síntomas positivos en general; f = evaluación combinada incluyendo otras formas de traumas y abusos; N/A = no aplicable.

radores (Steel *et al.*, 2002, 2005; Holmes & Steel, 2004) han estudiado el papel de la esquizotipia en el procesamiento del material traumático en una población de no pacientes. Los autores sugieren que podría haber un sesgo común subyacente en el procesamiento de la información tanto en los síntomas del trastorno por estrés postraumático (PTSD) como en los síntomas psicóticos. Por ejemplo, el DSM-IV distingue tres tipos de síntomas característicos del PTSD (American Psychiatric Association, 1994). Estos son: (1) sensación de revivir el trauma original en virtud de la aparición de pensamientos e imágenes intrusivas; (2) aumento de los niveles de activación fisiológica; y (3) evitación de estímulos relacionados con el trauma y/u “obnubilación” [entumecimiento] de las reacciones emocionales. La sintomatología del PTSD también se ha alegado como un posible mediador entre los sucesos vitales negativos graves/traumas y las experiencias psicóticas (Mueser *et al.*, 2002). Existe igualmente evidencia de que los sujetos con psicosis afirman padecer niveles más elevados de pensamientos e imágenes intrusivas que los controles extraídos de la población general, además de informar igualmente de que dichos fenómenos serían significativamente más perturbadores (Morrison & Baker, 2000; Morrison *et al.*, 2002).

Partiendo de la perspectiva de que las intrusiones son, por su propia naturaleza, involuntarias, acontecen al margen o fuera del conocimiento consciente, y son desencadenadas por estímulos que se corresponden con los estímulos relacionados con el trauma original (Ehlers & Clark, 2000; Brewin, 2001), Steel y colaboradores (2005) sugieren que la “integración contextual” desempeña un papel clave. Este sería el mecanismo por el cual se procesa y almacena la información bajo la forma de huellas mnémicas asociadas a un contexto espacial y temporal relevante, donde los recuerdos hacen referencia al “lugar concreto” y el “momento concreto”. Sin embargo, en las situaciones potencialmente traumáticas existe una vía asociativa inmediata en dirección al procesamiento de la información, que conduce la huella mnémica a través de la amígdala, esto es, el facilitador neural del procesamiento del miedo (Le Doux, 1996). Dado que la amígdala no está pensada para la integración conceptual, dicho atajo

desemboca en un “recuerdo situacionalmente accesible” (Brewin, 2001) que puede ser involuntariamente desencadenado por estímulos correspondientes a los estímulos traumáticos. Este mecanismo refleja los procesos implicados en la “inundación” traumática y es similar a los modelos de procesamiento emocional multinivel que requieren unas respuestas inmediatas.

Lo que es más importante, se ha sugerido que en la psicosis actúa una dificultad similar en integrar la información dentro de su contexto espacial y temporal (Hemsley, 1994). Steel y colaboradores (2002) se sirven del concepto de esquizotipia (Claridge, 1997), un modelo sobre la base de un continuum de rasgos de personalidad psicóticos tales como la sensibilidad a las experiencias inusuales. Los sujetos extraídos de la población general que puntúan alto en rasgos esquizotípicos también tienden a procesar la información dentro de un marco caracterizado por una integración contextual relativamente débil. Adicionalmente, después de ver una película estresante específicamente diseñada para inducir intrusiones ulteriores dentro de un marco controlado, los sujetos con puntuaciones elevadas en una medida de esquizotipia positiva también referían un mayor grado de experiencias intrusivas (Holmes & Steel, 2004). El estudio de Steel y colaboradores también replicaba una asociación sugerida anteriormente entre la disociación-rasgo y la esquizotipia positiva (Startup, 1999; Merckelbach *et al.*, 2000). En consecuencia, las características esquizotípicas (que son similares a las de la psicosis) estarían, al parecer, relacionadas tanto con las intrusiones traumáticas como con los síntomas disociativos.

Los esquemas y los modelos internos de referencia

Los esquemas se desarrollan en respuesta a las experiencias infantiles tempranas, particularmente a las relaciones tempranas con las figuras cercanas de apego. Segal (1988) define los esquemas como “elementos organizados de reacciones y experiencias del pasa-

do que forman un cuerpo relativamente coherente y persistente de conocimientos susceptible de guiar la percepción y las apreciaciones ulteriores”. También se dice que son evolutivos y se vuelven fijos al ser reforzados y/o modelados por los padres (Freeman & Leaf, 1989). Ulteriormente, Young (1994) definió los esquemas como “temas omnipresentes y amplios respecto de sí mismo y de la relación con los demás, desarrollados durante la niñez y elaborados a lo largo de toda la vida”. Young afirma que los esquemas desadaptativos tempranos surgen de la interrelación entre las tendencias temperamentales innatas y las experiencias evolutivas relacionales negativas incluidos los abusos, las críticas, el abandono y/o la atmósfera opresiva [en el sentido de “enredo” o de “embrollo” psicológico]. El énfasis en la definición que propone Young de los esquemas recae en una pauta fija de pensamientos distorsionados, afectos negativos y conductas problemáticas. También se pueden incluir pautas de pensamiento y de conducta dentro de un marco más dinámico y recíproco que ponga de relieve unas trayectorias evolutivas inequívocas a lo largo del tiempo, sumadas a determinados acontecimientos y experiencias correctivas. Young ha hipotetizado que los procesos de mantenimiento de los esquemas, evitación de los esquemas y compensación de los esquemas serían los que mantienen los esquemas.

Bowlby (1973) propone que a lo largo del período del desarrollo infantil normal, la experiencia de las interrelaciones con las figuras de apego se interioriza y de este modo se prolonga a la adultez bajo la forma de unos modelos mentales –también conocidos como modelos internos de referencia [*internal working models*, IWMs] o esquemas relacionales nucleares (Bretheron, 1985; Alexander, 1992; Pearce & Pezzot-Pearce, 1994). Dichas estructuras implícitas generan unas expectativas respecto de sí mismo y de los demás, y regulan las respuestas que aparecen en ulteriores relaciones interindividuales. Así pues, las primeras relaciones de apego van a formar el prototipo de las relaciones interpersonales a lo largo de toda la vida, en virtud y a través de las representaciones internas de los modelos de sí mismo y de los demás (e.g. Styron & Janoff-Bulman, 1997).

Los IWMs se aplican a todas las representaciones de sí mismo y de los demás, si bien ello se manifiesta con claridad principalmente dentro del contexto de los vínculos significativos. Dichos modelos reflejan la síntesis de las experiencias de las pautas de interrelación acumuladas a todo lo largo del desarrollo en dirección a la adultez. En este sentido, los contenidos cognitivos de los IWMs serían producto de unas pautas recíprocas de interrelación con los demás a lo largo del tiempo. En relación con esto, los IWMs, por propia definición, son modelos de referencia, los cuales se van actualizando y poniendo al día a lo largo de toda la vida: proceso éste que se ve apoyado por la reflexión sobre sí mismo por parte de la persona y las ulteriores experiencias relacionadas con la vinculación. Los IWMs no meditados y empobrecidos (Fonagy *et al.*, 2002, p. 62) dificultan la mentalización y la regulación afectiva. La rigidez de la reflexión sobre sí mismo y de las estrategias interpersonales impide, pues, que los IWMs se actualicen y elaboren. Dentro de este contexto, la psicoterapia brinda la oportunidad de tener una experiencia correctiva en relación con la vinculación, que podría cambiar la orientación de las conductas relacionadas con las vinculación, fortalecer la contención emocional y, consecuentemente, actualizar los IWMs. En este sentido, no existe un acceso directo a un IWM. Antes bien, las vías del cambio terapéutico pasan por la exploración empática de la narrativa terapéutica, el reconocimiento del afecto que se expresa directa o indirectamente a través de la narrativa, y la capacidad del terapeuta para reflexionar sobre el proceso de dotación de un sentido y la interpretación del afecto contenido en el relato del paciente. Dentro de este marco solícito brindado por el terapeuta, tiene lugar un intento explícito de ayudar a la persona a desarrollar una actitud interna compasiva y tranquilizadora hacia sus experiencias anteriores y hacia sí mismo. El terapeuta trabaja en colaboración junto con el paciente con objeto de desarrollar y de fortalecer estas estrategias infradesarrolladas relativas al cuidado de sí mismo. Como parte del proceso, el desarrollo de dichas habilidades en relación con uno mismo y con otras personas se engrana con los cambios en las creencias del paciente respecto de sí mismo y de los demás.

Jane

Jane tiene 22 años. Sufrió dos episodios psicóticos agudos a lo largo de un período de 18 meses. Dichos episodios se caracterizaron por la presencia de alucinaciones auditivas, manía persecutoria, alucinaciones táctiles y fenómenos de pasividad. Durante su experiencia psicótica aguda Jane se sentía sumamente alterada por cuatro voces masculinas despectivas que la insultaban y le ordenaban que se hiciera daño y se matara. Obedecía parcialmente y recurría a hacerse cortes y al hambre como una forma de someterse a los dictados de las voces. Tenía la sensación de que sus pensamientos y su cuerpo estaban bajo el control externo de otra persona. Con frecuencia sentía la presencia de otra persona sin identificar. También solía sentirse confundida respecto de si esta presencia era una fuerza del bien o del mal. Las experiencias táctiles consistían en sensaciones de que algo le subía lentamente por las piernas y el abdomen. Estos episodios agudos se dieron dentro del contexto del consumo de diversas sustancias, incluida la cocaína y el cannabis.

Jane definió sus primeras experiencias en la vida como “buenas”. Dijo que siempre se había sentido muy cerca de su madre y la describió diciendo que era afectuosa, cariñosa, amable y divertida. Sin embargo, fue incapaz de recordar ningún ejemplo específico de la niñez que permitiera ilustrar estas facetas de la relación con su madre. Durante el temprano desarrollo de Jane (7 a 12 años) su madre y ella se trasladaron en varias ocasiones para huir de los abusos de su padre. La madre de Jane estaba muy estresada emocionalmente durante este período y a menudo se sentía incapacitada por la aparición de episodios de depresión grave que terminaban en ingresos psiquiátricos. Jane se acordaba muy poco de estos incidentes. El padre de Jane era un alcoholico que había abusado física y sexualmente de su madre. Una vez más, Jane tenía pocos recuerdos específicos de su padre, a excepción de un recuerdo de él echando abajo la puerta de la habitación de su madre y a continuación presenciando cómo trataba

de violentarla. Dentro de este contexto, los primeros años de colegio de Jane se vieron muy perturbados. Adicionalmente, tampoco fue capaz de hacer ninguna amistad duradera en todo este tiempo.

Durante su adolescencia, las circunstancias en casa de Jane mejoraron. Su padre dejó de aparecer por casa y su madre mejoró emocionalmente. Durante este período Jane tuvo ocasión de desarrollar una estrecha relación con sus tíos maternos. Le venían a la mente recuerdos positivos específicos de su tía confortándola físicamente y consolándola emocionalmente cuando se alteraba. También participó del amor de su tío por la música. La pérdida de su tía a la edad de 16 años marcó el comienzo de un período difícil para Jane. Se sintió extremadamente apenada por la pérdida de su tía, pero incapaz de manifestar las emociones que estaba sintiendo. Jane se fue enzarzando cada vez más en intensas relaciones sentimentales breves e inestables, junto con el consumo de drogas.

La respuesta inicial de Jane al tratamiento fue muy pobre. No respondió a la oportuna medicación antipsicótica ni típica ni atípica. Comenzó a ser tratada con clozapina durante su segundo episodio, lo que redujo muchas de sus experiencias psicóticas. Pero seguía teniendo la penosa experiencia de las voces despectivas. La terapia cognitiva se centró en las creencias de Jane respecto de las voces y en su conformidad y su sometimiento a las mismas, lo que condujo a reducir el estrés emocional y mejorar sus estrategias de afrontamiento en relación con las voces. La frecuencia con la que se hacía cortes y se autolesionaba también se redujo significativamente. Sin embargo, Jane seguía teniendo acusados problemas en relación con la autoestima, la autodestructividad y las relaciones interpersonales. Sus objetivos con vistas a la recuperación incluían llegar a ser capaz de confiar en otras personas, sentirse mejor consigo misma y poder relacionarse más.

Identificar los esquemas

En terapia cognitiva la forma de acceder a los esquemas es a través de la identificación de las creencias nucleares. Las creencias nucleares se definen como afirmaciones incondicionales respecto de sí mismo y de los demás. Se contemplan como reglas estrictas que han sido sobreaprendidas y que tienen sus orígenes en la primera niñez. Dentro de la teoría de los esquemas, las creencias nucleares tienen por objeto guiar nuestra atención respecto de los acontecimientos y de nuestra interpretación de los mismos (Davidson, 2000). Las creencias nucleares se pueden detectar a través de una serie de significados e interpretaciones diferentes. Se puede acceder a las creencias nucleares indagando en el sentido de las experiencias con una fuerte carga emocional, los acontecimientos que tienen lugar dentro del contexto de la relación terapéutica, dentro del ámbito de la imaginación, a través del análisis de los recuerdos, o en virtud del análisis temático de los registros de los pensamientos automáticos del paciente. El hilo conductor que relaciona todos estos métodos reside en seguir y concentrarse en la presencia del afecto dentro de las sesiones terapéuticas. Ello aparece ilustrado en el ejemplo que viene a continuación, extraído de una sesión con Jane y su terapeuta:

J: La verdad es que no soportaba las clases. Jamás fui capaz de adaptarme. Hubo un tiempo en el que tenía la sensación de que no hacíamos otra cosa que cambiarnos de casa constantemente.

T: ¿Qué fue lo peor de todo aquello?

J: Pues el ir de acá para allá. Siempre teniendo que volver a hacer nuevas amistades.

T: ¿Te viene a la memoria algún recuerdo en particular de aquel entonces?

J: Hmmm, me acuerdo de aquel grupo de chicas que no paraban de meterse conmigo. Una vez volviendo de clase, me quitaron la bolsa del colegio y me la tiraron al río, ja-ja (*la paciente se ríe*).

T: ¿Recuerdas cómo te sentiste entonces?

J: Muy mal, como una absoluta estúpida.

T: ¿Qué significó para ti el que aquellas chicas te tiraran al río la bolsa del colegio?

- J:* Me sentí excluida, fuera de lugar, sentí que no había nadie que se preocupara por mí. Sentí que estaba totalmente sola.
- T:* ¿Cómo te sientes ahora que vuelves a pensar en eso?
- J:* Que no sé llevarme bien, que soy rara. No le caigo bien a la gente. La verdad es que no se puede confiar en nadie.
- T:* ¿Qué significado tiene eso para ti, el hecho de ser rara y de no caerle bien a la gente?
- J:* Hmmm, pues sencillamente que soy una inadaptada. A veces me odio. Soy fea, soy repugnante, no le caigo bien a nadie, en absoluto. Soy un desastre.
- T:* ¿Cómo te sientes ahora mismo, al decir todo esto?
- J:* Me siento muy triste, me siento rabiosa, muy frustrada conmigo misma.

En esta situación el terapeuta anima a la paciente a concentrarse en el afecto y el sentido contenidos dentro del recuerdo infantil específico de sentirse intimidada en el colegio. Suele ser de utilidad alentar amablemente al paciente a analizar exhaustivamente una imagen o recuerdo con el fin de intensificar su conciencia respecto del afecto y los significados personales asociados. Lo que es más importante, el terapeuta también alienta la adopción de una perspectiva en el “aquí y ahora” animando a continuación al paciente a reflexionar sobre el sentido que el acontecimiento referido pueda tener en el presente.

Los esquemas y sus correlatos conductuales

Como se dijo anteriormente, las creencias nucleares se originan en la primerísima niñez, han ido evolucionando dentro de un contexto específico y tienden a asociarse a una serie de estrategias habituales sobreaprendidas, intrapersonales e interpersonales. Las estrategias sobredesarrolladas son importantes para poder comprender los procesos responsables del mantenimiento del esquema o la creencia nuclear. Por ejemplo, cabe esperar que la creencia nuclear “soy malo” se asocie a unas estrategias sobredesarrolladas tales como la autolesión, el autocastigo, la sumisión y el sometimiento a los demás,

la falta de asertividad, el autoabandono y la evitación temerosa del apego. De esta forma, el autocastigo y el aislamiento permiten mantener la creencia de que uno es malo, ya sea directamente a través de las conductas autopunitivas y autocríticas, o indirectamente a través del empobrecimiento de la experiencia vital y de la reducción de la oportunidad de tener experiencias vitales que contradigan la creencia nuclear en virtud del aislamiento. Por otro lado, cabe esperar que la creencia de que “no se puede confiar en los demás” se asocie al sobre-desarrollo de la suspicacia, la hostilidad, la evitación de la intimidad, la evitación del apego y de los recuerdos relacionados con el apego. De forma similar, la suspicacia y la hostilidad pueden contribuir directamente a mantener la creencia de que “no se puede confiar en los demás” en base, por ejemplo, a provocar reacciones interpersonales negativas por parte de los demás. Adicionalmente, la evitación de los demás podría contribuir indirectamente a mantener el esquema en virtud de reducir las posibles experiencias interpersonales positivas alternativas.

A nivel terapéutico, es posible analizar estas estrategias sobredesarrolladas alentando al paciente a tomar en consideración el efecto o influencia de sus experiencias ya no únicamente sobre sus creencias, sino también sobre el desarrollo de su manera de comportarse consigo mismo (estrategias intrapersonales) y de su manera de comportarse con los demás (estrategias interpersonales). Ello es importante para comprender a la persona, su forma de relacionarse consigo mismo y con los pensamientos y las creencias que le son propios, además de los papeles que desempeña dentro de su contexto social. Esto aparece ilustrado en la continuación de la narrativa de Jane:

T: Dijiste que te veías a ti misma como una persona repugnante, una inadaptada, por así decir. Parece que esto hace que te sientas muy enfadada y muy triste. ¿Podrías explicarme qué haces cuando te sientes así?

J: No sé, me enfado conmigo misma. Siento ganas de gritar.

T: ¿Puedes hablarme de una situación reciente en la que te sintieras de esa forma?

J: Hmmm, bueno, cuando Jim se enteró de que había estado en una unidad de psiquiatría primero le pareció muy bien, pero luego la semana pasada me dijo que quería que fuéramos sólo amigos, que todo eso de la psiquiatría era demasiado complicado para él.

T: ¿Cómo te sentiste?

J: Fatal...

T: Vale, ¿cómo reaccionaste cuando Jim te dijo que quería que fueras sólo amigos?

J: Le dije que muy bien. Lo dijo de muy buenas maneras. Sonó bastante amable.

T: ¿Recuerdas cómo te sentiste por dentro en aquel momento?

J: Bueno, más o menos bien, en cierto modo pensé que “Bueno, vamos a intentarlo otra vez”, pero luego me puse muy alterada. Me sentía rabiosa.

T: ¿Puedes describirme esa reacción con más detalle?

J: No dejaba de pensar que era una tonta, que no era buena. Que no hacía más que cagarla. Que nadie me iba a querer jamás. Me sentí totalmente desesperada y confundida. Ojalá no le hubiera dicho jamás que estuve ingresada en el hospital.

T: ¿Qué hiciste con esos sentimientos?

J: Simplemente me encerré en mi habitación. Me hice cortes en las piernas.

T: ¿Cómo te sentiste?

J: Me calmé; es algo así como desconectarse de las cosas. Sentí una sensación de alivio, pero también tuve la sensación de estar desconectada [*cut off*].*

En esta situación vemos tres probables reacciones intrapersonales e interpersonales sobredesarrolladas ante el estrés emocional.

* N. del T.: De forma característica en los trastornos psicóticos, las expresiones utilizadas por la paciente participan de la densidad propia de los contenidos oníricos: “*cutting off from things*”, esto es, desprenderse de las cosas *cortando* con ellas, *desmembrándolas* o *amputándolas*, en la línea de las autoagresiones; “*being cut off*” en el sentido de *cortada* (de nuevo las autolesiones) y *fragmentada*, pero también de *aislada* e *incomunicada*, e incluso *acorralada*.

A nivel interpersonal, Jane parece reaccionar inicialmente de una forma emocionalmente “desconectada” y posiblemente sumisa. A nivel intrapersonal, inicialmente se pone furiosa y autocrítica y después más adelante se hace cortes como una estrategia para regular el afecto. Como parte del proceso inicial de exploración, el terapeuta formula la hipótesis de que las experiencias de Jane la han llevado a parecerle que ella es una inadapta repugnante y los demás son indignos de confianza. Asociadas a estas creencias, Jane ha desarrollado tres importantes estrategias de supervivencia, las cuales incluyen desconectarse emocionalmente de la gente, las autocríticas y el autocastigo. A continuación, el terapeuta analizaría el uso de estas estrategias en otras situaciones estresantes, en el aquí y ahora o históricamente. También es importante analizar otras estrategias de afrontamiento problemáticas o de hecho útiles dentro de dicho proceso. Es importante no perder de vista, absteniéndose de emitir ningún juicio, que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos con frecuencia suelen tener un sentido dentro de un contexto evolutivo e interpersonal anterior. De hecho, como parte del proceso terapéutico, esto se le hace saber directamente a la persona.

Estrategias para cambiar las creencias nucleares dentro de la terapia cognitiva

Christine Padesky (1994) ha perfilado una serie de estrategias cognitivo-conductuales para modificar las creencias nucleares de los pacientes durante la terapia cognitiva. Dichas estrategias implican el uso de secuencias y de cuadernos de notas para fortalecer las nuevas creencias, además de la inclusión de otras personas significativas.

Técnicas basadas en secuencias o progresiones

Con el fin de introducir cierta flexibilidad en las creencias nucleares, el terapeuta puede trabajar junto con el paciente para confeccionar secuencias que expongan las creencias nucleares del paciente en una escala del 0 al 100 por cien. El terapeuta puede trabajar junto con

el paciente para establecer los criterios o las pruebas que el paciente alega en favor de su creencia. A continuación, dichos criterios pueden presentarse bajo la forma de una secuencia o de un continuum. Más abajo se muestra un ejemplo extraído del caso de Jane. Con el fin de comprender mejor lo que Jane quería decir con su creencia de que era un desastre, el terapeuta procedió a analizar las pruebas específicas aportadas por la paciente. A partir de estas pruebas, se podrían desarrollar unos criterios específicos para ayudarle a Jane a reflexionar sobre su creencia y revisarla o reevaluarla.

Soy un desastre.

0 por ciento	50 por ciento	100 por cien
Siempre me hago cortes		Nunca me hago cortes
Siempre evito a la gente		Nunca evito a la gente
Oigo voces		No oigo voces

Adicionalmente, el terapeuta puede trabajar junto con el paciente para generar posibles creencias nucleares alternativas estimables que enlacen con los objetivos del paciente. Por ejemplo, dos de los objetivos de Jane eran ser capaz de confiar en algunas personas y ser capaz de sentirse bien consigo misma. Dichos objetivos se podrían traducir en unas creencias alternativas junto con unos criterios específicos de evaluación. Más abajo aparece un ejemplo de esto. A continuación, se podría analizar la evidencia a favor y en contra de las creencias nucleares del paciente y las alternativas a las mismas a través de una serie de medios. Además, las secuencias se pueden utilizar para observar y registrar los cambios a lo largo del tiempo en la convicción respecto de la creencia.

Algunas personas son dignas de fiar.

0 por ciento	50 por ciento	100 por cien
Algunas personas no salen corriendo		Todos salen corriendo
Algunas personas escuchan lo que digo		Nadie me escucha
Algunas personas no me hacen daño		Todo el mundo me hace daño

El uso de cuadernos de notas

El hecho de cuestionar directamente las creencias nucleares negativas puede no ser de utilidad para el paciente ni para la propia terapia. Puede fomentar un espíritu o una disposición a hacer un cambio intelectual en la terapia o, de hecho, puede vivirse como una experiencia sumamente invalidante, rompiendo de este modo la alianza terapéutica. En su lugar, se pueden utilizar los cuadernos de notas como una forma de llevar un registro de los datos positivos, lo que en esencia implica que el paciente anote por escrito todas las experiencias y pensamientos que pudieran apoyar la nueva creencia alternativa. De esta forma se evita cuestionar directamente la creencia nuclear. En su lugar, el objetivo consiste en fortalecer y elaborar la evidencia experiencial del paciente a favor de las creencias alternativas. Ello se puede lograr alentándole a autosupervisarse diariamente o bien diseñando experimentos conductuales con el fin de comprobar las creencias alternativas.

Una de las mayores dificultades, sin embargo, de las estrategias para cambiar los esquemas es el énfasis en los aspectos verbales de la experiencia del paciente. El sentido no se construye de forma meramente verbal, sino que también refleja la sensación vivida por la persona en relación con su experiencia. De hecho, la distinción entre el sentido intelectual y el sentido emocional se viene reconociendo desde hace mucho (Teasdale & Barnard, 1993), al tiempo que se ha analizado su relación con la psicosis (e.g. Gumley *et al.*, 1999). Es importante, pues, fomentar el cambio experiencial [vivencial], ya sea a través del desarrollo de estrategias interpersonales diferentes o alternativas, o a través de las estrategias intrapersonales del paciente y de su forma de relacionarse consigo mismo.

Trabajar las estrategias infradesarrolladas

Lo opuesto a las estrategias intrapersonales e interpersonales sobredesarrolladas sería el relativo infradesarrollo de otras estrategias alternativas. En el caso de Jane, sus estrategias sobredesarrolladas de desconectarse de los demás, las autocríticas y el autocastigo

tendrían su contrapartida en sentirse cerca de los demás, la autoacogida compasiva y el afecto y la solicitud para consigo misma. Estas serían importantes estrategias vinculadas a experiencias tanto intrapersonales como interpersonales. El terapeuta, pues, trabaja junto con el paciente con objeto de ensayar dentro de las sesiones y entre sesiones el desarrollo de estrategias alternativas. Para los propósitos de este texto, dividiremos dichas estrategias en estrategias interpersonales y estrategias intrapersonales.

Estrategias interpersonales infradesarrolladas

Las estrategias interpersonales infradesarrolladas serían aquellas conductas interpersonales que el paciente no ha tenido la oportunidad de desarrollar. Dichas conductas interpersonales pueden entenderse como el opuesto de sus correspondientes conductas sobredesarrolladas. En el caso de Jane, la paciente vivencia una serie de problemas interpersonales significativos, incluida la exteriorización de emociones positivas y negativas y el decir “no” a los demás. A medida que fue creciendo, Jane aprendió a evitar pensar en sus propias emociones y a evitar alterar a su madre, que frecuentemente se encontraba en un estado de aflicción y/o de incapacidad. Probablemente, dichas experiencias contribuyeron a que Jane adoptara una estado anímico evitativo/desligado con relación a las experiencias de vinculación. No obstante, Jane todavía pudo preservar una visión positiva de su madre a pesar de su falta de una base segura y de ninguna evidencia autobiográfica específica. Uno de los costes de dicha estrategia residía, pues, en su dificultad en tomar conciencia de sus emociones tanto positivas como negativas, y comunicarlas. Ello se analiza en la narrativa que aparece a continuación:

T: ¿Cómo ha ido cambiando la relación con tu madre con el paso de los años?

J: Confío más en ella ahora que antes.

T: ¿Cómo ha sido eso?

J: Pienso en los dos últimos años y en todo momento mi madre siempre ha estado a mi lado, cuando podría perfectamente haberme echado de casa.

- T:* ¿Qué te hace sentir el hecho de que siempre haya estado a tu lado?
- J:* Hmmm, no lo sé con seguridad; me resulta raro pensar en eso. Es algo bueno, desde luego. Tengo la sensación de que nos hemos vuelto amigas.
- T:* ¿Sabe ella que tú sientes eso?
- J:* No lo sé.
- T:* ¿Qué crees que sentiría si se lo dijeras?
- J:* Hmmm, se me hace difícil imaginármelo.
- T:* ¿Qué podría tener de bueno que se lo dijeras?
- J:* Hmmm, es difícil de imaginar. Podría agradecerlo, me imagino. Supongo que ha tenido que aguantar tantas cosas estos años, podría hacer que se sintiera bien.

En el diálogo anterior, el terapeuta anima a Jane a considerar la posibilidad de comunicar muestras positivas de emoción como una oportunidad de desarrollar nuevas experiencias generadoras de sentido. Del mismo modo, el terapeuta también se concentra en la exteriorización de las emociones negativas:

- J:* Llegué a casa de Jennifer. Íbamos a hacer planes para salir. Ella estaba “colocada” con algo. A mí me hacía mucha ilusión salir. Así que me fui a mi casa.
- T:* ¿Cómo te sentiste?
- J:* Me sentí alterada. Me vino otra vez todo el rollo ese de que “soy un grano en el culo”. Me fui a mi casa y me puse a hacerme rasguños. Hasta las voces se pusieron a decirme que si yo era esto y aquello. Me sentía como una verdadera estúpida. Como si tontamente hubiera confiado en ella y ella me hubiese dejado colgada. Debía habérmelo imaginado.
- T:* Eso suena muy duro, debías estar muy alterada. ¿Has vuelto a hablar con ella desde entonces?
- J:* No, no tendrá ni la menor idea de todo esto. Me veo incapaz de hablar con ella, me siento muy alterada.
- T:* Me gustaría que probemos a hacer algo. Sé que te cuesta mucho hablar de tus sentimientos negativos y que te lo tragas todo para

tus adentros. Eso hace que sientas ganas de cortarte para liberarte de algunas de las emociones espantosas que sientes. Quiero ver si somos capaces de trabajar juntos para ayudarte a que puedas aprender a comunicar tus sentimientos negativos. Imagínate que Jennifer está sentada en esa silla, ¿qué te gustaría decirle?

J: Dios, no sé, hmmm, bueno. Ella me ha alterado muchísimo y me ha dejado colgada y no quiero volver a hablar con ella.

T: Vale, en ese caso ¿podrías probar a decirle cómo te sientes, como si ella estuviera aquí?

J: ¿Como si estuviera en esa silla? (*exclamación*) Vale: “Jennifer, me dejaste colgada ‘a tope’, me siento fatal, no quiero volver a hablar contigo”.

T: ¿Cómo te sientes al decir eso?

J: No sé, me siento fatal. Siento como si estuviera siendo muy dura con ella.

T: ¿Podrías explicarme por qué?

J: Bueno, le han pasado muchas cosas últimamente. Su novio la lleva a maltraer, a veces no lo puede soportar, supongo que por eso se había “colocado”.

T: ¿Cómo te imaginas que se siente?

J: Supongo que se altera. Me imagino que no sabe lo que hacer.

T: ¿Podrías decirle que sabes que lo está pasando mal, pero hacerle saber también lo que tú sientes?

J: ¿A qué se refiere?

En este segundo diálogo, el terapeuta colabora con Jane para crear nuevas circunstancias generadoras de sentido y desarrollar estrategias interpersonales alternativas. La referencia a la utilización de la técnica de las “dos sillas” (e.g. Greenberg *et al.*, 1996) genera la posibilidad de animar a los pacientes a comenzar a reflexionar acerca de cómo se sienten al comunicar sus emociones negativas a los demás o responder realmente de hecho a la malevolencia bruta en situaciones interindividuales difíciles. Ello también le brinda al paciente la oportunidad de reflexionar sobre los sentimientos y las experiencias de la otra persona, favoreciendo de este modo la agu-

deza en la comunicación emocional. El diálogo anterior también les ofrece al terapeuta y al paciente la oportunidad de ensayar y elaborar unas narrativas integradoras más reflexivas y útiles. Éstas también se pueden desarrollar a través del uso de la dramatización o la representación de papeles y/o de las técnicas que se sirven de la imaginación.

La teoría de la mentalidad social (tal y como ha sido esbozada por Gilbert, 2005) subraya que la actual teoría de los esquemas (Young *et al.*, 2003) tiende a subestimar el papel de los esquemas autocríticos y vergonzantes que suscitan señales hostiles (esto es, pensamientos e imágenes autocríticas) en la generación de reacciones defensivas recíprocas. Esta autonarrativa recíproca configura a su vez una serie de reacciones intrapersonales negativas. Por ejemplo, Jane se castiga por la presencia de cualquier signo de limitación personal. Incluso cuando su amiga la deja colgada, Jane reacciona generando automáticamente aseveraciones autocríticas tales como “soy una estúpida, debía habérmelo imaginado”. Ello activa las voces que comentan su estupidez, su fealdad y su falta de atractivo social. En respuesta, Jane se siente estresada emocionalmente y alterada, lo que a su vez impulsa el aumento de la autocrítica (e.g. “soy débil, no tengo ningún control sobre mis sentimientos, me merezco un castigo”), lo que a su vez viene seguido de un incremento de las voces y de la sumisión a través de las autolesiones.

En esta interrelación podemos ver lo que Gilbert (2005) define como una relación social interna caracterizada por las muestras agresivas recíprocas seguidas de miedo y de sumisión. Este proceso resume la compleja naturaleza de los modelos internos de referencia del paciente, donde la falta de un modelo interno de un cuidador compasivo, amoroso y tranquilizador genera una reacción agresiva frente a la percepción de las limitaciones en las autorregulación, en la regulación interpersonal o la regulación afectiva. McKay & Fanning (1992) habían denominado anteriormente a esta manifestación agresiva como el “crítico patológico”. Dicha concepción de las manifestaciones autocríticas agresivas puede ser de utilidad en el sentido de ayudar al paciente a desarrollar un conocimiento consciente de las características de las manifestaciones autocríticas. Se puede

alentar al paciente a mentalizar los rasgos del crítico patológico en base a prestar atención al tono emocional, la forma y el contenido de las críticas. De hecho, se le puede alentar a visualizar la apariencia del crítico a través de la imaginación. Al caracterizar al crítico, el paciente puede tomar conciencia de una serie de importantes aspectos de dicha experiencia, incluida la toma de conciencia y la comprensión de las reacciones afectivas personales, además de una comprensión de la función de la narrativa autocrítica. En el caso de Jane, se vio que el recurso a las sensaciones de estupidez, turbación y vergüenza procedían de recurrir a las narrativas autocríticas. A través del proceso de diálogo reflexivo y de esmerada atención al afecto acompañante, estas reacciones agresivas autocríticas se pudieron ver como antiguos intentos de neutralizar los sentimientos dolorosos:

T: ¿Recuerdas la primera vez que tuviste esa sensación tan dolorosa de estupidez?

J: Hmmm, me cuesta recordarlo. Es muy difícil. Me acuerdo que después de morir mi tía Mags me sentí fatal, me odiaba a mí misma. Ni siquiera quería comer ni nada.

T: ¿Puedes explicarme un poco más cómo te sentiste después de morir tu tía Mags? ¿Qué fue lo primero que sentiste?

J: No sé, fue algo totalmente inesperado, me sentí conmovida. Me sentía tan egoísta.

T: ¿Qué era lo que te hacía sentirte tan egoísta en aquel momento?

J: Hmmm, como si no tuviera derecho a sentirme mal. Mi madre estaba otra vez destrozada. Mi tío no decía ni una sola palabra. ¿Quién era yo? No tenía la sensación de que tuviera derecho a sentirme mal por ella.

T: ¿Qué significaba para ti el hecho de sentirte alterada?

J: Que era débil, que era egoísta y egocéntrica.

T: ¿Qué hiciste?

J: Dejé de comer. No hablaba con nadie. Seguí con mis cosas, me limité a seguir con mis cosas. Entonces fue cuando la cosa se puso fea con la movida de las drogas.

- T:* Vamos a pensar un poco en todo esto. Tienes 16 años, hace poco has perdido a tu tía de la que te sentías enormemente cerca. ¿Se te ocurre qué puede tener de bueno el hecho de decirte que eres débil y egoísta?
- J:* ... [pausa de 12 segundos] Es como algo que me empuja hacia delante, que no me deja pensar en tonterías, ni alterarme.
- T:* ¿Y qué tiene eso de bueno?
- J:* Bueno, es como si me empujara, me hace seguir adelante con mis cosas.
- T:* ¿Y eso te ha sido de utilidad en tu vida?
- J:* A veces no he tenido más remedio, he tenido que seguir adelante. A veces estaba sola y tenía que ir por mi cuenta a los servicios de acogida cuando mi madre estaba en el hospital y todo ese rollo. Es como crecer y dejar de ser un niño.

En esta narrativa vemos la creciente conciencia de las autocríticas y dentro de ello el desarrollo de una visión de sí misma autoacogedora y compasiva. Esta creciente conciencia del diálogo intrapersonal brinda una importante oportunidad de que el paciente gane claridad respecto del proceso de autoagresión y del desarrollo de una reacción de sumisión temerosa a las autoagresiones.

La inclusión del entrenamiento [aprendizaje] en mentalidad compasiva tal y como lo describe Gilbert & Irons (2005) ofrece una firme metodología para el desarrollo, la práctica y la formación en habilidades compasivas para tranquilizarse a sí mismo en respuesta a las autoagresiones. Dichas habilidades compasivas incluyen importantes características del estilo de comunicación de figuras de apego óptimas, que dan muestras de simpatía [benevolencia], tolerancia al estrés, empatía, una actitud que se abstiene de juzgar, preocupación por los demás y por el propio bienestar, y sensibilidad al dolor mental. Es posible imaginarse las características compasivas a partir de las experiencias con otras personas significativas a lo largo de la andadura vital. Por ejemplo, Jane se podía imaginar a su tía Mags como un ser compasivo. En el caso de otras personas, esto puede resultarles más difícil. Por ejemplo, un paciente se imaginaba a Bono

de U2 como un ser compasivo. El proceso de analizar las reacciones compasivas frente a los ataques autocríticos y el estrés emocional es una parte importante del objetivo de ayudar al paciente a desarrollar unas habilidades de autotranquilización.

Conclusiones

Las vulnerabilidades de larga duración a las dificultades en la recuperación emocional, la desregulación afectiva y la recaída se pueden entender desde el punto de vista de los esquemas cognitivos interpersonales tempranos o modelos internos de referencia. Dichos modelos internos de referencia generan un estilo interpersonal e intrapersonal que mantiene las creencias nucleares negativas, la desregulación afectiva y, por consiguiente, la vulnerabilidad a las recaídas. El análisis y la formulación detallada de importantes experiencias vitales asociadas a la configuración de creencias nucleares rígidas e inflexibles y de estrategias conductuales inveteradas constituye una parte importante del proceso de desarrollar la conciencia del individuo respecto de sus reacciones a los acontecimientos y las tensiones vitales negativas. El proceso de la psicoterapia es un proceso de generación de sentido. El terapeuta no pretende cuestionar las creencias nucleares negativas sino, antes bien, generar oportunidades de que el paciente pueda explorar nuevas formas de relacionarse o nuevas narrativas que permitan recrear una estructura de sentido revisada. Ello tiene lugar en virtud del desarrollo de nuevas estrategias interpersonales que pretenden ayudar a la persona a negociar situaciones interpersonales conflictivas particularmente difíciles o desarrollar una mayor calidez e intimidad. A la base de este proceso se encuentra el desarrollo de estrategias intrapersonales compasivas para abordar la vergüenza autoagresiva interna y los diálogos internos sumisos y temerosos. Este es un proceso terapéutico fuertemente cargado de afecto y el terapeuta no debe perder de vista el ritmo y la temperatura emocional de las sesiones de terapia.

11 Conciencia, enajenación y miedo a recaer

Introducción

La recaída se define habitualmente como la reaparición o el agravamiento de los síntomas psicóticos positivos, lo que se asocia a un incremento en el deterioro del funcionamiento diario. Existen pocas dudas respecto de que la reaparición de la psicosis clínica constituye una experiencia estresante y traumática para las personas, las familias y los seres queridos. No es de extrañar, dado que la recaída suele asociarse al reingreso hospitalario, la recuperación más lenta y menos completa, mayor pérdida de oportunidades y de redes sociales y vocacionales, y un aumento de la discapacidad personal. Birchwood y colaboradores (2000) han puesto de manifiesto que la recaída se relaciona con el desarrollo de un estado de ánimo deprimido y la ideación suicida, y que es probable que el mecanismo para el desarrollo del estado de ánimo deprimido posterior a la psicosis clínica pase por las apreciaciones personales de pérdida (“Jamás podré volver a trabajar”) generadas por la experiencia psicótica y la sensación de estar atrapado en la psicosis (“La recaída viene caída del cielo, no puedo hacer nada para impedirlo”). En el capítulo 6 nos

centramos en los aspectos relativos a la humillación, la paralización y la pérdida en relación con la psicosis. En el capítulo 8, al exponer las vivencias traumáticas generadas por la psicosis, nos concentramos en el aspecto relacionado con el peligro. En el presente capítulo nos centraremos en dos aspectos de las creencias y las valoraciones: la intrusividad y el peligro. En este caso la sensación de peligro se refiere al miedo a recaer, y la intrusividad se refiere a la conciencia y la experiencia de los cambios involuntarios, intrusivos y aparentemente incontrolables a nivel de pensamiento.

Fenomenología de la recaída

Existe hoy día una considerable evidencia a partir de los estudios retrospectivos (e.g. Herz & Melville, 1980) y prospectivos (e.g. Birchwood *et al.*, 1989; Jorgensen, 1998) sobre las recaídas, de que la reaparición o la exacerbación de los síntomas psicóticos viene precedida por el incremento de síntomas no psicóticos tales como ansiedad, insomnio, preocupación, irritabilidad y ánimo deprimido. Los estudios prospectivos ponen de manifiesto que, si bien existe actualmente una firme evidencia de que estos síntomas “no psicóticos” son sensibles a las recaídas, no son específicos de las recaídas: esto es, en la mayoría de las ocasiones en que se produce una recaída, ésta viene precedida de un incremento de los síntomas no psicóticos, pero el incremento de los síntomas tales como la ansiedad y la depresión no necesariamente viene seguido de una recaída. Adicionalmente, los estudios prospectivos ponen de manifiesto que la especificidad de los síntomas no psicóticos a las recaídas mejora cuando los síntomas psicóticos de bajo nivel tales como la suspicacia, el paranoidismo, las voces y las ideas de referencia se incluyen dentro de la formulación de los primeros signos de recaída.*

* N. del T.: Para los conceptos de sensibilidad y especificidad aplicados a los primeros signos de recaída, véase la sección “Los afectos, el sentido y las recaídas” del capítulo 1.

Esta evidencia procedente de la investigación tiene dos importantes implicaciones. En primer lugar, sugiere que es probable que los síntomas no psicóticos, que se vienen observando durante las primeras fases de la recaída, representen la respuesta emocional del individuo ante la aparición de cambios sutiles y larvados en las experiencias psicóticas de bajo nivel. En segundo lugar, la falta de especificidad de los síntomas no psicóticos a la recaída sugiere que los primeros signos no señalan una trayectoria inevitable en dirección hacia la reaparición de la psicosis clínica sino, antes bien, que la transición hacia la recaída puede depender de otros factores, incluida la magnitud o intensidad de las reacciones emocionales y psicofisiológicas del individuo frente a las experiencias psicóticas de bajo nivel. Además, las reacciones conductuales e interpersonales contraproducentes a la hora de afrontar dichas experiencias pueden favorecer un aumento del estrés emocional y del nivel de activación fisiológica, acelerando de este modo la velocidad a la que evoluciona el proceso de recaída. Ya sugerimos que las respuestas fisiológicas, conductuales e interpersonales del individuo a los cambios en las experiencias psicóticas de bajo nivel actuales o recurrentes estarían: (1) mediatizadas por la valoración cognitiva que el sujeto hace de dichas experiencias; y (2) que dichas valoraciones se basan en experiencias estresantes o traumáticas relacionadas con la psicosis clínica o el ingreso hospitalario.

Experiencias subjetivas y psicosis

McGhie & Chapman (1961) fueron los primeros en alegar que la sintomatología psicótica se podía entender como la respuesta psicológica del individuo a un “trastorno de base”. Los autores entrevistaron a 26 sujetos con esquizofrenia al inicio del trastorno y obtuvieron un vívido relato de los cambios habidos en la atención, percepción, conciencia del movimiento, pensamiento y emoción. A partir de estos relatos los autores sugirieron que se producía una pérdida de focalidad atencional. La atención no era dirigida de una determinada forma por la propia volición del sujeto sino, antes bien, por la pauta

difusa de los estímulos existentes en la totalidad del entorno. Los cambios perceptivos referidos por estos sujetos incluían una intensificación de la agudeza sensorial en las modalidades auditiva y visual, y una perturbación en la percepción de las pautas en el habla. McGhie & Chapman alegan que las perturbaciones de la atención conducen a una ampliación del campo perceptual, desembocando en la experiencia subjetiva de un cambio en el sentido de la realidad. En relación con la perturbación en la percepción de las pautas en el habla, McGhie & Chapman propusieron que la perturbación en la atención implicaba que información como, por ejemplo, la sintaxis y la forma del habla, que normalmente se procesan de forma automática, sobrecargaban el procesamiento normal de la información. En consecuencia, los sujetos eran incapaces de apreciar el sentido del habla. Los cambios en la conciencia corporal se atribuyeron a la intensificación de la conciencia de las sensaciones corporales y de las respuestas volitivas, lo que provocaba una sobrecarga en la capacidad de los sujetos para procesar la información. Las consecuencias de esta sobrecarga eran una pérdida de la espontaneidad de acción y una “autoobservación” [en el sentido de un aumento de la conciencia] de las minucias de la conducta [esto es, de aspectos nimios o accesorios del comportamiento manifiesto y observable].

Freedman (1974) informa de unos 60 relatos autobiográficos de las primeras experiencias psicóticas. La autora habla de claras e inequívocas experiencias perceptuales específicas, incluida la intensificación de la conciencia sensorial, los cambios en la conciencia sensorial, menor agudeza visual, ilusiones visuales, cambios en la percepción de la profundidad y cambios en la percepción de la propia voz. También encontró cambios en funciones más complejas, incluido el sustituir el pensamiento por la emoción, pensar a través de imágenes, confundir la identidad de otras personas, experiencias de pérdida del sentido de los objetos y sensaciones físicas en el cerebro. Freedman & Chapman (1973) encontraron ocho experiencias subjetivas que distinguían a los pacientes con esquizofrenia y sin esquizofrenia. Dichas experiencias incluían bloqueo del pensamiento, fatiga mental, incapacidad de focalizar la atención, ilusiones visuales, per-

cepción auditiva hiperaguda, además de identificación errónea de las personas e incapacidad de comprender el lenguaje de los demás. Cutting (1985) entrevistó a 30 sujetos con psicosis (15 remitidos, 15 agudos) y a 15 sujetos con depresión, a propósito de sus primeras experiencias subjetivas. Los rasgos, que caracterizaban a la psicosis más que a la depresión, eran las distorsiones perceptuales visuales y auditivas, el deterioro en la comprensión del lenguaje y las distorsiones al nivel de la memoria. Hallazgos similares fueron igualmente replicados por Docherty *et al.* (1978), Neuchterlein & Dawson (1984) y Heinrichs *et al.* (1985).

Chapman & McGhie (1963) sugirieron que los sujetos con psicosis se vuelven conscientes de las experiencias inusuales y que sus reacciones a dichas experiencias pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de la psicosis. Los autores recomendaron que la comprensión psicoterapéutica de las dificultades perceptivas y vivenciales de los sujetos contribuiría a mejorar la comunicación. Adicionalmente, sugirieron que la psicoterapia debería tener por objetivo poner de manifiesto las experiencias subjetivas y las dificultades cognitivas del individuo, además de reducir las reacciones contraproducentes o ineficaces a dichas experiencias.

Bowers (1968) alegó que la experiencia subjetiva de los cambios en la percepción y la conciencia eran cruciales para la transformación de la experiencia normal en una psicosis clínica. En un informe experiencial compuesto extraído a partir de las entrevistas a 15 pacientes, Bowers describe los cambios en la intensificación de la conciencia de los estímulos internos y externos. Asociados a estos cambios perceptuales, el autor habla de que los sujetos presentaban un aumento de la sensación de urgencia [apremio], una reducción de la necesidad de dormir, un afecto exagerado y una intensificación del sentido de sí mismos [de la autoconciencia]. Junto con la intensificación de la experiencia, se daba el que acontecimientos internos y externos y estímulos normalmente fuera de la conciencia se volvían significativos y relevantes. Los sujetos hablaban de que se sentían interesados, fascinados, perplejos o de hecho aterrados por su propia experiencia. Este estado de intensificación de la propia conciencia

daba paso a lo que Bowers llamaba una “disolución del yo” o una “pérdida de la representación mental de sí mismo”. Esta pérdida del sentido combinada con la intensificación de la conciencia de los estímulos internos y externos daba paso al desarrollo y evolución de creencias delirantes ideadas con objeto de otorgarle un sentido a la “intensificación y la alteración del flujo sensorial y la experiencia de sí mismo, la ampliación de los criterios de relevancia y el impulso a encontrar una conclusión o un significado” (1968, p. 352). De hecho, Boker *et al.* (1984) estudiaron las estrategias de afrontamiento que aparecían de forma natural frente a ciertas experiencias de base en 40 pacientes internos durante la fase aguda de la psicosis. La mayoría de las estrategias de afrontamiento referidas por los sujetos consistían en estrategias activas de solución de problemas, por contraste con estrategias más pasivas tales como la evitación y la retracción. Tales experiencias fueron interpretadas por muchos de los sujetos como “señales de peligro”. En este sentido, la experiencia subjetiva de la desregulación cognitiva y perceptual no constituye en modo alguno una experiencia pasiva. Los sujetos estudiados se esforzaba activamente por encontrarle un sentido a su experiencia, y por probar unas estrategias de afrontamiento con objeto de atenuar dichas experiencias.

Valoraciones y recaída

Una serie de investigadores (Thurm & Haefner, 1987; Birchwood, 1995; Gumley *et al.*, 1999) han propuesto que la recaída constituye el resultado de un proceso psicológico que incluye la valoración por parte del individuo de sus propias experiencias. Thurm & Haefner (1987) proponen un modelo de recaída que define al individuo como un agente activo que se sirve de una serie de estrategias de afrontamiento para desacelerar o para prevenir el proceso de recaída. El modelo de estos autores enfatiza que los sujetos afrontan numerosas exigencias adaptativas como consecuencia de su enfermedad, y que la percepción individual de la vulnerabilidad a las recaídas estaría asociada a unas estrategias de afrontamiento anticipatorias

encaminadas a reducir el riesgo de recaer y regular la experiencia cognitiva y emocional. Birchwood (1995) propone un modelo de recaída de doble proceso en el que las atribuciones realizadas por el individuo para justificar y explicar la aparición de los síntomas perturbadores podrían servir bien para acelerar o para retardar el proceso de recaída. Dentro de este modelo, la ansiedad y la depresión se consideran una respuesta al temor de una recaída inminente (tal vez en el caso de aquellos sujetos con experiencias de recaídas anteriores) o bien como manifestaciones de la incapacidad de explicar los síntomas y experiencias (tal vez en el caso de aquellos sujetos con menos experiencias previas de recaídas). Adicionalmente, las atribuciones externas respecto de los sucesos negativos favorecen el desarrollo de la suspicacia y el paranoidismo, lo que conduce a la cristalización de creencias persecutorias.

Gumley *et al.* (1999) proponen una concepción de la recaída que enfatiza el significado personal de la experiencia de la psicosis. Según este marco de referencia, la aparición de una pauta o una configuración de experiencias internas y/o externas que guardan una gran similitud con recaídas anteriores dará paso a unas creencias negativas respecto de sí mismo (e.g. "Soy vulnerable") y de sí mismo en relación con la psicosis ("Jamás podré controlar mis síntomas") más rápidamente que si la configuración guardase una menor similitud. La activación de las valoraciones negativas respecto de la psicosis derivadas de experiencias psicóticas anteriores iniciará el proceso de recaída. Según este modelo, las valoraciones surgen a partir de una variedad de fuentes, incluida la información interna sobre el estado corporal y el nivel de activación (Tarrier & Turpin, 1992) y los cambios cognitivo-perceptuales (Neuchterlein & Dawson, 1984; Frith, 1992). De hecho, la sensación de falta de control sobre los procesos cognitivos y perceptuales durante la recaída ha sido mencionada en varios estudios fenomenológicos sobre la psicosis (e.g. Bowers, 1968; Freedman & Chapman, 1973; Donlan & Blacker, 1975). En consecuencia, al tratar de definir la recaída desde una perspectiva cognitiva, debemos dar cuenta de un proceso psicológico que incluye diferentes fuentes para explicar la sensación de amenaza.

Conciencia, enajenación y miedo

Siguiendo el ensayo de Gumley *et al.* (2003) de terapia cognitiva aplicada a la prevención de recaídas, investigamos los contenidos cognitivos de los primeros signos idiosincrásicos identificados por los propios participantes que fueron asignados a la condición de tratamiento con terapia cognitiva. Ello se tradujo en 29 declaraciones consideradas inicialmente como: (1) cogniciones relacionadas específicamente con la recaída o (2) cogniciones que reflejaban experiencias idiosincrásicas de recaídas. Los ítems relacionados con síntomas tales como, por ejemplo, el ánimo bajo, la suspicacia, el oír voces o la ansiedad fueron excluidos. Estas declaraciones fueron a continuación trasladadas a un cuestionario que después se administró a 169 sujetos que tenían un diagnóstico de esquizofrenia o similar. De estas cuestiones, seis fueron posteriormente descartadas dado que el contenido parecía recordar muy de cerca a las experiencias sintomáticas. Estos ítems fueron “Tengo dificultades para concentrarme”, “Me siento amenazado por otras personas”, “Mis pensamientos no parecen míos”, “Me da la impresión de que algunas personas ya no son las mismas”, “Tengo la espantosa sensación de que va a ocurrir algo malo” y “Me distraigo con facilidad”. Hicimos un análisis factorial de los 23 ítems restantes utilizando la máxima probabilidad con rotación *varimax* y encontramos tres factores subyacentes a los que llamamos Enajenación (n=7), Conciencia (n=8) y Miedo a recaer (n=8). Ello aparece ilustrado en la tabla 11.1.

La tabla 11.2 ilustra algunas de las propiedades psicométricas, las cuales ponen de manifiesto que la escala de valoración del miedo a recaer tiene una buena consistencia interna, una buena fiabilidad test-retest y fuertes correlaciones positivas con la escala de valoración de los primeros signos (*Early Signs Scale*, Birchwood *et al.*, 1989). Una copia de la escala de valoración del miedo a recaer aparece en el apéndice I. Dichas valoraciones son importantes para la formulación psicológica de la vulnerabilidad a futuras recaídas y para comprender de hecho la respuesta cognitiva, emocional e interindividual de la persona ante la aparición de experiencias que sugieren una recaída.

Tabla 11.1. Escala de valoración del miedo a recaer:
acumulación de factores con probabilidad máxima

	<i>Enajenación</i>	<i>Conciencia</i>	<i>Miedo a recaer</i>
Me viene preocupando la posibilidad de recaer.			0.59
Vengo recordando episodios anteriores en los que estuve mal.			0.54
Vengo teniendo más conciencia de mis pensamientos.		0.49	
Vengo teniendo pensamientos que me invaden la mente.	0.70		
Me vengo preocupando por mis pensamientos.	0.73		
Me vengo sintiendo incapaz de controlar mi enfermedad.			0.53
Me vengo preocupando por la posibilidad de volver al hospital.			0.47
Me falta confianza en mi capacidad para salir adelante.			0.50
Mis pensamientos están siendo incontrolables.	0.75		
Mis pensamientos están yendo demasiado rápidos.	0.63		
Me viene preocupando la posibilidad de perder el control.			0.56
Mis pensamientos me están estresando profundamente.	0.73		
Me siento más en contacto con mis pensamientos.		0.54	
Soy consciente constantemente de mis pensamientos.		0.47	0.47
Me veo incapaz de cambiar el contenido de mis pensamientos.	0.58		
Le vengo prestando mucha atención a la forma como funciona mi mente.		0.65	
El mundo me viene pareciendo más vívido y más colorido.		0.63	
Mis pensamientos vienen siendo más interesantes.		0.77	
Vengo teniendo nuevas intuiciones y nuevas ideas.		0.72	
Me están viniendo a la cabeza pensamientos desagradables contra mi voluntad.	0.71		
Mis pensamientos están siendo más claros de lo habitual.		0.67	
Vendo analizando y dándole vueltas a mis pensamientos.		0.55	
La idea de ponerme mal me viene asustando.			0.66

Tabla 11.2. Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración del Miedo a Recaer en la Psicosis

Subescala	Alfa (IC 95 %)	Test-retest (dos semanas)	Intercorrelaciones entre subescalas		Correlaciones con la Escala de los Primeros Signos (Birchwood et al., 1989)			
			2	3	Ansiedad	Depresión	Desinhibición	Psicosis incipiente
1. Enajenación	0.91 (0.88, 0.93)	0.69	0.44	0.75	0.63	0.53	0.40	0.73
2. Conciencia	0.85 (0.81, 0.88)	0.71	-	0.43	0.34	0.30	0.45	0.46
3. Miedo a recaer	0.85 (0.81, 0.88)	0.67	-	-	0.65	0.64	0.48	0.69
Total	0.92 (0.90, 0.94)	0.70	-	-	0.62	0.57	0.50	0.72

La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la prevención de recaídas

Los manuales de TCC aplicada a la psicosis disponibles actualmente enfatizan el tratamiento psicológico de los síntomas positivos, los síntomas negativos y la ansiedad y la depresión coexistentes (e.g., Kingdon & Turkington, 1994; Fowler *et al.*, 1995). Dichos manuales detallan estrategias específicas para la prevención de recaídas introducidas hacia el final del tratamiento. Kingdon & Turkington enfatizan la identificación de los estresores que pueden desencadenar las recaídas, la elaboración de un perfil de recaídas que incluye los signos y síntomas indicativos de una recaída, y la elaboración de una gama de posibles respuestas, por ejemplo, observancia de la medicación, búsqueda de ayuda y habilidades de afrontamiento desarrolladas durante el tratamiento. Fowler *et al.* ofrecen estrategias específicas, introducidas al final de la terapia, encaminadas a abordar la discapacidad social y el riesgo de recaer. Dichas estrategias estarían enraizadas en la elaboración de unos fundamentos normalizadores y de una formulación personal de la experiencia de la enfermedad por parte del individuo. El objetivo de esta fase es generar esperanza, identificar objetivos a medio y largo plazo, y abordar cualquier posible malinterpretación no resuelta en relación con el diagnóstico. Las estrategias de reatribución tienen la función de reducir la culpabilización asociada a la discapacidad social. Por ejemplo, los sujetos pueden culparse a sí mismos o sentirse culpabilizados por sus síntomas negativos. La facilitación de una educación respecto de los síntomas negativos permite corregir cualquier posible malinterpretación. Adicionalmente, a los individuos se les alienta a participar activamente en el manejo de su enfermedad. Se subrayan la importancia de la medicación y el uso de la evitación estratégica en los momentos de intensificación del estrés o de los síntomas. Sin embargo, recientemente Tarrier (2005) ha demostrado que la evidencia del efecto de la TCC sobre la prevención de recaídas es limitada, a menos que los investigadores utilicen programas especializados de prevención de recaídas:

Si bien existe evidencia a favor de la reducción de los síntomas con la TCC tanto en la fase aguda como en la fase crónica de la esquizofrenia, la evidencia de que la TCC reduce significativamente las recaídas es menos espectacular. Los hallazgos en los pacientes tratados durante un episodio agudo son decepcionantes. El estudio SoCRATES con pacientes agudos informó de unos porcentajes similares de recaídas clínicas para los grupos de TCC (33%), SC [*supportive counselling*, asesoramiento de apoyo] (29%) y TAU [*treatment as usual*, tratamiento habitual] (36%) y de reingresos TCC (55%), SC (52%) y TAU (51%). En pacientes tratados durante la fase crónica, los resultados son más equívocos. En su muestra de pacientes crónicos, Tarrier *et al.* informan de un 14% de recaídas en el grupo TAU por contraste con ninguna en los grupos de TCC y SC a lo largo de un período de tratamiento de tres meses. Esto cambió a unas tasas de recaídas del 28% para la TCC, 19% para el SC y 27% para el TAU al cabo de 15 meses. A los 27 meses se produjo un 27% de recaídas en el grupo de TCC y SC combinados y un 39% en el grupo TAU. Sin embargo, ninguno de los resultados del seguimiento es significativo en el caso de las comparaciones transgrupales. Aplicando la terapia de aceptación y compromiso [*acceptance and commitment therapy*, ACT] a pacientes internos, Bach & Hayes encontraron una reducción subsiguiente de los reingresos de un 40% en el grupo TAU a un 20% en el grupo ACT durante un período de seguimiento de cuatro meses. Gumley *et al.* utilizaron una TCC focalizada, aplicada a partir de la aparición de los primeros signos de recaída. El grupo TCC mostró un porcentaje significativamente menor de recaídas (14%) por contraste con el grupo de control (36%) a lo largo de un período de 12 meses. La duración de la recaída, pero no la gravedad o el período de recaída, también se redujo. Estos resultados sugieren que necesitamos un programa de prevención de recaídas especializado e intensivo con objeto de poder modificar significativamente los porcentajes de recaídas (2005, p. 141).

Analizar las experiencias de recaída

El desarrollo de una formulación de la recaída reviste una importancia crucial dentro del tratamiento. Dicha formulación les brinda

al terapeuta y al paciente una posible guía para analizar los factores cognitivo-conductuales claves implicados en la recaída y tratar de extraer un sentido de la pauta seguida por los primeros signos vividos durante las primeras etapas de la recaída. La experiencia de la psicosis aguda como acontecimiento vital crucial se encuentra en el centro del modelo de formulación clínica para la vuelta a la normalidad después de un trastorno psicótico. Se propone que las creencias y los supuestos que se originan a partir de dicha experiencia representan los intentos del individuo por acomodarse a su experiencia y asimilarla, y que dichas creencias pueden representar una vulnerabilidad cognitiva permanente a las recaídas.

La entrevista cognitiva para detectar los primeros signos (figura 11.1) ofrece una guía y un resumen de los procesos más característicos implicados en la elaboración de la formulación. Durante este proceso, la habilidad del terapeuta respecto de acoplarse [regular la velocidad] y de estar alerta a los cambios sutiles en el estado de ánimo, el contacto ocular y la conducta revisten la máxima importancia. Esta es la razón de que al sujeto se le pida que recuerde episodios anteriores de psicosis aguda y de hospitalizaciones. La entrevista se sirve de algunas técnicas cognitivas para facilitar la elaboración de una hipótesis respecto de los primeros signos. Su objetivo es ayudar al terapeuta a detectar creencias y supuestos importantes que pudieran ser relevantes con vistas a una recaída, en base a identificar recuerdos específicos asociados a episodios anteriores. El individuo y el terapeuta pueden optar por centrarse en el último episodio psicótico, o bien en otro que pudiera tener una mayor transcendencia personal para el individuo como, por ejemplo, el primer o el segundo episodio.

El terapeuta y el individuo confeccionan una línea del tiempo [reconstruyen el hilo o la secuencia temporal] entre el comienzo de los primeros signos y el inicio de la psicosis aguda sobre la cual determinados sucesos relevantes y significativos a nivel personal son “fijados” [adscritos] al proceso de recaída. Birchwood *et al.* (2000) han descrito una metodología similar. Ahora bien, ampliando esta metodología [yendo un paso más lejos], el terapeuta extrae colabora-

Figura 11.1. Protocolo de entrevista para detectar los primeros signos

Entrevista cognitiva para detectar los primeros signos

DETERMINAR LA FECHA DE LA ÚLTIMA RECAÍDA

DETERMINAR EL INICIO DE LOS PRIMEROS SIGNOS

ELEGIR UN HECHO ACAECIDO DURANTE EL PERÍODO ENTRE EL INICIO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS Y LA RECAÍDA

Preguntas características:

Al hablar de tu última recaída, ¿te viene a la mente algún recuerdo en particular?

¿En qué momento ocurrió?

¿Te vienen a la mente otros sucesos?

DETERMINAR UNA SECUENCIA TEMPORAL PARA LOS SUCESOS RELACIONADOS CON EL INICIO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS Y LA RECAÍDA

DETERMINAR EL SUCESO ASOCIADO A LAS COGNICIONES “CANDENTES”

Preguntas características:

¿Cuál de estos sucesos te resulta más estresante?

Si únicamente hubiera ocurrido uno de estos hechos, ¿cual sería el que más te habría alterado?

¿Por qué?

IDENTIFICAR RECUERDOS E IMÁGENES ASOCIADOS AL RECUERDO

Preguntas características:

¿Qué fue lo que te alteró tanto?

¿Te vienen a la mente otros recuerdos e imágenes?

¿Puedes describirlos?

DESCUBRIMIENTO GUIADO PARA DETERMINAR EL SENTIDO

¿Qué significado tiene este suceso para ti?

¿Qué fue lo peor de este suceso?

IDENTIFICAR COGNICIONES RELACIONADAS CONSIGO MISMO Y RESPECTO DE LA ENFERMEDAD

¿Qué te dice esto acerca de tu enfermedad?

¿Todavía sigues pensando eso?

¿Qué te hace sentir eso respecto de tu enfermedad?

ENLAZAR EL SUCESO Y EL SENTIDO A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA COGNITIVA, PERCEPTUAL Y FISIOLÓGICA

Ahora que vuelves a pensar en eso, ¿cómo te sientes (indagar la experiencia cognitiva, perceptual y física)?

¿Qué es/fue lo que notas/notaste en relación con tus pensamientos?

¿Qué es/fue lo que notas/notaste en relación con tu cuerpo?

FORMULAR Y RESUMIR ENLAZANDO EL SUCESO, LAS EXPERIENCIAS INTERNAS, LAS CREENCIAS Y LAS SECUELAS EMOCIONALES/CONDUCTUALES

CONTRASTAR LA CONFIGURACIÓN [ACTUAL] DE SÍNTOMAS CON LOS EPISODIOS ANTERIORES E INTRODUCIR LOS AJUSTES NECESARIOS

Fuente: Extraído de Tait *et al.* (2003), Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style [La predicción de la adherencia a los servicios de salud mental en el caso de los sujetos psicóticos: toma de conciencia, síntomas y estilo de recuperación], *British Journal of Psychiatry*, **182**, pp. 123-128.

doramente y prioriza en términos de significado personal determinados hechos que la persona considera cruciales en el desarrollo y evolución de la recaída, esto es, aquellos sucesos que definen los significados que el sujeto asocia a ponerse mal. El descubrimiento guiado se utiliza para desvelar y poner de relieve el significado que el sujeto asocia a tales recuerdos como, por ejemplo, “He perdido el control” o “He decepcionado a los demás”. A continuación, dichas creencias se ponen en relación con sus correspondientes secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas tales como, por ejemplo, miedo, vergüenza, evitación, aumento de la tensión e insomnio. La configuración de síntomas detectados junto con los correspondientes significados personales asociados se utiliza más adelante como base para elaborar la hipótesis respecto de los primeros signos. Esta hipótesis puede después ser comprobada y evaluada comparando la configuración y el momento de aparición de los síntomas en relación con episodios anteriores de recaída. La información reunida por el terapeuta y el sujeto se utiliza entonces para desarrollar un cuestionario idiosincrásico sobre los primeros signos. Creencias y supuestos relevantes quedan incluidos en esta escala con el propósito de ayudar a “enlazar” la aparente varianza de los síntomas.

Explicar las creencias

Se considera que las creencias [respecto de la psicosis] se derivan de los intentos del individuo ya sea por asimilar o por acomodar sus experiencias psicóticas a sus creencias y supuestos preexistentes. Dichas creencias actúan a la manera de reglas que incluyen predicciones acerca del sentido y de las consecuencias de los acontecimientos internos o externos. De acuerdo con esto, la aparición de experiencias que recuerden episodios psicóticos anteriores revestirá el consiguiente significado deductivo en relación con la relevancia personal asociada a dichas creencias. Por ejemplo, durante las primeras etapas de la recaída, el individuo puede interpretar cambios fisiológicos tales como el aumento de la tensión en la cabeza, cuello y

hombros, en el sentido de que la cabeza le estuviera creciendo de forma desproporcionada en relación con el cuerpo. Ello pone de relieve sus creencias en relación con dicha experiencia, por ejemplo: “Me estoy descontrolando”, “La gente va a empezar a mirarme fijamente”, “Soy débil”, “La gente ataca a las personas que parecen vulnerables”. A su vez, el efecto o la influencia de dichas creencias sobre el proceso de recaída se puede explicar en relación con la identificación sistemática de sus inconvenientes o de sus consecuencias:

T: Me dijiste que cuando sientes que tu cuerpo está cambiando, empiezas a pensar que te estás descontrolando, que eres vulnerable y que la gente te va a hacer daño. Cuando piensas todo eso, ¿cómo te sientes?

P: Me asusto. No puedo pensar con claridad y no puedo salir a la calle.

T: ¿Qué es lo que más miedo te da?

P: La idea de no controlarme. Tengo que controlarme o me pondré mal y acabaré en el hospital.

T: ¿Hay alguna otra cosa que te dé miedo?

P: La idea de parecer que estoy pirada. La gente me verá y me atacará. No quiero salir, salvo que sea ya muy tarde por la noche.

T: ¿Qué otra cosa haces cuando te sientes así?

P: No puedo dormir por las noches. Me pongo a limpiar sin parar para mantener la cabeza a raya, pero no dejo de pensar en lo mismo. Tengo que ir a mirarme en el espejo. Antes me pongo fatal. Me acuerdo de sentir este dolor en el estómago. Pensaba que tenía un animal dentro y que se iba a autodevorar.

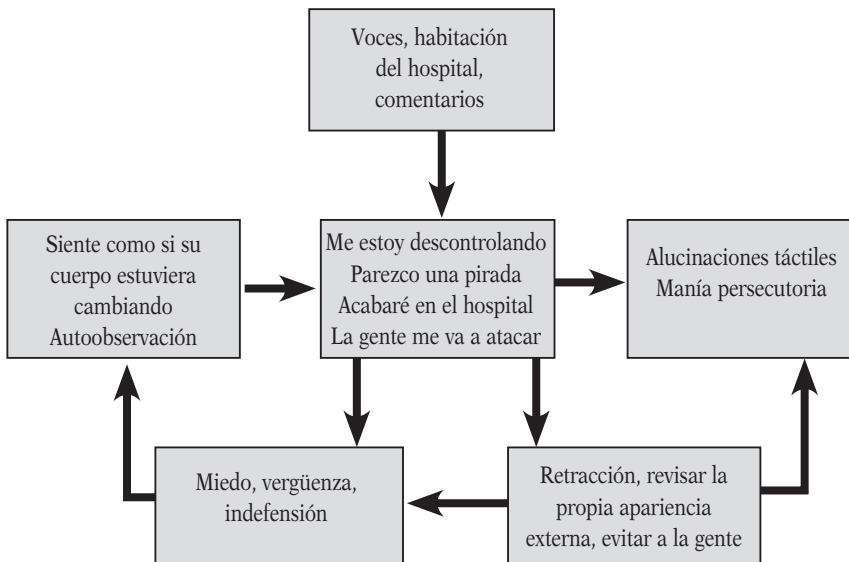
En este ejemplo, el trauma asociado a la experiencia de la psicosis es evidente. Esta sujeto describe el sentido inferencial [el significado deductivo] de los cambios a nivel corporal. Dichos cambios se asocian a firmes creencias relativas al control y la vulnerabilidad a ser atacada por los demás. De hecho, estos mismos temas nucleares se prolongan y quedan incluidos en la consiguiente evolución de las creencias delirantes asociadas a su psicosis aguda. La formulación

del ejemplo de este caso aparece más abajo en la figura 11.2. La formulación es el medio clave de explicar la relevancia de las creencias en relación con la experiencia personal y la aceleración de la recaída. Dicha formulación también contiene los primeros signos claves de recaída a nivel fisiológico, emocional, conductual y cognitivo, expuestos bajo la forma de un diagrama con objeto de ayudar al individuo a poder encontrarle un sentido al proceso de recaída.

Seguir la evolución de los primeros signos

La formulación de una hipótesis sobre los primeros signos configura la elaboración de un cuestionario individualizado sobre los primeros signos, el cual integra los factores cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos que caracterizan la evolución de la recaída. En relación con esto, nos parece que el uso de la formulación clí-

Figura 11.2. Formulación cognitivo-conductual de los primeros signos de recaída



nica supone una forma de supervisión más útil y con más sentido. En lugar de registrar diagramáticamente los primeros signos, se alienta a la persona a observar y registrar estados mentales de riesgo en relación con una posible recaída. Ello reduce el énfasis en la concentración de la atención en los síntomas, aumenta el énfasis otorgado al sentido y genera la oportunidad de ensayar situaciones hipotéticas con el fin de poder responder de forma óptima al aumento de la percepción del riesgo de recaída.

La TCC focalizada

La TCC focalizada se puede aplicar durante la primera fase de la recaída. A propósito de esto, también durante el transcurso de la terapia convencional nos hemos servido de las estrategias para la transformación de las creencias respecto de las recaídas descritas en este capítulo. Dada la naturaleza de la recaída, la oportunidad de intervenir [terapéuticamente hablando] es limitada. En consecuencia, las estrategias utilizadas a lo largo del tratamiento pretenden: (1) minimizar el riesgo; y (2) reducir la velocidad del proceso de recaída, en virtud de (3) incrementar la gama de oportunidades de prevenir la aparición de una recaída. La TCC focalizada se introduce cuando se produce un aumento o intensificación de los primeros signos de recaída, o si existe evidencia de la presencia de estresores que probablemente generen un aumento del riesgo de recaer, por ejemplo, la pérdida de un ser querido o el hecho de haber sufrido una agresión.

El orden de los cometidos del tratamiento

Los cometidos del tratamiento son ordenados por orden de prioridad al inicio de la TCC focalizada, en consonancia con la detenida evaluación y detección de la evidencia relativa al riesgo de dañarse a sí mismo y/o dañar a los demás. Una vez que estas prioridades han sido abordadas, el tratamiento puede pasar a ocuparse de otras prioridades.

La entrevista inicial para la TCC focalizada

La entrevista inicial comienza con una breve revisión de los primeros signos del sujeto y con la identificación de cualquier otro problema o síntoma, incluida la comprobación del riesgo de dañarse a sí mismo o a los demás. El terapeuta y el paciente clasifican por orden de prioridad los problemas identificados en la revisión con objeto de confeccionar una agenda de trabajo o un programa de actuación. Los problemas y síntomas identificados en la revisión se analizan detenidamente en relación con las preocupaciones respecto de una posible recaída. Se puede analizar la evidencia a favor y en contra de una posible recaída en relación con la formulación desarrollada durante la fase de evaluación e implicación terapéutica. Adicionalmente, dado que es probable que la recaída esté asociada a un aumento del nivel de activación, niveles elevados de miedo y ansiedad, y pensamientos catastróficos, el terapeuta tiene un cuidado especial en regular la velocidad de la sesión inicial y subsiguientes. El ritmo de la sesión es deliberadamente enlentecido con objeto de poder identificar las creencias más destacadas y, de hecho, brindar un modelo de reacción no catastrófica frente a la amenaza de una recaída incipiente.

Comprobar la formulación

Un cometido terapéutico que reviste una importancia crucial al comienzo de la focalización es la identificación de la evidencia a favor y en contra de una posible recaída. Este procedimiento cumple tres funciones: (1) la evaluación detallada del riesgo de recaída; (2) ayudar al individuo a adoptar una perspectiva en relación con su propia experiencia; y (3) la clarificación de la hipótesis a propósito de la recaída. Este procedimiento también brinda la oportunidad de que el terapeuta y el individuo puedan evaluar de forma crítica la exactitud de su formulación. Esta comprobación se puede llevar a cabo utilizando una serie de estrategias. Primero, la exactitud de la formulación se puede evaluar comparando la naturaleza y la pauta

de los primeros signos actuales con los pronosticados por la propia formulación. Segundo, las diferencias entre la experiencia esperada y la experiencia real actual se analizan en términos de la valoración que hace el sujeto de sus primeros signos en relación con sus creencias actuales respecto de la recaída y sus recuerdos de recaídas anteriores. Tercero, también se pueden evaluar las similitudes entre la experiencia actual y las experiencias anteriores.

Descatastrofizar la recaída

Durante la sesión inicial el terapeuta concede prioridad a cualquier creencia catastrófica respecto de la recaída. Esta es una importante prioridad clínica, dado que las creencias catastróficas aumentarán la activación fisiológica y el miedo, acelerando de este modo la velocidad a la que progresa una recaída potencial. Con vistas a descatastrofizar la recaída pueden ser de utilidad una serie de técnicas. Primero, la recaída puede ser redefinida como una oportunidad de aprender algo nuevo. En particular, la evidencia histórica relativa al aplazamiento del tratamiento para la recaída [esto es, relativa a las consecuencias de posponer una intervención ante la aparición de los primeros signos] se puede utilizar para subrayar las oportunidades actuales que se pueden derivar de una intervención precoz. Por otro lado, las anteriores experiencias de intervenciones precoces fallidas se pueden analizar en términos de identificar otros procedimientos adicionales que podrían haber sido de utilidad. Segundo, el terapeuta puede trabajar adicionalmente junto con el sujeto con el fin de esclarecer las ventajas y los inconvenientes de una intervención precoz. Los resultados de esta labor se pueden contrastar con las experiencias anteriores. Tercero, el terapeuta puede identificar experiencias en las que los sujetos hayan buscado ayuda y/o bien se hayan servido de algunas habilidades de afrontamiento, lo cual ha prevenido o reducido la gravedad de la recaída. Se pueden recabar pruebas en relación con esto, pidiéndole al sujeto que rememore experiencias anteriores en las que se dieron los primeros

signos sin que vinieran seguidos de una recaída ulterior. Si bien este procedimiento le permite al terapeuta evaluar la probabilidad de que un episodio pudiera ser un falso positivo, también posibilita la identificación de habilidades específicas de afrontamiento utilizadas por el individuo y que han demostrado ser de utilidad. Cuarto, el terapeuta se mantiene constantemente alerta ante la evidencia de una intensificación del afecto. La evidencia de la intensificación del afecto dentro de la sesión es analizada por el terapeuta con objeto de identificar otras creencias negativas respecto de sí mismo, de la enfermedad, de los demás y del futuro, que pudieran ser relevantes para el proceso de recaída, o bien actuar a modo de obstáculos con vistas a redefinir la propia recaída.

Negociar la intervención

Al final de la sesión inicial, se contrata la TCC focalizada sobre la base de la evidencia recogida con relación a la probabilidad de una recaída. Se exponen los fundamentos de la TCC sobre la base de la exactitud de la formulación original o adaptada [esto es, revisada], lo cual brinda una guía para focalizar la atención en aquellas creencias y conductas claves que pudieran ser relevantes para el proceso de recaída. Por ejemplo, al explicar los fundamentos puede ser de utilidad subrayar la relación entre los pensamientos catastróficos derivados de las experiencias negativas, y la aceleración de la intensificación del miedo, el nivel de activación y el insomnio. Puede ser de utilidad recurrir a la metáfora, en virtud de la cual el proceso de recaída se compara con un motor engranado a una serie de pensamientos, recuerdos y creencias atemorizantes, que incrementan la velocidad de las emociones y las sensaciones desagradables. En virtud de aprender nuevas estrategias de afrontamiento, o bien de fortalecer las ya existentes, es posible enlentecer o desengranar este motor. El sentido de la metáfora también permite introducir la esperanza realista de poder aumentar el control sobre el proceso de recaída.

Sesiones subsiguientes

Identificar las creencias más destacadas a nivel emocional

Como ya dijimos, el terapeuta permanece alerta ante cualquier cambio en el afecto, y sigue los cambios en la emoción como señales de la activación de una determinada creencia en particular. Los cambios en la emoción ofrecen la oportunidad de indagar amablemente acerca de cualquier pensamiento y/o imagen que el sujeto pueda estar vivenciando. Averiguar el sentido de los acontecimientos constituye una labor crucial. Si bien la intensificación de la emoción y de la tensión es una consecuencia evidente del comienzo de la recaída, es preciso determinar el sentido asociado al hecho en sí. A continuación se expone un ejemplo de este procedimiento:

- T:* Ahora mismo pareces estresada. ¿Qué es lo peor de todo lo que te está pasando?
- P:* No lo sé. Estoy tan confundida, no puedo pensar con claridad; todo esto es demasiado para mí.
- T:* Te sientes confundida, no puedes pensar con claridad y te parece demasiado (*Resume para reducir el ritmo*). ¿Cuál de estas cosas te altera más?
- P:* El no poder pensar. Es como si no pudiera hacer nada. Todo parece estar fuera de control. Tengo miedo de ponerme mal.
- T:* Ahora veo por qué te sientes tan estresada (*El terapeuta ofrece validación*). Cuando te sientes confundida e incapaz de pensar con claridad, ello significa que no puedes hacer nada, que no tienes ningún control y que te vas a poner mal. ¿Lo he comprendido bien? (*Se asegura de ser preciso*).
- P:* Sí (*llorosa*), no tengo ningún control sobre lo que me pasa. Así es (*la recaída*). Es algo que me domina, todo se acelera y no hay nada que pueda hacer.

Hacer preguntas específicas sobre la naturaleza y la presencia de imágenes puede ser de utilidad para averiguar el sentido y el significado psicológico del inicio de la recaída. Dado que la experiencia de la recaída puede ser traumática, el terapeuta tiene que ser consciente

de la evidencia de imágenes intrusivas en relación con acontecimientos anteriores, y de que el individuo puede describir imágenes de una forma excesivamente general (evitación cognitiva). A continuación se ofrece un ejemplo de este proceso:

T: Dices que has estado pensando en la última vez que te pusiste mal. ¿Hay algún aspecto en particular de esa experiencia que se te haya quedado grabado en la memoria?

P: Me acuerdo de mi madre chillándome. No paraba de gritar; aquello no tenía el menor sentido. Oía las voces. También las voces estaban locas. El ruido no paraba.

T: ¿Puedes revivir todo eso mentalmente mientras lo estás contando?

P: (*Aparta la vista*) Oigo las voces. Me decían lo mala que soy. Mi madre tenía la cara roja. Me acuerdo con mucha claridad de sus ojos. Parecía muy enfadada. Hablaba a voz en grito, pero no sé qué decía.

T: ¿Qué significa esa imagen para ti?

P: Que le he vuelto a fracasar otra vez. Soy una decepción para ella. No soy buena.

T: En esta imagen puedes ver a tu madre chillando, te acuerdas de las voces, pero no sabes qué decía tu madre. Esa imagen significa para ti algo doloroso, y es que le has fracasado a tu madre, que no eres buena y que eres una decepción. ¿Es esto lo que piensas de ti misma cuando te preocupa volver a recaer?

P: Sí, es como si me pongo mal, la volveré a decepcionar otra vez.

El terapeuta se muestra sensible y colaborador a la hora de detectar los pensamientos, las creencias y las imágenes claves que tienen lugar durante la recaída. Es importante que el terapeuta se asegure de disponer de una muestra razonable de cogniciones con el fin de no pasar por alto ninguna preocupación destacada. Pero el vasto número de pensamientos y de imágenes que tienen lugar durante el inicio de la recaída puede comprensiblemente anonadar tanto al sujeto como al terapeuta. Esta dificultad se puede resolver identificando la cognición más sobresaliente. Esto se puede lograr de la forma más

sencilla preguntando qué pensamiento o imagen produce más alteración. Por otro lado, el registro detallado de los pensamientos, creencias e imágenes puede a continuación permitirle al terapeuta invitar al individuo a valorar sistemáticamente la tensión asociada a cada uno de los ellos. En virtud de este medio es posible identificar la cognición o cogniciones más sobresalientes. Además, el terapeuta puede realizar comprobaciones de fiabilidad verificando la relación entre determinados pensamientos específicos y las principales emociones, reacciones fisiológicas y conductas asociadas al proceso de recaída.

Flexibilizar las creencias

Las creencias durante el inicio de la recaída pueden ser absolutas y actuar a la manera de unas creencias nucleares incondicionales como, por ejemplo, “No tengo ningún control” y “Soy malo”. Crucial para el proceso de desacelerar la velocidad de la recaída es la introducción de cierta flexibilidad en tales creencias en virtud de identificar situaciones en las que dicha creencia sea verdadera o no lo sea. Ahora bien, si el sujeto declara que la creencia es verdadera en todas las situaciones, entonces se puede recurrir a recabar pruebas en favor de la creencia como una manera de introducir cierta flexibilidad. Dicha evidencia sería a continuación utilizada para identificar unas condiciones en las que la creencia sea verdadera para el sujeto, generando con ello una creencia condicional. A continuación se ofrece un ejemplo de este proceso:

T: Dices que no tienes ningún control. ¿Me puedes decir en qué te basas para decir eso?

P: Mis pensamientos están yendo demasiado rápido, no puedo pensar. No puedo expresarme con claridad. No puedo hacer nada.

T: ¿Hay algo más que te haga sentir que no tienes ningún control?

P: Sí. No paran de venirme pensamientos a la cabeza (*aparta la vista*), son espantosos. Es como si hubiera hecho daño a alguien. Veo a mi hermana en el suelo muerta.

T: ¿Qué te hace sentir eso?

- P:* Que estoy haciendo algo mal, que algo malo va a pasar si no consigo detenerlo.
- T:* Déjame ver si lo he entendido bien. Dado que tus pensamientos están yendo demasiado rápido, no puedes pensar bien y no paran de venirte pensamientos espantosos a la cabeza. Ello hace que sientas que no tienes ningún control. ¿Es eso?
- P:* Sí, no puedo detener lo que me está pasando por la cabeza.
- T:* Así que si no puedes detener lo que te está pasando por la cabeza, es que no tienes ningún control. ¿Te parece que es correcto decirlo de esta forma?
- P:* Sí, eso es; es lo que me está pasando por dentro de la cabeza lo que es tan malo.

En este caso, el terapeuta equilibra la validación de la creencia con una investigación sobre las condiciones que activan la creencia y hacen que “parezca” [que se sienta como] verdadera. La identificación de unas condiciones asociadas a la creencia facilita la aplicación de estrategias para transformar la creencia. Algunos ejemplos de creencias condicionales asociadas a la aceleración de la recaída se ofrecen en la figura 11.3. Dichas creencias enlazan las experiencias personales de recaída (e.g. los cambios en el pensamiento, la emoción, la fisiología y la conducta) con las consecuencias para uno mismo (e.g. pérdida del control, fracaso), el mundo/los demás (e.g. enfado, castigo) y el futuro (e.g. hospitalización).

Figura 11.3. Creencias condicionales durante la recaída

Si recaigo, los demás se sentirán decepcionados.
Si pierdo el control de mis pensamientos, recaeré.
Si no aguento, recaeré.
Si recaigo, acabaré en el hospital.
Si digo que no estoy bien, se enfadarán conmigo.
Si me pongo mal, me castigarán.
Si recaigo, es que soy un fracasado.

Transformar las creencias

Dado que uno de los supuestos claves de la TCC focalizada es que las creencias desarrolladas en relación con la recaída surgen de resultados de experiencias negativas, dichas creencias se consideran adaptativas a nivel contextual. A lo largo de este proceso el terapeuta puede detectar una serie de creencias condicionales. Ello se lleva a cabo identificando qué creencia aparece asociada a la emoción más fuerte, por ejemplo, valorando cada creencia según el nivel de tensión asociado a la misma. Además, el terapeuta no necesita adoptar el enfoque de cuestionar estas creencias. En su lugar, analiza la evidencia a favor de estas creencias con objeto de determinar la función que desempeñan para el individuo. Por ejemplo, la creencia de “Si no controlo mis pensamientos, me pondré mal” se traducirá en una serie de medidas de seguridad tales como la evitación de situaciones que desencadenen pensamientos intrusivos, la vigilancia en relación con posibles cambios en el pensamiento, evitación cognitiva y demás estrategias para controlar la ideación. La función de estas medidas de seguridad es controlar los pensamientos. La transformación de las creencias implica identificar supuestos alternativos que desempeñen la misma función (en este caso, el control) sin los costes asociados a la antigua creencia condicional. El terapeuta determina el sentido del “control” y los parámetros que lo determinan, por ejemplo, si se trata de la percepción del control ejercido por la sola experiencia cognitiva del sujeto, si existen otros factores que influyen en la percepción del control y, lo que es más importante, si existen conductas alternativas que puedan fortalecer la sensación de control por parte del individuo. Una vez identificada una conducta alternativa o ya existente que fortalezca la sensación de control, ésta se puede utilizar para consolidar una nueva creencia. La importancia de utilizar la conducta para transformar y desarrollar creencias alternativas se relaciona con el subsiguiente diseño de experimentos conductuales para comprobar las creencias transformadas. Con ello, el terapeuta no cuestiona la lógica ni la verdad de la antigua creencia, sino que trabaja junto con el sujeto con el fin de desarrollar creencias alternativas. A continuación se ofrece un ejemplo de este proceso:

- T:* Dices que si no controlas tus pensamientos, te pondrás mal. ¿Puedes explicarme en qué sentido te resulta útil pensar de esta manera?
- P:* Ello se traduce en que no me pondré mal.
- T:* ¿Hay otras razones por las cuales te resulta útil pensar de esta manera?
- P:* Bueno... Supongo que también se traduce en que me siento mejor, siento que tengo más control sobre lo que me pasa por la cabeza.
- T:* Bien, así que esta forma de ver tus pensamientos significa que tienes menos probabilidades de ponerte mal, te sientes mejor y más controlado. ¿Hay alguna otra razón por la que te resulta útil pensar de esta manera?
- P:* Yo no lo veo así, no veo que me sienta mejor, y me pongo mal de todas formas.
- T:* Vale, entonces aunque esta creencia pueda serte útil, no siempre te funciona. ¿Existe algún inconveniente en el hecho de que tengas que controlar tus pensamientos?
- P:* Me cuesta mucho, cuanto más lo intento, más difícil me resulta. Me preocupa lo que pienso y tampoco puedo salir porque podría empezar a tener pensamientos que me alterasen y los demás podrían darse cuenta. Me deprime mucho todo esto.
- T:* Así que te cuesta mucho, te conduce a preocuparte por lo que piensas y a preocuparte de si los demás se darán cuenta, de modo que no sales y te deprimas mucho. En ese caso, en lugar de evitar totalmente los pensamientos que te alteran, ¿qué te parece si pudieras afrontar mejor este tipo de pensamientos? ¿Cómo lo ves?
- P:* No lo sé con seguridad. No me gusta tener esos pensamientos.
- T:* (*El terapeuta revisa los parámetros de control*) Vale, así que cuando dices que te gustaría controlar esos pensamientos, ¿a qué te refieres con eso?
- P:* Bueno, me refiero a que no quiero tenerlos en absoluto, a que tendría que ser capaz de controlar mis pensamientos todas las veces.

En este ejemplo, el terapeuta decide abordar la creencia de que todos los pensamientos tienen que ser controlados y ofrece cierta

explicación de la diferencia entre los pensamientos voluntarios (e.g. confeccionar una lista de la compra) y los pensamientos involuntarios (e.g. los pensamientos negativos automáticos o los pensamientos intrusivos en respuesta al estrés). Se expone y se analiza alguna información sobre la frecuencia de los pensamientos intrusivos en la población general y sobre el papel de la supresión de los pensamientos en la generación de un efecto de rebote (Wells, 1997). Se lleva a cabo un experimento conductual dentro de la sesión para investigar los efectos de la supresión del pensamiento, preguntándole al sujeto que reproduzca la imagen de un camello en su imaginación y a continuación evite pensar en los camellos. Una vez abordada la creencia de que todos los pensamientos tienen que ser controlados, se puede abordar la creencia de que “Si no controlo mis pensamientos, me pondré mal”:

T: Entonces, ¿qué es lo que te ayuda a sentirte más controlado?

P: Hablarlo con mi amigo me ayuda, cuando no estoy alterado, me siento más controlado, beber algo me ayuda también.

T: Vale, ¿y qué tienen estas situaciones que te ayudan a sentirte más controlado?

P: Me siento más relajado. Me siguen viniendo pensamientos que me alteran, pero ya no me molestan tanto.

T: ¿Y qué haces en esas situaciones cuando te viene un pensamiento que te altera?

P: Pienso en otra cosa o me distraigo haciendo algo.

T: Entonces, como un primer paso, en lugar de tratar de abolir totalmente estos pensamientos, si fueras capaz de ignorarlos, ¿en qué se podría traducir eso?

P: Supongo que no me pondría tan alterado.

T: Y si esos pensamientos te alterasen menos, ¿qué supondría eso para ti?

P: Me sentiría mejor.

T: Entonces vamos a decirlo de este modo: “Si soy capaz de ignorar los pensamientos no deseados (de no hacerles caso), me sentiré mejor”. ¿Te parece correcto?

Llegados a este punto, el terapeuta genera una creencia alternativa transformada y, al igual que sucedía con la antigua creencia (“Si no controlo mis pensamientos, me pondré mal”), el terapeuta trabaja junto con el individuo para identificar las ventajas y los inconvenientes que comporta esta nueva creencia con respecto a uno mismo y a la recaída.

Comprobar las creencias transformadas

Durante el proceso de recaída los individuos adoptan una gama de estrategias conductuales con objeto de aumentar la sensación de seguridad, prevenir la recaída o aumentar la sensación de control. Por ejemplo, los signos habituales asociados al inicio de la recaída incluyen la suspicacia y la vigilancia, la retracción y la evitación, el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, estas “medidas de seguridad” pueden derivar en la aceleración de la recaída, confirmando de este modo las creencias del sujeto respecto de su indefensión o de que las recaídas son inevitables.

Los experimentos conductuales suponen una metodología ideal de intervención durante este proceso. Dichos experimentos conductuales le permiten al individuo introducir un cambio conductual (e.g. llevar a la práctica una habilidad de afrontamiento), lo que deriva en un cambio cognitivo (las creencias respecto de sí mismo o de la enfermedad). Los experimentos conductuales se pueden llevar a cabo dentro de las sesiones y entre sesiones. Además, también es posible graduarlos por orden de dificultad. Durante la TCC aplicada al proceso de recaída, dichos experimentos tienen por objetivo el desarrollo de conductas alternativas practicadas a lo largo de toda una serie de situaciones, comenzando por la preparación dentro de la sesión para poder aplicarlas *in vivo* entre sesiones. El ejemplo que se ofrece más abajo es una continuación del descrito más arriba. En el mismo, el terapeuta había empezado por la creencia de que “Si no controlo mis pensamientos, me pondré mal” y con el sujeto transformando esta formulación en “Si soy capaz de ignorar los pensamientos no deseados, me sentiré mejor”.

- T:* ¿Existe alguna forma de comprobar esta creencia?
- P:* No lo sé con seguridad, ¿a qué se refiere?
- T:* Bueno, ¿cómo podrías averiguar si esta creencia es útil para ti o no?
- P:* Supongo que podría ponerla en práctica y ver qué pasa.
- T:* Vale, eso parece una buena idea. ¿Cómo podrías hacerlo?
- P:* Bueno, la próxima vez que me venga un pensamiento no deseado, podría intentar ignorarlo y hacer otra cosa.
- T:* ¿Qué problemas podrías tener si hicieras eso?
- P:* Bueno, los demás podrían ver que está pasando algo, y se podrían alterar o enfadar.
- T:* Vale, ¿se te ocurre algo más que pudiera salir mal?
- P:* Me podría alterar de todas formas y en ese caso no funcionaría.
- T:* Muy bien, pues. Tenemos dos problemas: primero, los demás podrían darse cuenta y alterarse o enfadarse, y tú podrías alterarte de todas formas. ¿Por qué no probamos a abordarlos de uno en uno? ¿Por qué no hacemos primero este experimento sin nadie delante, antes de probarlo en otras situaciones? ¿Lo probamos ahora mismo?

A medida que las intervenciones conductuales se van llevando a cabo y practicando, estos cambios se consolidan en virtud de la revisión y la evaluación de las creencias del sujeto relativas al control, el estigma, la vergüenza y/o el miedo asociados a la enfermedad. El terapeuta pretende ayudar al individuo a acomodar la nueva información ganada durante la intervención dentro de los supuestos preexistentes relativos a la enfermedad, por contraste con las creencias comprobadas durante el transcurso del tratamiento.

Conclusiones

En este capítulo hemos tratado de describir un enfoque psicológico para comprender, conceptualizar y responder al proceso de recaída. El centro de este enfoque lo ocupa la delimitación y focalización en las apreciaciones y las creencias atemorizantes que pueden

acelerar la recaída. Estas valoraciones también configuran y conforman los primeros signos característicos de la recaída. Es útil servirse a este respecto de la formulación de casos como parte del proceso de dotación de sentido, donde la formulación se puede utilizar para ayudar a mantener la comprensión reflexiva del proceso de recaída incluso dentro del contexto de una crisis que pudiera provocar un estado mental de riesgo en relación con la posibilidad de recaer. La formulación también brinda las bases de una discusión preparatoria en torno a las expectativas y las respuestas del individuo y del servicio de salud mental dentro del contexto de la recaída.

12 Conclusión

Introducción

Como se dijo al principio de este libro, nuestro objetivo general al escribir este manual de tratamiento ha sido bosquejar y operativizar un enfoque cognitivo-relacional para trabajar con personas con alto riesgo de recaer, contribuir a su recuperación y adaptación emocional después de pasar por una psicosis clínica, reducir la vulnerabilidad psicológica a las recaídas y brindar un apoyo rápido e inmediato ante los primeros signos de una posible recaída. Este manual se ha dividido en tres partes principales. La parte I ofreció información teórica sobre la vuelta a la normalidad y la prevención de recaídas. La parte II expuso una visión general del estilo, estructura y organización de la terapia. La parte III detalló las diferentes estrategias cognitivas, conductuales y relacionales específicas que permiten facilitar la recuperación y la vuelta a la normalidad.

Visión general del manual de tratamiento

En la parte I de este libro pretendimos describir y determinar el contexto de la bibliografía actual sobre la recaída en la psicosis y ofre-

cer una información previa teórica y empírica respecto de nuestro pensamiento acerca de la estructura y el contenido del manual de tratamiento. En nuestro modelo psicológico para abordar las recaídas y la vuelta a la normalidad después de una psicosis clínica, bosquejamos una estimación evolutiva y cognitivo-relacional de la perspectiva del sujeto respecto de su experiencia de la psicosis, su situación psicosocial y el contexto más amplio del servicio de salud en el que se enmarcaría la recaída. Al ofrecer una estimación cognitivo-relacional integrada de los primeros signos y del proceso de recaída pretendimos conceptualizar las experiencias afectivas claves que caracterizan las primeras etapas de dicho proceso. De hecho, alegamos que la mejor forma de definir los primeros signos de recaída sería la de “estados mentales de riesgo” en relación con la posibilidad de recaer. Ejemplificamos que las valoraciones idiosincrásicas y los procesos cognitivo-emocionales se originan dentro del marco evolutivo y psicosocial más amplio de la persona en cuestión. Ello suele incluir, de hecho, recuerdos traumáticos y el procesamiento de episodios psicóticos anteriores dentro de un contexto social y sistémico vulnerable.

Bosquejamos también una teoría que podría regir el contexto interpersonal y evolutivo de la desregulación afectiva en relación con la recuperación y la recaída después de una psicosis clínica. Alegamos que la comprensión y la formulación del estado emocional del individuo después de la psicosis y de su respuesta interindividual a su estrés emocional son esenciales para comprender su adaptación a la psicosis, su recuperación emocional y relacional, y la vulnerabilidad a posibles recaídas futuras.

El principal marco de referencia al que nos remitimos fue el de la teoría del apego y la organización vincular en relación con una psicopatología evolutiva de los trastornos psicóticos. Los componentes claves que se subrayaron se relacionaban con la interiorización de las primeras experiencias de apego y el estado anímico actual del individuo en relación con la vinculación. En particular, subrayamos la importancia de conceptos tales como la disposición mental [la mentalización o capacidad de elaboración mental] y la función reflexiva para explicar la regulación afectiva y la búsqueda de ayuda por parte

del sujeto. La consecuencia principal de los estilos adultos de vinculación en los sujetos aquejados de psicosis a efectos de este manual es la de la implicación o el compromiso con el servicio de salud y la utilización de los apoyos sociales disponibles o potenciales. El establecimiento de unos vínculos de colaboración y de una relación terapéutica estable y contenedora son esenciales desde la perspectiva de la vuelta a la normalidad después de pasar por una psicosis clínica.

También explicamos en términos generales que las experiencias adversas tempranas pueden influir en el sistema de vinculación. Comprobamos que los sujetos que desarrollan una psicosis tienen un mayor riesgo de vivir acontecimientos que probablemente constituyan el reflejo de experiencias evolutivas tempranas problemáticas, incluidos los abusos, el abandono [la desatención] y la separación por pérdida. Es probable que dichas experiencias dañen el desarrollo de las habilidades cognitivo-relacionales necesarias para el desarrollo de la disposición mental, la regulación afectiva y la búsqueda de ayuda.

Finalmente, la parte I concluía con un examen más de cerca del papel que desempeñan las circunstancias sociales e interpersonales actuales en relación con el riesgo de recaída. Estas incluían un bosquejo de cómo la expresión emocional [emoción expresada] dentro de los sistemas sociales más cercanos, los acontecimientos o incidentes vitales significativos, las influencias socioeconómicas más amplias y las redes de apoyo social del individuo, contribuyen todos ellos de forma importante a explicar las variaciones en los porcentajes o tasas de recaídas y la vulnerabilidad individual a la recaída.

La parte II le brindaba al lector una visión general del estilo y la estructura del tratamiento cognitivo-relacional individual. Implicación, formulación y estilo terapéutico son conceptos claves sobre los cuales desarrollamos un marco terapéutico para la recuperación y la vuelta a la normalidad. Ejemplificamos que la evaluación y la formulación se basan en la integración de los factores cognitivo-conductuales y relacionales claves que contribuyen a las dificultades actuales de la persona. El modelo de formulación se orienta en dirección al listado de problemas del paciente y toma en consideración los componentes esenciales de su vulnerabilidad y su apoyo a nivel

individual en relación con la vuelta a la normalidad. La intervención se prolonga a lo largo de unas 30 sesiones individuales que pueden variar en duración y frecuencia. El objetivo principal de la terapia es transformar las creencias personales e introducir cambios sostenibles en las estrategias interpersonales problemáticas. El establecimiento de una relación terapéutica contenedora contribuye al análisis y la comprensión de las complejas reacciones emocionales y se basa en la aceptación de las experiencias afectivas negativas y positivas en relación con la psicosis. Conjuntamente con este modelo de tratamiento individual focalizado, la vuelta a la normalidad requiere una respuesta multidisciplinar coordinada e integrada a las necesidades del paciente en relación con su recuperación y con la prevención de recaídas.

Le concedimos un énfasis particular al proceso de implicación y formulación. El objetivo principal de la implicación y la formulación es el desarrollo de un discurso compartido y colaborador que se ajuste cuidadosamente a las experiencias emocionales del paciente. Dentro de la elaboración de una explicación compartida el terapeuta presta especial atención al proceso de implicación terapéutica y se mantiene sensible a la interrelación existente entre el estilo de recuperación, la organización vincular y la relación terapéutica. La narrativa terapéutica en curso es una narrativa de validación y de autoaceptación. La experiencia del afecto negativo se contempla como una oportunidad importante que les permite al terapeuta y al paciente colaborar en el desarrollo de los significados experienciales [esto es, en la identificación y elaboración de los sentidos otorgados a las distintas experiencias]. Este proceso tiene por objetivo ayudar a desarrollar la sensación de deliberación, autocontrol y esperanza por parte del paciente. La formulación compasiva, constructivamente autorreflexiva y enraizada en las experiencias del paciente ofrece una base para que el paciente pueda elegir y fortalecer perspectivas y estrategias relacionales alternativas.

En la parte III, que constituye el cuerpo principal de este texto, se desarrollan y describen estrategias terapéuticas cognitivas y relacionales específicas que favorecen la recuperación y la readaptación. Los recientes estudios sobre las características emocionales esenciales de

la psicosis han determinado la importancia de los distintos aspectos o dimensiones de los acontecimientos vitales en la adaptación emocional a la psicosis, y en particular el papel y la importancia de la depresión postpsicótica y su origen, que estaría esencialmente vinculado a las valoraciones personales negativas de humillación, paralización y pérdida a raíz de la experiencia de la psicosis. Estos aspectos se ven intensificados por el papel que desempeña la ansiedad social dentro de la psicosis, lo que también se relaciona con una mayor sensación de culpabilización, confinamiento y vergüenza. Dentro del contexto de la terapia, el terapeuta y el paciente tienen por objetivo elaborar una narrativa que le permita al paciente explorar nuevos significados y resonancias [pensamientos y recuerdos relacionados] que posibiliten la integración de la totalidad del espectro de sus experiencias emocionales.

Una vulnerabilidad concreta en relación con la recuperación del individuo y la reaparición de la psicosis clínica la constituyen las posibles vivencias de paranoidismo, vigilancia, suspicacia y sensación de amenaza procedente de los demás. En el presente manual sugerimos entender los estados anímicos o actitudes paranoides como estrategias de adaptación que se desarrollaron dentro del contexto de determinados sucesos y estresores vitales específicos. A esto lo llamamos la “mentalidad paranoide”. En relación con la alianza terapéutica, la mentalidad paranoide podría ser un obstáculo para la implicación y la recuperación en virtud de la presencia de una desconfianza constante. Dentro de este contexto, hemos abogado por una concepción del paranoidismo que enfatiza la hipervigilancia y la desconfianza como un estado mental evolucionado concebido con el propósito de hacerle frente a las posibles amenazas interindividuales. Tal marco de referencia implica un enfoque terapéutico que alienta el desarrollo de una reflexión consciente y no crítica respecto de los orígenes, el desarrollo y la funcionalidad del paranoidismo dentro del contexto vital de la persona en cuestión. Dicho proceso estaría firmemente enraizado en una relación terapéutica en evolución, que en sí misma está al servicio de ayudar a desarrollar la autorreflexión y la mentalización.

Subrayamos la importancia de la evaluación detallada de las experiencias psicóticas y del tratamiento psiquiátrico del individuo como un acontecimiento vital potencialmente traumático, y las posibles interrelaciones con experiencias traumáticas anteriores y distintos aspectos del procesamiento del trauma en las respuestas psicológicas de los pacientes a nivel individual. Congruentemente con los principios más importantes de la terapia cognitiva, ponemos un énfasis en el contenido de las creencias, apreciaciones y atribuciones del individuo. Dentro del contexto del trauma, la psicosis y la recuperación, las perturbaciones en la narrativa del paciente suelen indicarle al terapeuta dónde puede haber aspectos de la experiencia psicótica que continúan siendo evitados y anonadando a la persona afectada, indicando con ello que el procesamiento de la información permanece incompleto o sin elaborar. La exploración y el desarrollo terapéutico de una narrativa coherente dentro del contexto de las reacciones traumáticas facilita la elaboración y la contextualización saludable de la experiencia. Hemos enfatizado la importancia de indagar acerca de las resonancias emocionales significativas con el fin de favorecer la conexión con posibles traumas o incidentes vitales pasados, o bien con valoraciones o apreciaciones actuales respecto de la experiencia en cuestión.

En esta sección también nos concentramos en los aspectos de la intervención que se ocupan directamente de los factores de vulnerabilidad a nivel interpersonal. Identificamos determinados aspectos en particular del mundo relacional de los individuos aquejados de psicosis que podrían contribuir a su vulnerabilidad a las recaídas, así como también otros aspectos de su mundo interpersonal que podrían igualmente ayudar a la recuperación. En particular, subrayamos la influencia del apoyo social y de las relaciones positivas de confianza y los efectos de las interrelaciones y los estilos de comunicación negativos con los miembros de la familia. En esta parte del manual de tratamiento nos centramos en identificar las áreas problemáticas a nivel interpersonal que contribuyen a la vulnerabilidad a la recaída, y en el empleo de técnicas terapéuticas tales como el análisis de la comunicación, la representación de papeles y la exploración del afec-

to en situaciones interindividuales con objeto de ayudar a los sujetos a introducir cambios significativos en su mundo interpersonal que les permitan abordar áreas claves de dificultad.

Pusimos un énfasis particular en la relación terapéutica como modelo de intercambio y de comunicación interindividual. El hecho de centrar la atención en el mundo interpersonal y las estrategias interpersonales individuales dentro de la recuperación nos conduce a bosquejar y describir algunas estrategias psicológicas para trabajar los esquemas cognitivos interpersonales nucleares. Esta perspectiva implica comprender los efectos de las experiencias adversas tempranas sobre la evolución de los esquemas cognitivos interpersonales, y sobre el desarrollo de estrategias tanto interpersonales como intrapersonales de regulación afectiva. Con el tiempo estos modelos internos de referencia se corresponden con estilos y maneras personales de relacionarse que mantienen las creencias nucleares negativas, la desregulación afectiva y la vulnerabilidad a las recaídas. En terapia, la exploración detenida de las experiencias vitales más intensas que contribuyen a la configuración de unas creencias nucleares rígidas e inflexibles y unas estrategias conductuales inveteradas, constituye una parte importante del desarrollo de la conciencia por parte del individuo respecto de sus reacciones a los acontecimientos vitales negativos y las distintas fuentes de estrés. Dentro de este marco terapéutico, el terapeuta no pretende cuestionar las creencias nucleares negativas; antes bien, genera la oportunidad de que el paciente explore nuevas formas de relacionarse o bien desarrolle nuevas narrativas que permitan recrear una estructura de sentido convenientemente revisada en relación con acontecimientos y aspectos significativos de su comprensión de sí mismo. A este respecto, el énfasis de la terapia recae en el proceso de dotación de sentido. A través del desarrollo de nuevas estrategias interpersonales, pretendemos ayudar a la persona a franquear situaciones interpersonales conflictivas difíciles. Sustentando este proceso se encuentra el desarrollo de estrategias intrapersonales compasivas con objeto de abordar la vergüenza autodestructiva interna y los diálogos internos caracterizados por la sumisión y el miedo.

Finalmente, volvimos a la explicación de la recaída en relación con las estrategias que pueden ayudar a prevenir la reaparición o la exacerbación de los síntomas psicóticos. La recaída entendida en estos términos suele venir precedida de la intensificación de síntomas no psicóticos tales como ansiedad, indefensión, preocupación, irritabilidad y ánimo deprimido. El centro de un modelo psicológico para comprender y responder a las recaídas lo ocupa la focalización en las valoraciones y creencias atemorizantes que podrían acelerar la recaída. Es útil a este respecto servirse de la formulación clínica como parte del proceso, donde la formulación se puede utilizar para contribuir a mantener la comprensión autorreflexiva del proceso de recaída. En su momento detallamos una serie de estrategias psicológicas de intervención precoz susceptibles de ser utilizadas dentro del contexto de sujetos que presentan “estados mentales de riesgo” en relación con la posibilidad de recaer.

Los componentes específicos del tratamiento tal como fueron perfilados en los capítulos anteriores deben ser utilizados de una manera fluida y dinámica que tome en consideración la formulación del caso individual, su listado particular de problemas, sus objetivos terapéuticos y los procesos de cambio terapéutico a lo largo de todo el transcurso del tratamiento. Es crucial no perder de vista que la labor terapéutica de recuperación y vuelta a la normalidad tiene lugar dentro de un contexto social y sistémico más amplio. A menudo, particularmente, puede darse el caso de que sea la cultura de los servicios psiquiátricos y de las propias comunidades locales la que impulse las valoraciones y reacciones particulares que contribuyen a generar la vulnerabilidad del individuo.

La formación del terapeuta

Sugerimos decididamente que los terapeutas que utilicen este manual de tratamiento tengan una formación y una experiencia ya sea en el modelo cognitivo-conductual o en el modelo interpersonal de terapia psicológica. La persona que tenga la intención de utilizar

este manual de tratamiento deberá también tener una experiencia en la aplicación de estos modelos a personas aquejadas de psicosis y a personas con trastornos de ansiedad y trastornos afectivos. Adicionalmente, los terapeutas deberán tener la posibilidad de tener supervisiones clínicas regulares que les permitan revisar la formulación del caso del paciente, la aplicación de las estrategias terapéuticas y los procesos terapéuticos. En particular, las supervisiones clínicas deberían alentar también a los terapeutas a reflexionar igualmente sobre sus propias reacciones emocionales dentro de la terapia y, de hecho y siempre que ello fuera relevante, sobre sus propias experiencias evolutivas y vinculares.

El contexto terapéutico

Con frecuencia, los terapeutas tendrán que hacer terapia en el contexto de un servicio multidisciplinar y es importante que sean conscientes del contexto sistémico del funcionamiento del servicio. De hecho, la formulación sobre la base del paciente individual debería quedar integrada dentro de las disposiciones a nivel de organización con relación a la atención multidisciplinar. La formulación debería formar parte integrante del proceso habitual de revisión multidisciplinar, y al paciente se le alienta a implicarse y comprometerse activamente en la configuración y la determinación de los cometidos y los objetivos del tratamiento multidisciplinar.

Nuestra experiencia es que un aspecto clave del proceso de alentar a los pacientes a desarrollar un estilo integrador de recuperación, indagador y autorreflexivo, es la evolución del equipo multidisciplinar como una “base segura”. Esto no es fácil. Los equipos suelen trabajar en condiciones muy difíciles. Por ejemplo, suelen disponer de poco personal y al personal se le pide con frecuencia que se encargue de una gran cantidad de casos. De hecho, los diferentes profesionales dentro del equipo multidisciplinar traen consigo diferentes experiencias de formación junto con sus propias tensiones y responsabilidades que les son únicas. Es perfectamente comprensible, en consecuencia,

que el personal de salud mental pueda eventualmente manifestar atribuciones y creencias de escasa utilidad dentro del contexto de la recuperación y la recaída. Por ejemplo, el personal podría atribuir la recaída a una falta de introspección o de conciencia en razón de lo cual el paciente se niega a aceptar el modelo de enfermedad aplicado a su experiencia, debido a los aspectos socialmente degradantes y estigmatizantes asociados a diagnósticos tales como el de esquizofrenia. Por otro lado, el personal podría insistir en la conformidad con la medicación y/o la evitación de las drogas o el alcohol dentro del contexto de un paciente que desea afirmar su propia autonomía e individuación, pero que se niega a someterse a los servicios psiquiátricos. Estas interrelaciones asincrónicas entre los pacientes y el personal pueden crear unas pautas relacionales recíprocas perjudiciales. Tienen la capacidad de socavar la evolución de una base terapéutica segura, la aplicación de tratamientos terapéuticos adecuados y el desarrollo de una firme alianza terapéutica.

El terapeuta desempeña un importante papel sistémico a la hora de favorecer el desarrollo de un modelo psicológico de atención que subraye la trascendencia de la vinculación temprana, junto con los aspectos evolutivos, cognitivos, relacionales y vivenciales de las experiencias del paciente. Ello se puede lograr en virtud de la facilitación de una formación regular dirigida al equipo, junto con el debido tiempo para realizar las revisiones multidisciplinarias estructuradas que incluyan la exposición y el análisis de la formulación desde muchos y diferentes puntos de vista, la incorporación de la narrativa del paciente y el apoyo necesario para implicar al usuario en la revisión y evaluación del funcionamiento del servicio.

Apéndice 1:

Cuestionario de la escala para la valoración del miedo a recaer

Nombre: _____ Fecha: _____

Este cuestionario trata de ciertos problemas y quejas que a veces tienen las personas. Por favor, lea atentamente cada uno de los elementos y rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se ha venido sintiendo usted a lo largo de las **dos últimas semanas incluido el día de hoy**.

	<i>Decididamente sí</i>	<i>Ligeramente sí</i>	<i>Moderadamente sí</i>	<i>Decididamente sí</i>
1. Me viene preocupando la posibilidad de recaer.	1	2	3	4
2. Vengo recordando episodios anteriores en los que estuve mal.	1	2	3	4
3. Vengo teniendo más conciencia de mis pensamientos.	1	2	3	4
4. Vengo teniendo pensamientos que me invaden la mente.	1	2	3	4
5. Me vengo preocupando por mis pensamientos.	1	2	3	4
6. Me vengo sintiendo incapaz de controlar mi enfermedad.	1	2	3	4
7. Me vengo preocupando por la posibilidad de volver al hospital.	1	2	3	4
8. Me falta confianza en mi capacidad para salir adelante.	1	2	3	4

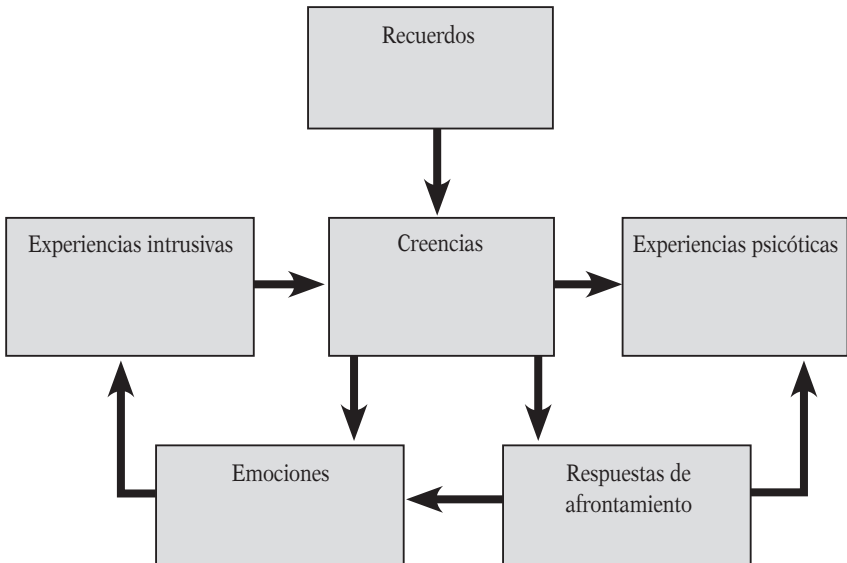
9. Mis pensamientos están siendo incontrolables.	1	2	3	4
10. Mis pensamientos están yendo demasiado rápidos.	1	2	3	4
11. Me viene preocupando la posibilidad de perder el control.	1	2	3	4
12. Mis pensamientos me están estresando profundamente.	1	2	3	4
13. Me siento más en contacto con mis pensamientos.	1	2	3	4
14. Soy consciente constantemente de mis pensamientos.	1	2	3	4
15. Me veo incapaz de cambiar el contenido de mis pensamientos.	1	2	3	4
16. Le vengo prestando mucha atención a la forma como funciona mi mente.	1	2	3	4
17. El mundo me viene pareciendo más vívido y más colorido.	1	2	3	4
18. Mis pensamientos vienen siendo más interesantes.	1	2	3	4
19. Vengo teniendo nuevas intuiciones y nuevas ideas.	1	2	3	4
20. Me están viniendo a la cabeza pensamientos desagradables contra mi voluntad.	1	2	3	4
21. Mis pensamientos están siendo más claros de lo habitual.	1	2	3	4
22. Vendo analizando y dándole vueltas a mis pensamientos.	1	2	3	4
23. La idea de ponerme mal me viene asustando.	1	2	3	4

Miedo a recaer: 1, 2, 6, 7, 8, 11, 23

Conciencia: 3, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22

Enajenación: 4, 5, 9, 10, 12, 15, 20

Apéndice 2: Formulación diagramática de los primeros signos



Bibliografía

- Abramson LY, Seligman MEP & Teasdale JD (1979): Learned helplessness in humans: critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, **87**, 49-74.
- Addington D, Addington J & Robinson G (1993): Attributional style and depression in schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, **163** (supl. 22), 39-44.
- Addington J, van Mastrigt S & Addington D (2004): Duration of untreated psychosis: impact on 2-year, *Psychological Medicine*, **34**, 277-284.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E & Wall S (1978): *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*, Hillsdale (New Jersey, USA), Erlbaum.
- Akiskal HS & Pinto O (1999): The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III and IV, *Psychiatric Clinics of North America*, **22**(3), 517-534.
- Alexander LB & Luborsky L (1986): The Penn Helping alliance scales. En WM Pinsof & LOS Greeberg (eds): *The psychotherapeutic process: a research handbook*, Nueva York, Guilford Press, pp. 325-366.
- Alexander PC (1992a): Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **60**, 185-195.
- Alexander PC (1992b): Application of attachment theory to the study of sexual abuse, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **60**, 185-195.

- Alloway R & Bebbington P (1987): The buffer theory of social support: a review of the literature, *Psychological Medicine*, **17**(1), 91-108.
- Alloy LB, Abramson LY, Tashman N, Berrebbi DS, Hogan ME, Whitehouse WG *et al.* (2001): Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression, *Cognitive Therapy and Research*, **25**(4), 397-423.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4^a ed., Washington (District of Columbia, USA), American Psychiatric Association.
- Amminger GP, Edwards J, Brewer WJ, Harrigan S & McGorry PD (2002): Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia, *Schizophrenia Research*, **54**, 223-230.
- Andreasen NC (1984): *Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*, The University of Iowa (Iowa City), Iowa (USA).
- Bach P & Hayes S (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.
- Barbui C, Saraceno B, Liberati A & Garattini S (1996): Low-dose neuroleptic therapy and relapse in schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials, *European Psychiatry*, **11**(6), 306-313.
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R *et al.* (2001): Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders, *American Journal of Psychiatry*, **158**(10), 1706-1713.
- Barrowclough C & Hooley J (2003): Attributions and expressed emotion: a review, *Clinical Psychology Review*, **23**, 849-880.
- Barrowclough C, Johnston M & Tarrier N (1994): Attributions, expressed emotion and patient relapse: an attributional model of relatives' response to schizophrenic illness, *Behaviour Therapy*, **25**, 67-88.
- Barrowclough C, Lobban Hatton C & Quinn J (1991): An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire, *British Journal of Clinical Psychology*, **40**(4), 371-385.
- Barrowclough C, Tarrier N & Johnston M (1996): Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients, *Schizophrenia Bulletin*, **22**, 691-702.

- Barry H Jr (1939): A study of bereavement: an approach to problems in mental disease, *American Journal of Orthopsychiatry*, **9**, 355-360.
- Bartholomew K (1990): Avoidance of intimacy; an attachment perspective, *Journal of Social and Personal Relationships*, **7**(2), 147-178.
- Bebbington P & Kuipers L (1998): Social influences on schizophrenia. En P McGuffin & P Bebbington (eds): *Schizophrenia: the major issues*, Oxford, Heinemann Medical Books/Heinemann Professional Publishing, pp. 201-225.
- Bebbington P, Walsh C & Murray R (1993): The causes of functional psychosis. En GG Costello (ed): *Basic issues in psychopathology*, Londres, Guilford Press.
- Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foerster A, Murray R, Toone B *et al.* (1993): Life events and psychosis: initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study, *British Journal of Psychiatry*, **162**, 72-79.
- Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins G *et al.* (2004): Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of psychiatric morbidity, *British Journal of Psychiatry*, **185**, 220-226.
- Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M *et al.* (2004): A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **110**(1), 21-28.
- Beck AT (1967): *Depression: causes and treatment*, Philadelphia (PA, USA), University of Pennsylvania Press.
- Beck AT (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Oxford, International Universities Press.
- Beck AT (1978): *The Beck Depression Inventory (BDI)*, Nueva York, Psychological Corporation.
- Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA & Warman DM (2004): A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale, *Schizophrenia Research*, **68**(2-3), 319-329.
- Benn L, Harvey JE, Gilbert P & Irons C (2005): Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness, *Personality and Individual Differences*, **38**, 1813-1822.
- Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N & Kinderman P (2001): Persecutory delusions: a review and theoretical integration, *Clinical Psychology Review*, **21**(8), 1211-1226.

- Bentall RP & Kaney S (1989): Content specific information processing and persecutory delusions: an investigation using the emotional Stroop test, *British Journal of Medical Psychology*, **62**, 355-364.
- Bentall RP, Kaney S & Bowen-Jones K (1995): Persecutory delusions and recall of threat-related, depression-related and neutral words, *Cognitive Therapy and Research*, **19**, 331-343.
- Beuke CJ, Fischer R & McDowall R (2003): Anxiety and depression: why and how to measure their separate effects, *Clinical Psychology Review*, **23**, 831-848.
- Beyer JL, Kuchibhatla M, Looney C, Engstrom E, Cassidy F & Krishnan KRR (2003): Social support in elderly patients with bipolar disorder, *Bipolar Disorders*, **5**, 22-27.
- Birchwood M (1995): Early intervention in psychotic relapse: cognitive approaches to detection and management, *Behaviour Change*, **12**(1), 2-19.
- Birchwood M (1999): Early intervention in psychosis: the critical period. En HJ Jackson & PD McGorry (eds): *The recognition and management of early psychosis: a preventive approach*, Nueva York, Cambridge University Press, pp. 226-264.
- Birchwood M (2003): Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis, *British Journal of Psychiatry*, **182**(5), 373-375.
- Birchwood M & Cochrane R (1990): Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates, *Psychological Medicine*, **20**, 857-865.
- Birchwood M, Gilbert P, Gilbert J, Trower P, Meaden A, Hay J *et al.* (2004): Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant "voice" in schizophrenia: a comparison of three models, *Psychological Medicine*, **34**, 1571-1580.
- Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P & Trower P (2000a): Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis, 1: ontogeny of post-psychotic depression, *British Journal of Psychiatry*, **177**, 516-521.
- Birchwood M, MacMillan F & Smith J (1992): Early intervention. En M Birchwood & N Tarrier (eds): *Innovations in the psychological management of schizophrenia*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Birchwood M, Mason R, MacMillan F & Healy J (1993): Depression, demoralisation and control over illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis, *Psychological Medicine*, **23**, 387-395.
- Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P & Plaistow J (2000b): The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others, *Psychological Medicine*, **30**, 337-344.

- Birchwood M & Pelosi A (2003): Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources?, *British Journal of Psychiatry*, **182**, 196-198.
- Birchwood M, Smith J, MacMillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C *et al.* (1989): Predicting relapse in schizophrenia: the development of implication of an early signs monitoring system using patient and families as observers: a preliminary investigation, *Psychological Medicine*, **19**, 649-656.
- Birchwood M, Spencer E & McGovern D (2000c): Schizophrenia: early warning signs, *Advances in Psychiatric Treatment*, **6**, 93-101.
- Birchwood M, Todd P & Jackson C (1998): Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis, *British Journal of Psychiatry*, **172** (supl. 33), 53-59.
- Birchwood M *et al.* (1994): A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89**, 62-67.
- Blain MD, Thompson JM & Whiffen VE (1993): Attachment and perceived social support in late adolescence, *Journal of Adolescent Research*, **8**, 226-241.
- Boker H, Hell D, Budischewski K, Eppel A, Hartling F, Rinnert H *et al.* (2000): Personality and object relations in patients with affective disorders: idiographic research by means of the repertory grid technique, *Journal of Affective Disorders*, **60**, 53-59.
- Boker W, Brenner HD, Gerstner G, Keller F, Muller J & Spichtig L (1984): Self-healing strategies among schizophrenics: attempts at compensation for basic disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **69**, 373-378.
- Bordin ES (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **16**(3), 252-260.
- Bottlender R, Jager M, Strauss A & Moller H-J (2000): Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **250**, 257-261.
- Bottlender R, Tetsuya S, Jager M, Groll C, Strauss A & Moller HJ (2002): The impact of duration of untreated psychosis and pre-morbid functioning on outcome of first inpatient treatment in schizophrenic and schizoaffective patients, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **252**, 226-231.
- Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB *et al.* (2004): Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial, *American Journal of Psychiatry*. **161**, 1494-1496.

- Bowers MB (1968): Pathogenesis of acute schizophrenic psychosis: an experiential approach, *Archives of General Psychiatry*, **19**, 348-355.
- Bowlby J (1969): *Attachment and loss*, vol. 1: *Attachment*, Londres, Hogarth Press.
- Bowlby J (1973): *Attachment and loss*, vol. 2: *Separation, anger and anxiety*, Londres, Hogarth Press.
- Bowlby J (1980): *Attachment and loss*, vol. 3: *Loss, sadness and depression*, Londres, Hogarth Press.
- Bowlby J (1982): *Attachment*, 2ª ed. del vol. 1 de *Attachment and loss*, Londres, Hogarth Press, Nueva York, Basic Books.
- Bowlby J (1988): *A secure base: clinical applications of attachment theory*, Londres, Routledge.
- Bramojn E, Croft RJ, McDonald C, Viridi GK, Gruzelier JG, Baldeweg T *et al.* (2004): Mismatch negativity in schizophrenia: a family study, *Schizophrenia Research*, **67**, 1-10.
- Bremner JD Y Narayan M (1998): The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: implications or childhood development and aging, *Developmental Psychopathology*, **10**, 871-886.
- Breslau N. Lucia VC & Davis GC (2004): Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment, *Psychological Medicine*, **34**, 1205-1214.
- Bretherton I (1985): Attachment theory: retrospect and prospect. En I Bretherton & E Waters (eds): *Growing points of attachment theory and research*, Monographs of the Society for Research in Child Development, **50**(1-2, serie 129), 3-38.
- Bretherton I & Mulholland KA (1999): Internal working models in attachment relationships. En J Cassidy & P Shaver (eds): *Handbook of attachment: theory, research and applications*, Nueva York, Guilford Press, pp. 89-111.
- Brewin CR (1989): Cognitive change processes in psychotherapy, *Psychological Review*, **3**, 379-394.
- Brewin CR (2001): Memory processes in post-traumatic stress disorder, *International Review of Psychiatry*, **13**(3), 159-163.
- Brewin CR, McCarthy B, Duda K, Vaughn CE *et al.* (1991): Attributions and expresses emotion in the relatives of patients with schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 546-554.
- Brewin CR & Power MJ (1999): Integrating psychological therapies: processes of meaning transformation, *British Journal of Medical Psychology*, **72**, 143-157.

- Brieger P, Bloink R, Sommer S & Mernerros A (2001): Affective symptoms at index hospitalization in childhood and depressive symptoms in adulthood: a "catch-up" study, *Journal of Affective Disorders*, **66**, 263-266.
- Brier A & Strauss J (1983): Self-control in psychotic disorders, *Archives of General Psychiatry*, **40**, 1141-1145.
- Briere J (1988): Controlling for family variables in abuse effects research: a critique of the "partialling" approach, *Journal of Interpersonal Violence*, **3**(1), 80-89.
- Briere J (1992): *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*, Newbury Park (California, USA), Sage Publications.
- Briere J (2002): Treating adults survivors of severe childhood abuse and neglect: further development of an integrative model. En JEB Myers, L Berliner, J Briere, CT Hendrix, T Reid & C Jenny (eds): *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2^a ed., Newbury Park (California, USA), Sage Publications.
- Bromet EJ, Ed V & May S (1984): Family environments of depressed outpatients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **69**(3), 197-200.
- Brown GW (1989): Depression: a radical social perspective. En KR Herbst & ES Paykel (eds): *Depression: An integrative approach*, Oxford, Heinemann Medical Books, pp. 21-44.
- Brown GW (2002): Social roles, context and evolution in the origins of depression, *Journal of Health and Social Behavior*, **43**, 255-276.
- Brown GW & Anderson B (1991): Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse, *American Journal of Psychiatry*, **148**, 55-61.
- Brown GW, Andrews B, Harris TO, Adler Z & Bridge L (1986): Social support, self-esteem and depression, *Psychological Medicine*, **16**, 813-831.
- Brown GW & Birley JL (1968): Crises and life changes and the onset of schizophrenia, *Journal of Health and Social Behavior*, **9**, 203-214.
- Brown GW, Birley JLT & Wing JK (1972): Influence of family life on the course of psychiatric illness, *British Journal of Psychiatry*, **121**, 241-258.
- Brown GW & Harris TO (1978): *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*, Londres, Tavistock.
- Brown GW & Harris TO (1996): Guidelines, examples and LEDS-2 notes on rating for a new classification scheme for humiliation, loss and danger. Manual inédito.
- Brown GW, Harris TO & Hepworth C (1994): Life events and endogenous depression: a puzzle reexamined, *Archives of General Psychiatry*, **51**(7), 525-534.

- Brown GW, Harris TO & Hepworth C (1995): Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison, *Psychological Medicine*, **25**(1), 7-21.
- Brown GW & Rutter M (1966): The measurement of family activities and relationships: methodological study, *Human Relations*, **19**, 241-263.
- Buchanan A, Reed A, Wessely S, Garety P, Taylor P, Grubin D *et al.* (1993): Acting on delusions, II: the phenomenological correlates of acting on delusions, *British Journal of Psychiatry*, **163**, 77-81.
- Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Monking H & Hornung WP (1997): Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **96**(6), 483-491.
- Burt T, Prudic J, Peyser S, Clark J & Sackeim HA (2000): Learning and memory in bipolar and unipolar major depression: effects of aging, *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, **13**(4), 246-253.
- Burton R (1621): *The anatomy of melancholy*, Nueva York, Vintage (reimpr. 1977).
- Butzlaff RL & Hooley JM (1998): Expressed emotion and psychiatric relapse, *Archives of General Psychiatry*, **55**, 547-552.
- Byrne S, Trower P, Birchwood M, Meaden A & Nelson A (2003): Command hallucinations: cognitive theory, therapy and research, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, **17**(1), 67-84.
- Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie J, Foerster A *et al.* (1997): Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorders: similarities and differences, *American Journal of Psychiatry*, **154**, 1544-1550.
- Cannon TD, van Erp TGM, Rosso IM, Huttunen M, Lonnqvist J, Pirkola T *et al.* (2002): Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, their siblings and controls, *Archives of General Psychiatry*, **59**, 35-41.
- Carlson EA (1998): A prospective longitudinal study of disorganised/disoriented attachment, *Child Development*, **69**, 1107-1128.
- Carlson EB & Putnam FW (1993): An update on the dissociative experiences scale, *Dissociation*, **6**, 16-27.
- Carlson GA (2000): The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence, *Journal of Affective Disorders*, **61**, S3-S8.
- Carlson GA, Evelyn MD, Bromet EJ & Sievers S (2000): Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania, *American Journal of Psychiatry*, **157**, 213-219.

- Carlson V, Cicchetti D, Barnett D & Braunwald K (1989): Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants, *Developmental Psychology*, **25**, 525-531.
- Carpenter WT & Tamminga CA (1995): Why neuroleptic withdrawal in schizophrenia?, *Archives of General Psychiatry*, **52**, 192-193.
- Castanzo P, Miller-Johnsen S & Wench H (1995): Social development. En JS Mach (ed): *Anxiety disorders in children and adolescents*, Nueva York, Guilford Press.
- Castine MR, Meador-Woodruff JH & Dalack GW (1998): The role of life events in onset and recurrent episodes of schizophrenia and schizoaffective disorder, *Journal of Psychiatric Research*, **32**(5), 283-288.
- Chadwick P, Williams C & Mackenzie J (2003): Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis, *Behaviour Research and Therapy*, **41**(6), 671-680.
- Champion L (1995): A developmental perspective on social support networks. En T Brugha (ed): *Social support and psychiatric disorder*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Champion LA, Goodall G & Rutter M (1995): Behaviour problems in childhood and stressors in early adult life, I: a 20-year follow-up of London school children, *Psychological Medicine*, **25**(2), 231-246.
- Chang KD, Blasey CM, Ketter TA & Steiner H (2002): Temperament characteristics of child and adolescent bipolar offspring, *Journal of Affective Disorders*, **77**(1), 11-19.
- Chapman J (1966): The early symptoms of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **112**, 225-251.
- Chapman J (1967): Visual imagery and motor phenomena in acute schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **113**, 771-778.
- Chapman J & McGhie A (1963): An approach to the psychotherapy of cognitive dysfunction in schizophrenia, *British Journal of Medical Psychology*, **36**, 253-255.
- Christensen EN, Gjerris A, Larsen JK, Larsen BH, Rolff H, Ring G *et al.* (2003): Life events and onset of a new phase in bipolar affective disorder, *Bipolar Disorders*, **5**, 356-361.
- Chu JA & Dill DL (1990): Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse, *American Journal of Psychiatry*, **147**, 887-892.
- Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp N, McGuire H, Tylee A *et al.* (2001): A systematic review of controlled trials of the effectiveness of brief psychological treatments for depression, *Health Technology Assessment*, **5**, 35.

- Cicchetti D & Carlson V (1989): *Child maltreatment: theory, and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Clare L & Singh K (1994): Preventing relapse in psychotic illness: a psychological approach to early intervention, *Journal of Mental Health*, **3**, 541-550.
- Claridge G (ed) (1997): *Schizophrenia: implications for illness and health*, Oxford, Oxford University Press.
- Clark R (1994): Family costs associated with severe mental illness and substance use, *Hospital and Community Psychiatry*, **45**, 808-813.
- Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner O & Glick I (1998): Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses, *Psychiatric Services*, **49**(4), 531-533.
- Clayton PJ (1986): Commentary: psychosocial factors in manic-depressive disease, *Integrative Psychiatry*, **4**, 265.
- Clement S, Singh SP & Burns T (2003): Status of bipolar disorder research, *British Journal of Psychiatry*, **182**, 148-152.
- Close H & Garety O (1998): Cognitive assessment of voices: further developments in understanding the emotional impact of voices, *British Journal of Clinical Psychology*, **37**, 173-188.
- Cochran SD (1984): Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **52**, 873-878.
- Cohen AS & Docherty NM (2003): Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, **69**(1), 7-14.
- Cohen CI & Kochanowicz N (1989): Schizophrenia and social network patterns: a survey of black inner-city outpatients, *Community Mental Health Journal*, **25**(3), 197-207.
- Cohen S & Willis T (1985): Stress and social support and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, **98**, 310-357.
- Cole DA & Rehm LP (1986): Family interaction patterns and childhood depression, *Journal of Abnormal Child Psychology*, **14**(2), 297-314.
- Cole PM & Putnam FW (1992): Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **60**, 174-184.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A *et al.* (2003): A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipo-

- lar patients whose disease is in remission, *Archives of General Psychiatry*, **60**, 402-407.
- Cook RG, Robb JC, Young LT & Joffe RT (1996): Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form (SF-20), *Journal of Affective Disorders*, **39**, 93-97.
- Cook WL, Strachan AM, Goldstein MJ & Miklowitz DJ (1989): Expressed emotion and reciprocal affective relationships in families of disturbed adolescents, *Family Process*, **28**(3), 337-348.
- Cooke RG, Young LT, Mohri L, Blake P & Joffe RT (1999): Family-of-origin characteristic in bipolar disorder: a controlled study, *Canadian Journal of Psychiatry*, **44**, 379-381.
- Copolov D, Trauer Y & Mackinnon A (2003): On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations, *Schizophrenia Research*, **69**(1), 1-6.
- Corcoran R, Cahill C & Frith CD (1997): The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of "mentalising" ability, *Schizophrenia Research*, **24**, 319-327.
- Corcoran R, Mercer G & Frith CD (1995): Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, **77**, 5-13.
- Cornblatt BA & Keilp JG (1994): Impaired attention, genetics and the pathophysiology of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, **20**(1), 31-46.
- Costa PT & McCrae RR (1992): *NEO-P-R professional manual*, PAR Inc.
- Craig T, Hwang MY & Bromet EJ (2003): Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis, *American Journal of Psychiatry*, **159**, 592-598.
- Cranach MV (1981): Psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Ärzte und ambulante Dienste. En M Bauer & HK Rose (eds): *Ambulante Dienste für psychische Kranke*, Cologne, Rheinland-Verlag, pp. 31-41.
- Craney JL & Geller B (2003): A prepuberal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course, *Bipolar Disorders*, **5**, 243-256.
- Creer C & Wing JK (1974): *Schizophrenia at home*, Londres, National Schizophrenia Fellowship.
- Crow TJ *et al.* (1986): The Nortwick Park study of first episode schizophrenia, II: a randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment, *British Journal of Psychiatry*, **148**, 120-127.

- Curran C, Byrappa N & McBride A (2004): Stimulant psychosis: systematic review, *British Journal of Psychiatry*, **185**, 196-204.
- Cutting J (1985): *The psychology of schizophrenia*, Edimburgo, Churchill Livingstone.
- Cutting LP & Docherty NM (2000): Schizophrenia outpatients' perceptions of their parents: is expressed emotion a factor?, *Journal of Abnormal Psychology*, **109**(2), 266-272.
- Daniels BA, Kirkby KC, Mitchell P, Hay D & Bowling A (2003): Heterogeneity of admission history among patients with bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, **75**, 163-170.
- Daniels L (1998): A group cognitive-behavioral and process-oriented approach to treating the social impairment and negative symptoms associated with chronic mental illness, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, **7**(2), 167-176.
- Davenport YB, Adland ML, Gold PW & Goodwin FK (1979): Manic-depressive illness: psychodynamic features of multigenerational families, *American Journal of Orthopsychiatry*, **49**(1), 24-35.
- Davidson K (2000): *Cognitive therapy for personality disorders*, Oxford, Butterworth-Heinemann.
- de Jong PJ, Haenen M-A, Schmidt A & Mayer B (1998): Hypochondriasis: the role of fear-confirming reasoning, *Behaviour Research and Therapy*, **36**, 65-74.
- de Jong PJ, Weertman A, Horselenberg R, van den Hout MA (1997): Deductive reasoning and pathological anxiety: evidence for a relatively strong "belief bias" in phobic subjects, *Cognitive Therapy and Research*, **21**, 647-662.
- de Novaes Soares S & Almeida OP (2001): Depression during the perimenopause (reimpr.), *Archives of General Psychiatry*, **58**, 306, Mar.
- Dixon T, Kravariti E, Frith C, Murray RM & McGuire PK (2004): Effects of symptoms on executive function in bipolar illness, *Psychological Medicine*, **34**, 811-821.
- Docherty JP, Van Kammen DP, Siris SG & Marder SR (1978): Stages of onset of schizophrenic psychosis, *American Journal of Psychiatry*, **135**, 420-426.
- Donaldson C & Lam D (2004): Rumination, mood and social problem-solving in major depression, *Psychological Medicine*, **34**, 1309-1318.
- Donlan PT & Blacker KH (1975): Clinical recognition of early schizophrenic decompensation, *Disorders of the Nervous System*, **36**(6), 323-327.

- Dooley L (1921): A psychoanalytic study of manic depressive psychoses, *Psychoanalytic Review*, **8**, 38-72.
- Doughty CJ, Wells JE, Joyce POR, Olds RJ & Walsh AES (2004): Bipolar-panic disorder comorbidity within bipolar disorder families: a study of siblings, *Bipolar Disorders*, **6**, 245-252.
- Douglas JD, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E & Appleby L (2004): "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide, *Journal of Affective Disorders*, **79**, 263-268.
- Dozier M (1990): Attachment organization and the treatment use for adults with serious psychopathological disorders, *Development and Psychopathology*, **2**(1), 47-60.
- Dozier M, Cue K & Barnett L (1994): Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **62**(4), 793-800.
- Dozier M, Cue K & Barnett L (2002): Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis, *Behaviour Research and Therapy*, **41**, 671-680.
- Dozier M & Kobak RR (1992): Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies, *Child Development*, **63**(6), 1473-1480.
- Dozier M & Lee SW (1995): Discrepancies between self and other report of psychiatric symptomatology: effects of dismissing attachment strategies, *Development and Psychopathology*, **7**(1), 217-226.
- Dozier M & Lomax L (1994): Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **62**, 793-800.
- Dozier M, Lomax L, Lee CL & Spring W (2001): The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind, *Attachment and Human Development*, **3**(1), 62-76.
- Dozier M, Stovall KC & Albus KE (1999): Attachment and psychopathology in adulthood. En PR Shaver & J Cassidy (eds): *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*, Nueva York, Guilford Press, pp. 497-519.
- Dozier M & Tyrrell C (1997): Attachment and communication among persons with serious psychopathological disorders. En Ja Simpson & WS Rholes (eds): *Attachment theory and close relationships*, Nueva York, Guilford Press.

- Draijer N & Langeland MA (1999): Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients, *American Journal of Psychiatry*, **156**, 379-385.
- Drake R, Haley C & Akhtar S (2000): Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **177**, 511-515.
- Drayton M, Birchwood M & Trower P (1998): Early attachment experience and recovery from psychosis, *British Journal of Clinical Psychology*, **37**, 269-284.
- Drury V, Birchwood M & Cochrane R (2000): Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial, III: five-year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, **177**, 8-14.
- Drury V, Birchwood M & Cochrane R & MacMillan F (1996): Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial, II: impact on recovery time, *British Journal of Psychiatry*, **169**(5), 602-607.
- Dudley REJ & John CH (1997): The effect of self-referent material on the reasoning of people with delusions, *British Journal of Clinical Psychology*, **36**, 575-584.
- Dudley REJ & Over DE (2003): People with delusions jump to conclusions: a theoretical account of research findings on the reasoning of people with delusions, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **10**(5), 263-274.
- Dunner DL & Hall KS (1980): Social adjustment and psychological precipitants in mania. En RH Belmaker & HM van Praag (eds): *Mania: an evolving concept*, Nueva York, Spectrum Publications.
- Dunner DL, Patrick V & Fieve RR (1979): Life events at the onset of bipolar affective illness, *American Journal of Psychiatry*, **136**(4B), 508-511.
- Dupuy J-B, Beaudoin S, Rheaume J, Ladouceur R & Dugas MJ (2001): Worry: daily self-report in clinical and non-clinical populations, *Behaviour Research and Therapy*, **39**, 1249-1255.
- Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Treliving LR, Fowler D *et al.* (2003): Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms, *British Journal of Psychiatry*, **182**, 303-311.
- Edwards J, Maude D, McGorry PD, Harrigan SM & Cocks JT (1998): Prolonged recovery in first-episode psychosis, *British Journal of Psychiatry*, **172**(33), 107-116.
- Ehlers A & Clark DM (2000): A cognitive model of post-traumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, **38**, 319-345.

- Eich E, Macaulay D & Lam RW (1997): Mania, depression and mood dependent memory, *Cognition and Emotion*, **11**, 607-618.
- Eichenbaum H (1997): Declarative memory: insights from cognitive neurobiology, *Annual Review of Psychology*, **48**, 547-572.
- Fagiolini A, Frank E, Cherry CR, Houck PO, Novick DM, Buysse DJ *et al.* (2002): Clinical indicators for the use of antidepressants in the treatment of bipolar I depression, *Bipolar Disorders*, **4**, 277-282.
- Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB & Gilderman AM (1982): Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study, *New England Journal of Medicine*, **306**(24), 1437-1440.
- Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB *et al.* (1985): Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study, *Archives of General Psychiatry*, **42**(9), 887-896.
- Farmer AE & McGuffin P (2003): Humiliation, loss and other types of life events and difficulties: a comparison of depressed subjects, healthy controls and their siblings, *Psychological Medicine*, **33**, 1169-1175.
- Favazza AR & Rosenthal RJ (1993): Diagnostic issues in self-mutilation, *Hospital and Community Psychiatry*, **44**(2), 134-140.
- Fear C, Sharp H & Healy D (1996): Cognitive processes in delusional disorders, *British Journal of Psychiatry*, **168**, 61-67.
- Feeney JA, Noller P & Hanrahan M (1994): Assessing adult attachment. En MB Sperling & WH Berman (eds): *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*, Nueva York, Guilford Press, pp. 122-158.
- Fenigstein A & Venable PA (1984): Self-consciousness and over-perception of self as target, *Journal of Personality and Social Psychology*, **47**, 860-870.
- Fenigstein A & Venable PA (1992): Paranoia and self-consciousness, *Journal of Personality and Social Psychology*, **62**, 129-134.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M & Williams JBW (1997): *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) – Clinical Version*, Washington (District of Columbia, USA), American Psychiatric Press.
- Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R & Rutter M (2001a): The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression, 1: psychiatric outcomes in adulthood, *British Journal of Psychiatry*, **179**, 210-217.
- Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R & Rutter M (2001b): The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression,

- 2: Suicidality, criminality, and social dysfunction in adulthood, *British Journal of Psychiatry*, **179**, 218-223.
- Fonagy P (1998): Moments of change in psychoanalytic theory: discussion of a new theory of psychic change, *Infant Mental Health Journal*, **19**, 163-171.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E & Target M (2002): *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, Londres, Karnac.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G *et al.* (1996): The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 22-31.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G *et al.* (1995): Attachment, the reflective self, and borderline states. En S Goldberg, R Muir & J Kerr (eds): *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*, Hillsdale (New Jersey, USA), Analytic Press, pp. 233-278.
- Fonagy P & Target M (1997): Attachment and reflective function: their role in self-organization, *Development and Psychopathology*, **9**, 679-690.
- Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J & Kurtz Z (2002): *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*, Nueva York, Guilford Press.
- Fonagy P, Target M, Gergely G., Allen JG & Bateman A (2004): The developmental roots of borderline personality disorder: reflective functioning and attachment, *PTT: Persönlichkeitstörungen Theorie und Therapie*, **8**(4), 217-229.
- Forrester A, Owens DGC & Johnstone EC (2001): Diagnostic stability in subjects with multiple admissions for psychotic illness, *Psychological Medicine*, **31**, 151-158.
- Fowler D, Garety P & Kuipers E (1995): *Cognitive behaviour therapy for psychosis*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Fraley RC & Shaver PO (1999): Loss and bereavement: attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment. En J Cassidy & P Shaver (eds): *Handbook of attachment: theory, research and applications*, Nueva York, Guilford Press, pp. 735-759.
- Frame L & Morrison AP (2001): Causes of post-traumatic stress disorder in psychotic patients, *Archives of General Psychiatry*, **58**, 305-306.
- Frankle WG, Perlis RH, Deckersbach T, Grandin LD, Gray SM, Sachs GS *et al.* (2002): Bipolar depression: relationship between episode length and antidepressant treatment, *Psychological Medicine*, **32**, 1417-1423.

- Franco DL, Streigel-Moore RH, Brown KM, Barton BA, McMahon RP, Sreiber GB *et al.* (2004): Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls, *Psychological Medicine*, **34**, 1319-1330.
- Free ML, Tian PS & Sanders MR (1991): Treatment outcome of a group cognitive therapy program for depression, *International Journal of Group Psychotherapy*, **41**(4), 533-547.
- Freedman BJ (1974): The subjective experience of perceptual and cognitive disturbances in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, **30**, 333-340.
- Freedman BJ & Chapman LJ (1973): Early subjective experience in schizophrenic episode, *Journal of Abnormal Psychology*, **82**, 46-54.
- Freeman A & Leaf RC (1989): Cognitive therapy applied to personality disorders. En A Freeman, KM Simon, LE Bleutler & H Arkowitz (eds): *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum, pp. 403-433.
- Freeman D, Garety PA & Kuipers E (2001): Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress, *Psychological Medicine*, **31**, 1293-1306.
- Freeman D, Garety PA & Phillips ML (2000): The examination of hypervigilance for external threat in individuals with generalized anxiety disorder and individuals with persecutory delusions using visual scan paths, *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, **53A**(2), 549-567.
- Freud S (1917): *Lectures: introduction to psychoanalysis*, Frankfurt, Fischer.
- Friedlander RI & Donnelly T (2004): Early-onset psychosis in youth with intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, **48**, 540-547.
- Frith CD (1992): *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*, Hove, Erlbaum.
- Frith CD & Corcoran R (1996): Exploring "theory of mind" in people with schizophrenia, *Psychological Medicine*, **26**, 521-530.
- Fujiwara Y, Honda T, Tanaka Y, Aoki S & Kuroda S (1998): Comparison of early-and-late-onset rapid cycling affective disorders: clinical course and response to pharmacotherapy, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **18**, 282-288.
- Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J & Spiegel D (1997): The economic impact of psychotherapy: a review, *American Journal of Psychiatry*, **154**(2), 147-155.

- Gaebel W, Frick U, Kopcke W, Linden M *et al.* (1993): Early neuroleptic intervention in schizophrenia: are prodromal symptoms valid predictors of relapse?, *British Journal of Psychiatry*, **163**(supl. 21), 8-12.
- Gaebel W & Frommann N (2000): Long-term course in schizophrenia: concept methods and research strategies, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**(supl. 407), 49-53.
- Gaebel W, Janner M, Frommann N, Pietzcker A, Kopcke W, Linde M *et al.* (2002): First vs multiple episode schizophrenia: two-year outcome of intermittent and maintenance medication strategies, *Schizophrenia Research*, **53**, 145-159.
- Garber J, Weiss B & Shaney N (193): Cognitions, depressive symptoms and development in adolescents, *Journal of Abnormal Psychology*, **102**(1), 47-57.
- Garety PA, Dunn G, Fowler D & Kuipers E (1998): The evaluation of cognitive behavioural therapy for psychosis. En N Tarrier, T Wykes *et al.* (eds): *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*, Nueva York, John Wiley & Sons, pp. 101-118.
- Garety PA & Freeman D (1999): Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence, *British Journal of Clinical Psychology*, **38**, 113-154.
- Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Crisholm D, Freeman D, Dunn G *et al.* (1998): London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months, *British Journal of Psychiatry*, **173**, 61-68.
- Geller B, Bolhofner K, Craney JL, Williams M & DelBello MP (2000): Psychosocial functioning in a prepuberal and early adolescent bipolar disorder phenotype, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **39**(12), 1543-1548.
- Georgaca E (2000): Reality and discourse: a critical analysis of the category of "delusions", *British Journal of Medical Psychology*, **73**, 227-242.
- George C, Kaplan N & Main M (1985): The adult attachment interview. Manuscrito inédito, Universidad de California en Berkeley.
- George C & Main M (1979): Social interactions of young abused children: approach, avoidance, and aggression, *Child Development*, **50**, 306-318.
- George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL & Taylor DO (2003): The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates, *Bipolar Disorders*, **5**, 115-122.

- Ghaemi SIN, Hebben N, Stoll AL & Pope HG (1996): Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report, *Psychiatry Research*, **65**, 113-120.
- Gibson RW (1963): Psychotherapy of manic-depressive states, *Psychiatric Research Reports*, **17**, 91-102.
- Gibson RW, Cohen MB & Cohen RA (1959): On the dynamics of the manic-depressive personality, *American Journal of Psychiatry*, **115**, 1101-1107.
- Gilbert P (1989): *Human nature and suffering*, Hove, Erlbaum.
- Gilbert P (1992): *Depression: the evolution of powerlessness*, Hove, Erlbaum.
- Gilbert P (2000): Social mentalities: internal "social" conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. En P Gilbert & KG Bailey (eds): *Genes on the couch: explorations in evolutionary psychotherapy*, Hove, Psychology Press, pp. 118-150.
- Gilbert P (2001): Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defences, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **35**, 17-27.
- Gilbert P (ed) (2005): *Compassion: conceptualizations, research, and use in psychotherapy*, Londres, Brunner-Routledge.
- Gilbert P, Birchwood M, Gilbert J, Trower P, Hay J, Murray B *et al.* (2001): An exploration of evolved mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression, *Psychological Medicine*, **31**, 1117-1127.
- Gilbert P, Boxall M, Cheung M & Irons C (2005): The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **12**, 124-133.
- Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA & Jeste DV (1995): Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: a review of the literature, *Archives of General Psychiatry*, **52**, 173-188.
- Gilbert P & Irons C (2005): Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. En P Gilbert (ed): *Compassion: conceptualizations, research, and use in psychotherapy*, Londres y Nueva York, Routledge, pp. 263-325.
- Gitlin MJ, Neuchterlein K, Subotnik KL, Ventura J, Mintz J, Fogelson DL *et al.* (2001): Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, **158**, 1835-1842.

- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL & Hammen C (1995): Relapse and impairment in bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, **152**, 1635-1640.
- Gleeson JF, Rawlings D, Jackson HJ & McGorry PD (2005): Agreeableness and neuroticism as predictors of relapse after first-episode psychosis: a prospective follow-up study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **193**(3), 160-169.
- Goldberg DP & Williams P (1988): *A user's guide to the general health questionnaire*, Windsor, NFER, Nelson.
- Goldberg TE (1999): Some fairly obvious distinctions between schizophrenia and bipolar disorder, *Schizophrenia Research*, **39**, 127-132.
- Goldberg TE, Dodge M, Aloia M, Egan MF & Weinberger DR (2000): Effects of neuroleptic medications on speech disorganization in schizophrenia: biasing associative networks towards meaning, *Psychological Medicine*, **30**, 1123-1130.
- Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PO & Steinberg MR (1978): Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics, *Archives of General Psychiatry*, **35**(10), 1169-1177.
- Goowin I, Holmes G, Cochrane R & Mason O (2003): The ability of adult mental health services to meet clients' attachment needs: the development and implementation of the service attachment questionnaire, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **76**, 145-161.
- Gotlib IH & Avison WR (1993): Children at risk for psychopathology. En GG Costello (ed): *Basic issues in psychopathology*, Londres, Guilford Press.
- Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V & Goff D (2002): Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis, *Schizophrenia Research*, **48**, 335-342.
- Gourovitch ML, Torrey EF, Gold JM, Randolph C, Weinberger DR & Goldberg TE (1999): Neuropsychological performance of monozygotic twins discordant for bipolar disorder, *Biological Psychiatry*, **45**, 639-646.
- Granville-Grossman KL (1996): Early bereavement and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **112**, 1027-1034.
- Graves JS (1993): Living with mania: a study of outpatient group psychotherapy for bipolar patients, *American Journal of Psychotherapy*, **47**, 113-126.
- Green MJ & Phillips ML (2004): Social threat perception and the evolution of paranoia, *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, **28**(3), 333-342.

- Greenberg LS & Pascual-Leone J (1997): Emotion in the creation of personal meaning. En M Power & CR Brewin (eds): *The transformation of meaning in psychological therapies*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Greenberg LS, Rice LN & Elliot R (1996): *Facilitating emotional change*, Nueva York, Guilford Press.
- Greenhouse WJ, Meyer B & Johnson SL (2000): Coping and medication adherence in bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, **59**, 237-241.
- Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefer A, Vojtechovsky M, Nilsson A *et al.* (2000): Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, **61**, 31-39.
- Grubb D (1995): Three bipolar women: the boundary between bipolar disorders and disorders of the self. En JF Masterton & R Klein (eds): *Disorders of the self*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Grunebaum MF, Galfalvy HC, Oquendo MA, Burke AK & Mann JJ (2004): Melancholia and the probability and lethality of suicide attempts, *British Journal of Psychiatry*, **184**, 534-535.
- Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K & Norrie J (2003): Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy, *Psychological Medicine*, **33**, 419-431.
- Gumley A, O'Grady M, Power K & Schwannauer M (2004): Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with or without comorbid social anxiety disorder, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **38**, 960-964.
- Gumley A, White CA & Power K (1999): An interacting cognitive subsystems model of relapse and the course of psychosis, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **6**, 261-279.
- Gupta RD & Guest JF (2002): Annual cost of bipolar disorder to UK society, *British Journal of Psychiatry*, **180**, 227-233.
- Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J & Aro H (2001): The 12-month prevalence and characteristics of major depressive disorder in a representative nationwide sample of adolescents and young adults, *Psychological Medicine*, **31**, 1169-1179.
- Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J *et al.* (1988): Inpatient family intervention: a randomized clinical trial, *Archives of General Psychiatry*, **45**, 217-224.
- Hacjmann A (1998): Working with images in clinical psychology. En A Bellack & M Hersen (eds): *Comprehensive clinical psychology*, Londres, Pergamon, pp. 301-317.

- Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N *et al.* (2003): Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse, *British Journal of Psychiatry*, **183**, 418-426.
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N & Faragher EB (1999): Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS), *Psychological Medicine*, **29**, 879-889.
- Haddock G, Slade PD, Bentall RP, Reid D & Faragher EB (1998): A Comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations, *British Journal of Medical Psychology*, **71**, 339-349.
- Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R & Lewis S (1999): A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **34**(5), 254-258.
- Hallensleben A (1994): Group psychotherapy with manic-depressive patients on lithium: 10 years' experience, *Group Analysis*, **27**, 475-482.
- Halperin S, Nathan P, Drummond P & Castle D (2000): A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **34**, 809-813.
- Hamera EK, Peterson KA, Young LM, Schaumloffel MM (1992): Symptom monitoring in schizophrenia: potential for enhancing self-care, *Archives of Psychiatric Nursing*, **6**(6), 324-330, Dec.
- Hammen C (1992): Cognitive, life stress and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression, *Development of Psychopathology*, **4**, 189-206.
- Hammen C, Gordon D, Burge D, Adrian C, Jaenicke C & Hiroto D (1987): Maternal affective disorders, illness and stress: risk for children's psychopathology, *American Journal of Psychiatry*, **144**, 736-741.
- Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B & Bentall RP ((2003): Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation, *British Journal of Psychiatry*, **182**, 543-547.
- Han-Joo L, Jesse R, Cougle M & Telch J (2005): Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms, *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 29-41.
- Harrington R, Campbell F, Shoebridge P & Whittaker J (1998): Meta-analysis of CBT for depression in adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **37**(19), 1005-1100.

- Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P & Campbell F (1998): Systemic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder, *British Journal of Medicine*, **316**(7144), 1559-1563.
- Harris TO (2003): Depression in women and its sequelae, *Journal of Psychosomatic Research*, **54**, 103-112.
- Harris TO (2004): Chef or chemist? Practicing psychotherapy within the attachment paradigm, *Attachment and Human Development*, **6**(2), 191-207.
- Harris TO, Brown GW & Bifulco A (1987): Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of social class position and premarital pregnancy, *Psychological Medicine*, **17**, 163-183.
- Harris TO, Brown GW & Robinson P (1999): Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city, 2: role of a fresh-start experiences and baseline psychosocial factors in remission from depression, *British Journal of Psychiatry*, **174**(3), 225-232.
- Harrison CL & Fowler D (2004): Negative symptoms, trauma and autobiographical memory: an investigation of individuals recovering from psychosis, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **192**(11), 745-753.
- Harrop C & Trower P (2001): Why does schizophrenia develop at late adolescence?, *Clinical Psychology Review*, **21**(2), 241-266.
- Hartman LM (1983): A meta-cognitive model of social anxiety: implications for treatment, *Clinical Psychology Review*, **3**, 435-456.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R *et al.* (1998): Deliberate self-harm: systemic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition, *British Journal of Medicine*, **317**, 441-447.
- Hayes AM & Harris MS (2000): The development of an integrative therapy for depression. En SI Johnson, AM Hayes, TM Field, N Schneiderman & PM McCabe (eds): *Stress, coping and depression*, New Jersey, Erlbaum.
- Hayes SC, Strosahl KD & Wilson KG (2002): Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change, *Child and Family Behaviour Therapy*, **24**(4), 51-57.
- Hazan C & Shaver PO (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process, *Journal of Personal and Social Psychology*, **52**, 511-524.
- Healey A, Knapp M, Astin J, Beecham J, Kemp R, Kirov G *et al.* (1998): Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis, *British Journal of Psychiatry*, **172**(5), 420-424.

- Healey D & Williams JMG (1989): Follop-up of 53 bipolar manic-depressive patients, *Psychiatric Developments*, **1**, 49-70.
- Heinrichs DW & Carpenter WT Jr (1985): Prospective study of prodromal symptoms in schizophrenic relapse, *American Journal of Psychiatry*, **142**, 371-373.
- Heinrichs DW, Cohen BP & Carpenter WT (1985): Early insight and the management of schizophrenic decompensation, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **173**, 133-138.
- Heller K (1990): Social and community intervention, *Annual Review of Psychology*, **41**, 141-168.
- Hemsley DR (1994): Perceptual and cognitive abnormalities as the bases for schizophrenic symptoms. En AS David & JC Cutting (eds): *The neuropsychology of schizophrenia*, Hove, Erlbaum, pp. 97-116.
- Henry C, Bullivier F, Sorbara F, Tangwongchai S, Lacoste J, Faure-Chaigneu M *et al.* (2001): Bipolar sensation seeking is associated with propensity to abuse rather than to temperamental characteristics, *European Psychiatry*, **16**, 289-292.
- Henry C & Nassir Ghaemi S (2004): Insight in psychosis: a systematic review of treatment interventions, *Psychopathology*, **37**, 194-199.
- Herman D, Opler L, Felix A, Valencia E, Wyatt RJ & Susser E (1999): A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **188**, 135-140.
- Herold D, Teniy T, Lenard K & Trixler M (2002): Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission, *Psychological Medicine*, **32**, 1125-1129.
- Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, MacCartan L *et al.* (2000): A program for relapse prevention in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, **57**, 277-283.
- Hertz MI & Melville C (1980): Relapse in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, **137**(7), 801-805.
- Hesse E (1996): Discourse, memory and the adult attachment interview: a note with emphasis on the emerging cannot classify category, *Infant Mental Health Journal*, **17**, 4-11.
- Hesse E (1999): The adult attachment interview: historical and current perspectives. En J Cassidy & P Shaver (eds): *Handbook of attachment: theory, research and applications*, Nueva York, Guilford Press, pp. 395-433.

- Hesse E & Main M (2000): Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies, *Journal of American Psychoanalytical Association*, **48**(4), 1097-1127.
- Hillegers MH, Burger H, Wals M, Reichart CG, Verhulst FC, Nolen WA *et al.* (2004): Impact of stressful life events, familial loading and their interaction on the onset of mood disorders: study in a high-risk cohort of adolescent offspring of parents with bipolar disorder, *British Journal of Psychiatry*, **185**, 97-101.
- Hills P & Argyle M (2001): Emotional stability as a major dimension of happiness, *Personality and Individual Differences*, **31**, 1357-1364.
- Hirsch S, Bowen J, Emami J, Cramer P, Jolley A, Haw C *et al.* (1996): A one-year prospective study of the effect of life events and medication in the aetiology of schizophrenic relapse, *British Journal of Psychiatry*, **168**(1), 49-56.
- Hirsch SR, Jolley AG (1989): The dysphoric syndrome in schizophrenia and its implications for relapse, *British Journal of Psychiatry*, **155**(supl. 5), 46-50.
- Hilastala SA, Frank E, Mallinger AG, Thase ME, Ritenour AM & Kupfer DJ (1997): Bipolar depression: an underestimated treatment challenge, *Depression and Anxiety*, **5**, 73-83.
- Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F & Engberg M (1996): Mental disorder and crime: evidence from a Danish cohort, *Archives of General Psychiatry*, **53**, 489-496.
- Hoencamp E, Haffmans PMJ, Griens AMGF, Huijbrechts IPAM Y Heycop ten Ham BF (2001): A 3.5-year naturalistic follow-up study of depressed out-patients, *Journal of Affective Disorders*, **66**, 267-271.
- Hofstra MB, van der Ende J & Verhulst FC (2001): Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10-year follow-up study, *British Journal of Psychiatry*, **179**, 203-209.
- Hofstra MB, van der Ende J & Verhulst FC (2002): Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **41**, 182-189.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ *et al.* (1991): Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment, *Archives of General Psychiatry*, **48**, 340-341.

- Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S *et al.* (1997b): Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: effects of adjustment of patients, *American Journal of Psychiatry*, **154**(11), 1514-1524.
- Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF *et al.* (1997a): Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: description of study and effects of relapse rates, *American Journal of Psychiatry*, **154**(11), 1504-1513.
- Hogarty GE, McEvoy JP, Munetz M, DiBarry AL, Bartone P, Cather R *et al.* (1988): Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia: results of a two-year controlled study, *Archives of General Psychiatry*, **45**, 797-805.
- Hollis C (2000): Adult outcome of child and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity, *American Journal of Psychiatry*, **157**(10), 1652-1659.
- Hollis C (2003): Developmental precursors of child and adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions, *British Journal of Psychiatry*, **182**, 37-44.
- Hollon SD & Garber J (1988): Cognitive therapy. En LY Abrahamson (ed): *Social cognition and clinical psychology: a synthesis*, Nueva York, Guilford Press, pp. 204-253.
- Holmes EA & Steel C (2004): Schizotypy: a vulnerability factor for traumatic intrusions, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **192**(1), 28-34.
- Holmes J (1993): *John Bowlby and attachment theory*, Londres, Routledge.
- Holmes J (2003): Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **37**(5), 524-531.
- Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M & Brunet A (2003): Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia, *Schizophrenia Research*, **60**, 87-90.
- Honer WG, Kopala LC, Locke JJ & Lapointe JS (1996): Left cerebral hemiatrophy and schizophrenia-like psychosis in an adolescent, *Schizophrenia Research*, **20**, 231-234.
- Honing A, Hofman A, Rozendaal N & Dingemans P (1997): Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion, *Psychiatry Research*, **72**, 17-22.
- Hooley J (1985): Expressed emotion: a review of the critical literature, *Clinical Psychology Review*, **5**, 119-139.

- Hooley J (1998): Expressed emotion and locus of control, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **186**(6), 374-378.
- Hope DA, Rapee RM, Heimberg RG & Dombeck MJ (1990): Representations of the self in social phobia: vulnerability to social threat, *Cognitive Therapy and Research*, **14**, 77-189.
- Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS & Pincus AL (2000): IIP: Inventory of interpersonal problems. San Antonio (Texas, USA), The Psychological Corporation.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G & Villaseñor VS (1988): The inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **56**, 885-895.
- Houston K, Hawton K & Sheppard R (2001): Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study, *Journal of Affective Disorders*, **63**, 159-170.
- Hoyer EH, Olesen AV & Mortensen PB (2004): Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993, *Journal of Affective Disorders*, **78**, 209-217.
- Hultman CM, Wieselgren IM & Ohman A (1997): Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients, *Scandinavian Journal of Psychology*, **38**(1), 3-13.
- Huxley NA, Parikh SV & Baldessarini RJ (2000): Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence, *Harvard Review of Psychiatry*, **8**(3), 126-140.
- Hyman SE (2000): Goals for research on bipolar disorder: the view from NIMH, *Biological Psychiatry*, **48**, 436-441.
- Inderbitzin LB, Lewine RRJ, Scheller-Gilkey G, Swofford CD, Egan GJ, Gloersen BA *et al.* (1994): A double-blind dose-reduction trial of fluphenazine decanoate for chronic unstable schizophrenic patients, *American Journal of Psychiatry*, **151**, 1753-1759.
- Infrasca R (2002): Childhood adversities and adult depression: an experimental study on childhood depressogenic markers, *Journal of Affective Disorders*, **76**(1-3), 103-111.
- Ingram RE & Wisnick KS (1988): Assessment of positive automatic cognition, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **56**, 898-902.
- Inskip HM, Harris EC & Barraclough B (1998): Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **172**(1), 35-37.

- Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P & Trower P (2000): Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis, 2: testing the validity of a social ranking model, *British Journal of Psychiatry*, **177**, 522-528.
- Iqbal Z, Birchwood M, Hemsley D, Jackson C & Morris E (2004): Autobiographical memory and post-psychotic depression in first-episode psychosis, *British Journal of Clinical Psychology*, **43**, 97-104.
- Irons C & Gilbert P (2005): Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems, *Journal of Adolescence*, **28**, 325-341.
- Isometsa E, Heikkinen M, Henriksson M, Aro H & Lonnqvist J (1995): Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder: a comparison with major depressive suicides, *Journal of Affective Disorders*, **33**, 99-106.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G & Anker M (1992): Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a world health organisation ten country study, *Psychological Medicine*, (supl. 20), 97.
- Jackson C, Knott C, Skeate A & Birchwood M (2004): The trauma of first episode psychosis: the role of cognitive mediation, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **38**, 327-333.
- Jamison KR & Goodwin FK (1983): Psychotherapeutic issues in bipolar illness. En FK Goodwin & KR Jamison (eds): *Manic-depressive illness*, Nueva York, Oxford University Press.
- Janoff-Bulman R (1992): *Shattered assumptions*, Nueva York, Lexington Books.
- Janowsky DS, El-Yousef MK & Davis JM (1974): Interpersonal maneuvers of manic patients, *American Journal of Psychiatry*, **131**, 250-255.
- Janowsky DS, Leff M & Epstein RS (1970): Playing the manic game: interpersonal maneuvers of the acutely manic patient, *Archives of General Psychiatry*, **22**, 252-261.
- Janowsky DS, Morte S, Hong L & Howe L (1999): Myers Briggs type indicator and tridimensional personality questionnaire differences between bipolar patients and unipolar depressed patients, *Bipolar Disorders*, **2**, 98-108.
- Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W *et al.* (2003): Discrimination and delusional ideation, *British Journal of Psychiatry*, **182**, 71-76.
- Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R *et al.* (2004): Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **109**(1), 38-45.

- Janssen I, Krabbendam L, Jolles J & van Os J (2003): Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **108**, 110-117.
- Joel D, Sathyaseelan M, Jayakaran R, Vijayakumar C, Muthurathnam S & Jacob KS (2003): Explanatory models of psychosis among community health workers in South India, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **108**, 66-69.
- Johannessen JO, McGlashan TH & Larsen TK (2001): Early detection strategies for untreated first-episode psychosis, *Schizophrenia Research*, **51**, 39-46.
- Johannessen JO, McGlashan TH & Larsen TK, Horneland M, Joa I, Mardal S *et al.* (2001): Early detection strategies for untreated first-episode psychosis, *Schizophrenia Research*, **51**(1), 39-46.
- Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T *et al.* (2004): Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population, *British Journal of Psychiatry*, **185**, 298-305.
- Johns LC & van Os J (2001): The continuity of psychotic experiences in the general population, *Clinical Psychology Review*, **21**(8), 1125-1141.
- Johnson DAW, Ludlow JM, Street K & Taylor RDW (1987): Double-blind comparison of half-dose and standard-dose flupenthixol decanoate in the maintenance treatment of stabilized outpatients with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **151**, 634-638.
- Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JO, Kasen S & Brook JS (1999): Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood, *Archives of General Psychiatry*, **56**, 805-811.
- Johnson SL & Kizer A (2002): Bipolar and unipolar depression: a comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors. En CL Hammen & IH Gotlib (eds): *Handbook of depression*, Nueva York, Guilford Press, pp. 141-165.
- Johnson SL, Meyer B, Winett C & Small J (2000): Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania, *Journal of Affective Disorders*, **58**, 79-86.
- Johnson SL, Meyer B, Winters RW, Sandrow D & Goodnick P (2003): The behavioural activation system and the course of mania. En T Scrimali & L Grimaldi (eds): *Cognitive psychotherapy toward a new millenium*, Nueva York, Kluwer Academic/Plenum.
- Johnson SL & Nowak A (2002): Dynamical patterns in bipolar depression, *Personality and Social Psychology Review*, **6**(4), 380-387.

- Johnson SL, Turner RJ & Iwata N (2003): BIS/BAS levels and psychiatric disorder: an epidemiological study, *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, **25**(1), 25-36.
- Johnson SL, Winett C, Meyer B, Greenhouse W & Miller (1999): Social support and the course of bipolar disorder, *Journal of Abnormal Psychology* **108**, 558-566.
- Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL & MacMillan JF (1986): The Northwick Park Study of first episode schizophrenia, I: presentation of the illness and problems relating to admission, *British Journal of Psychiatry*, **148**, 115-120.
- Jolley AG, Hirsch SR, Morrison E *et al.* (1990): Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: clinical and social outcome at two years, *British Medical Journal*, **301**, 837-842.
- Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI & Campbell C (2004): Cognitive behaviour therapy for schizophrenia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Update for 2nd quarter, 2005.
- Jones M (2002): Cognitive-behavioural therapy for psychosis: implications for the way that psychosis is managed within community mental health teams, *Journal of Mental Health*, **11**(6), 595-603.
- Jones P, Rodgers B, Murray R & Marmot M (1994): Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946b birth cohort, *Lancet*, **344**, 1398-1402.
- Jorgensen P (1998): Early signs of psychosis relapse in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **172**, 327-330.
- Joyce PO (1984): Parental bonding in bipolar affective disorder, *Journal of Affective Disorders*, **7**, 319-324.
- Kahn D (1990): The psychotherapy of mania, *Psychiatric Clinics of North America*, **13**, 229-240.
- Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P & Laippala P (2001): Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support, *Journal of Affective Disorders*, **64**, 155-166.
- Kanai T, Takeuchi H, Fuyukawa TA, Yoshimura R, Imaizumi T, Kitamura T *et al.* (2003): Time to recurrence after recovery from major depressive episodes and its predictors, *Psychological Medicine*, **33**, 839-845.
- Kanas N (1993): Group psychotherapy with bipolar patients: a review and synthesis, *International Journal of Group Psychotherapy*, **43**, 321-333.
- Kanas N (1999): Group therapy with schizophrenic and bipolar patients: integrative approaches. En M Pines & V Schermer (eds): *Group Psy-*

- chotherapy of the Psychoses*, Londres, Jessica Kingsley.
- Kanas N & Cox P (1998): Process and content in a therapy group for bipolar outpatients, *Group*, **22**, 39-44.
- Kane JM, Rifkin A, Woerner M, Reardon G, Sarantakos S, Schiebel D *et al.* (1983): Low-dose neuroleptic treatment of outpatient schizophrenics, I: preliminary results for relapse rates, *Archives of General Psychiatry*, **40**, 893-896.
- Kaney S, Bowen-Jones K & Bentall RP (1999): Persecutory delusions and autobiographical memory, *British Journal of Clinical Psychology*, **38**, 97-102.
- Kaney S, Bowen-Jones K, Dewey ME & Bentall RP (1997): Two predictions about paranoid ideation: deluded, depressed and normal participants' subjective frequency and consensus judgements for positive, neutral and negative events, *British Journal of Clinical Psychology*, **36**, 349-364.
- Kaney S, Wolfendon M, Dewey M & Bentall R (1992): Persecutory delusions and the recall of threatening and non-threatening propositions, *British Journal of Clinical Psychology*, **31**, 85-87.
- Karatzias T, Gumley AI, Power KG & O'Gady M (entregado): Axis I comorbidity in a group of outpatients with Schizophrenia Spectrum Disorders: demographic and clinical correlates.
- Kaufman J, Birmaher B, Calyton S, Retano A & Wongchaowart B (1997): Case study: trauma-related hallucinations, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**(11), 1602-1606.
- Kavanagh DJ (1992): Recent developments in expressed emotion and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **160**, 601-620.
- Kay SR, Fiszbein A & Opler LA (1987): The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, **13**, 261-276.
- Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Hawkins JM, Huber TJ *et al.* (1995): Outcome and comorbidity in first-compared with multiple-episode mania, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **183**, 320-324.
- Keitner GI, Solomon DA, Ryan CE, Miller IW, Mallinger A, Kupfer DJ *et al.* (1996): Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder, *Comprehensive Psychiatry*, **37**(5), 362-367.
- Keller MB, Lavori PW, Coryell W, Endicott J & Mueller TI (1993): Bipolar I: a five-year prospective follow-up, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **181**, 238-245.

- Kelly GR & Scott JE (1990): Medication compliance and health education among outpatients with mental disorders, *Medical Care*, **28**(12), 1181-1197.
- Kemp R & David A (1996a): Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **24**, 331-350.
- Kemp R & David A (1996b): Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients, *British Journal of Psychiatry*, **169**(4), 444-450.
- Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO & Prescott CA (2003): Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety, *Archives of General Psychiatry*, **60**(8), 789-796.
- Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM & Walsh D (1995): Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon family study, *American Journal of Psychiatry*, **152**, 755-764.
- Kennedy BL, Dhaliwal N, Pedley L, Sahner C, Greenberg R, Manshadi MS (2002): Post-traumatic stress disorder in subjects with schizophrenia and bipolar disorder, *Journal of Kentucky Medical Association*, **100**, 395-399.
- Kent L & Craddock N (2002): Is there a relationship between hyperactivity disorder and bipolar disorder?, *Journal of Affective Disorders*, **73**(3), 211-221.
- Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD & Schooler N (2004): Correlates of insight in first episode psychosis, *Schizophrenia Research*, **70**(2-3), 187-194.
- Kessing LV (2004): Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder, *Bipolar Disorders*, **6**, 421-425.
- Kessing LV, Agerbo E & Mortensen PB (2004): Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania, *Bipolar Disorders*, **6**, 122-129.
- Kinderman P (1994): Attentional bias, persecutory delusions and the self concept, *British Journal of Medical Psychology*, **67**, 53-66.
- Kinderman P & Humphris G (1995): Clinical communication skills teaching: the role of cognitive schemata, *Medical Education*, **29**, 436-442.
- King S & Dixon MJ (1996): The influence of expressed emotion, family dynamics and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults, *Archives of General Psychiatry*, **53**, 1098-1104.

- King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M *et al.* (2000): Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care, *Health Technology Assessment* 2000, **4**, 19.
- Kingdon D & Turkington D (1991): The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **179**(4), 207-211.
- Kingdon D & Turkington D (1994): *Cognitive behaviour therapy of schizophrenia*, Hillsdale (New Jersey, USA), Erlbaum.
- Kingsep P, Nathan P & Castle D (2003): Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia, *Schizophrenia*, **63**(1-2), 121-129.
- Klerman GL, Weismann NM, Rounsaville BJ & Crevron ES (1984): *Interpersonal therapy of depression*, Nueva York, Basic Books.
- Klimes-Dougan B, Free K, Ronsaville D, Stilwell J, Welsh CJ & Radke-Yarrow M (1999): Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **38**(6), 651-665.
- Klosterkoetter J, Hellmich M, Steinmeyer EM & Schultze-Lutter F (2001): Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase, *Archives of General Psychiatry*, **58**(2), 158-164.
- Knapp M *et al.* (2002): Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **105**, 42-54.
- Kobak R, Cole H, Ferenz-Gillies R, Fleming WS *et al.* (1993): Attachment and emotion regulation during mother teen problem solving: a control theory analysis, *Child Development*, **64**(1), 231-245.
- Kobak RR & Sceery A (1998): Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others, *Child Development*, **59**, 135-146.
- Kochanska G, Murray KT & Harlan E (2000): Effortful control in early childhood: continuity and change, antecedents and implications for social development, *Development Psychology*, **36**, 220-232.
- Krabbendam L, Myin-Germeyns I, De Graff R, Volleberg W, Nolen EW, Iedma J *et al.* (2004): Dimensions of depression, mania and psychosis in the general population, *Psychological Medicine*, **34**, 1177-1186.
- Kravariti E, Morris RG, Rabe-Hesketh SR, Murray RM & Frangou S (2003): The Maudsley early onset schizophrenia study: cognitive

- function in adolescents with recent onset schizophrenia, *Schizophrenia Research*, **61**, 137-148.
- Krawiecka M, Goldberg D & Vaughan M (1977): A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **55**, 299-308.
- Kroll L, Harrington R, Jayson D, Fraser J & Gowers S (1996): Pilot study of continuation cognitive-behavioural therapy for major depression in adolescents psychiatric patients, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**(9), 1156-1161.
- Krstev H, Jackson H & Maude D (1999): An investigation of attributional style in first-episode psychosis, *British Journal of Clinical Psychology*, **38**, 181-194.
- Kruse A & Schmidt E (1997): Emotionalität, Alter und Altern- Forschungsperspektiven, methodische Zugänge und empirische Ergebnisse, *Therapeutische Umschau*, **54**(6), 326-335.
- Kuipers L & Bebbington P (1988): Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications, *Psychological Medicine*, **18**(4), 893-909.
- Kuipers L, Birchwood M & McCreadie RG (1992): Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies, *British Journal of Psychiatry*, **160**, 272-275.
- Kulhara P, Basu D, Mattoo SK, Sharan P & Chopra R (1999): Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: long-term outcome and its psychosocial correlates, *Journal of Affective Disorders*, **54**, 87-96.
- Kumar S, Thara R & Rajkumar S (1989): Coping with symptoms of relapse in schizophrenia, *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, **239**, 213-215.
- Kusznir A, Cooke RG & Young LT (2000): The correlates of community functioning in patients with bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, **61**, 81-85.
- Lacro J, Dunn LB, Dolder CR *et al.* (2002): Prevalence of risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature, *Journal of Clinical Psychiatry*, **63**, 892-909.
- Laible DJ & Thompson RA (1998): Attachment and emotional understanding in preschool children, *Developmental Psychology*, **34**, 1038-1045.
- Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D *et al.* (2000): Cognitive therapy for bipolar illness - a pilot study of relapse prevention, *Cognitive Therapy and Research*, **24**(5), 503-520.

- Lam DH, Green B, Power MJ & Checkley S (1996): Dependency, matching adversities, length of survival and relapse in major depression, *Journal of Affective Disorders*, **37**, 81-90.
- Lam DH, Schuck N, Smith N, Farmer A & Checkley S (2002): Response style, interpersonal difficulties and social functioning in major depressive disorder, *Journal of Affective Disorders*, **75**(3), 279-283.
- Lam DH & Wong G (1997): Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders, *Psychological Medicine*, **27**, 1091-1100.
- Lam DH, Wong G & Sham P (2001): Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorders: a naturalistic study, *Psychological Medicine*, **31**, 1397-1402.
- Landerman R, George LK, Campbell RT & Blazer DG (1989): Alternative models of the stress buffering hypothesis, *American Journal of Community Psychology*, **17**(5), 625-642.
- Langdon R, Davies M & Coltheart M (2002): Understanding minds and understanding communicated meanings in schizophrenia, *Mind and Language*, **17**, 68-104.
- Laufer M (1986): Adolescence and psychosis, *International Journal of Psycho-Analysis*, **67**, 367-371.
- Lay B, Blanz B, Hartmann M & Schmidt MH (2000): The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: a 12-year follow-up, *Schizophrenia Bulletin*, **26**(4), 801-816.
- Lazarus RS & Folkman S (1984): *Stress, appraisal and coping*, Nueva York, Springer.
- Leahy R (2002): A model of emotional schemas, *Cognitive and Behavioural Practice*, **9**(3), 177-190.
- Leahy R (2005): A social-cognitive model of validation. En P Gilbert (ed): *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*, Londres y Nueva York, Routledge, pp. 195-217.
- Lecompte D (1996): The management of drug-resistant, persistent and unpleasant auditory hallucinations, *Acta Psychiatrica Belgica*, **96**(1), 21-29.
- Le Doux J (1996): *The emotional brain*, Nueva York, Simon & Schuster.
- Lee CS, Chang JC & Cheng TA (2002): Acculturation and suicide: a case-control psychological autopsy study, *Psychological Medicine*, **32**, 133-141.
- Lee KH, Farrow SA, Spence SA & Woodruff PWR (2004): Social cognition, brain networks and schizophrenia, *Psychological Medicine*, **34**, 391-400.
- Leff J (1995): Family management of schizophrenia. En HA Nasrallah & CL Shrikui (eds): *Contemporary issues in the treatment of schizophre-*

- nia, Washington (District of Columbia, USA), American Psychiatric Association, pp. 683-702.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R & Sturgeon D (1985): A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, **146**, 594-600.
- Leff J & Vaughn C (1985): *Expressed emotion in families*, Nueva York, Guilford Press.
- Leff J, Wig NN, Bedi H & Menon DK (1990): Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: a two-year follow-up of a first contact sample, *British Journal of Psychiatry*, **156**, 351-356.
- Leff J, Wig NN, Gosh A, Bedi H, Menon DK, Kuipers L *et al.* (1987): Expressed emotion and schizophrenia in north India, III: influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh, *British Journal of Psychiatry*, **151**, 166-173.
- Leviton RD, Rector NA & Bagby RM (1998): Negative attributional style in seasonal and nonseasonal depression, *American Journal of Psychiatry*, **155**(3), 428-430.
- Lewinsohn PM, Klein DN & Seeley JR (1995): Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 454-463.
- Lewinsohn PM, Klein DN & Seeley JR (2000): Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample, *Bipolar Disorders*, **2**, 281-293.
- Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall RP, Kinderman P, Kingdon D *et al.* (2002): Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes, *British Journal of Psychiatry*, **181**(supl. 43), s91-s97.
- Liang B & Bogat A (1994): Culture, control and coping: new perspectives on social support, *American Journal of Community Psychology*, **22**(1), 123-147.
- Lidz RW & Lidz T (1949): The family environment of schizophrenic patients, *American Journal of Psychiatry*, **106**, 332-345.
- Lineham MM (1993): *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*, Nueva York, Guilford Press.
- Lineham MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D & Heard HL (1991): Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, **48**, 1060-1064.

- Linszen DH, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R *et al.* (1996): Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders, *Psychological Medicine*, **26**, 333-342.
- Liotti G (1996): L' attaccamento. En BG Bara (ed): *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Turín, Bollati Boringhieri.
- Lipton FR, Cohen CI, Fischer E & Katz SE (1981): Schizophrenia: a network crisis, *Schizophrenia Bulletin*, **7**, 144-151.
- Low G, Jones D, Macleod A, Power M & Duggan C (2000): Childhood trauma, dissociation and self-harming behavior: a pilot study, *British Journal of Medical Psychology*, **73**, 269-278.
- Lozano BE & Johnson SL (2001): Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms?, *Journal of Affective Disorders*, **63**, 103-111.
- Ludwig AM & Ables MF (1974): Mania and marriage: the relationship between biological and behavioral variables, *Comprehensive Psychiatry*, **15**(6), 411-421.
- Lukoff D, Snyder K, Ventura J & Neuchterlein KH (1984): Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, **10**(2), 258-292.
- Lutgendorf S, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Costello N, Zuckerman M *et al.* (1998): Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men, *Psychosomatic Medicine*, **60**(2), 204-214.
- Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum H & Botein S (1990): Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment, *Child Development*, **61**, 85-98.
- Lyos-Ruth K & Jacobvitz D (1999): Attachment disorganisation: unresolved loss, relational violence and lapses in behavioural and attentional strategies. En J Cassidy & PR Shaver (eds): *Handbook of attachment; theory, research and applications*, Nueva York, Guilford Press, pp. 520-554.
- MacDonald EN, Pica S, McDonald S, Hayes RL & Baglioni AJ Jr (1998): Stress and coping in early psychosis: role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress, , *British Journal of Psychiatry*, **33**(supl. 172), 122-127.
- MacQuenn GM, Galway TM, Hay J, Young LT & Joffe RT (2002): Recollection memory deficits in patients with major depressive disorder by

- past depressions but not by current mood state or treatment status, *Psychological Medicine*, **32**, 251-258.
- MacVane JR, Lange JD, Brown WA & Zayat M (1978): Psychological functioning of bipolar manic-depressives in remission, *Archives of General Psychiatry*, **35**, 1351-1354.
- Mahler MS (1971): A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation, *Psychoanalytic Study of the Child*, **26**, 403-424.
- Mahler MS (1974): Symbiosis and individuation: the psychological birth of the human infant, *Psychoanalytic Study of the Child*, **29**, 89-106.
- Maier W, Lichtermann D, Minges J, Delmo C & Heun R (1995): The relationship between bipolar disorder and alcoholism: a controlled family study, *Psychological Medicine*, **25**, 787-796.
- Maier W, Lichtermann D, Minges J, Hallmayer J, Heun R, Benkert O *et al.* (1993): Continuity and discontinuity of affective disorders and schizophrenia: results of a controlled family study, *Archives of General Psychiatry*, **50**, 871-883.
- Main M (1990): Cross-cultural studies of attachment organization: recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, *Human Development*, **33**, 48-61.
- Main M (1999): Epilogue: attachment theory: eighteen points with suggestions for future studies. En J Cassidy & PR Shaver (eds): *Handbook of attachment; theory, research and applications*, Nueva York, Guilford Press.
- Main M & Goldwyn R (1985): The adult attachment classification system. Manuscrito inédito, Universidad de California.
- Main M, Goldwyn R & Hesse E (2002): Adult attachment scoring and classification systems (Version 7.1). Manuscrito inédito, Universidad de California.
- Main M & Hesse E (1990): Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and / or frightening parent behaviour the linking mechanism?. En M Greenberg D, D Cicchetti & Cummings (eds): *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 161-182.
- Main M, Kaplan N & Cassidy J (1985): *Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation*, Monografías de la Society for Research in Child Development, **50**(1-2), 66-104.
- Main M & Solomon J (1986): Discovery of a new, insecure-disorganised/disoriented attachment pattern. En TB Brazelton & MW Yogman

- (eds): *Affective development in infancy*, Norwood (New Jersey, USA), Ablex, pp. 95-124.
- Main M & Solomon J (1986): Discovery of an insecure-disorganised/disorientated attachment pattern. En MW Yogman & TB Brazelton (eds): *Affective development in infancy*, Westport (Connecticut, USA), Ablex, pp. 95-124.
- Main M & Solomon J (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M Greenberg D, D Cicchetti & Cummings (eds): *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 121-160.
- Maj M, Pirozzi R, Formicola AMR & Tortorella A (1999): Reliability and validity of four alternative definitions of rapid-cycling bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, **156**, 1421-1424.
- Maj M, Pirozzi R, Magliano L & Bartoli L (2003): Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome, *American Journal of Psychiatry*, **160**(12), 2134-2140.
- Malin A (1988): A short history of the psychoanalytic approach to the treatment of psychotic disorders. En A Goldber (ed): *Frontiers in self psychology: progress in self psychology*, vol. 3, Hillsdale (New Jersey, USA), Analytic Press.
- Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson B, Sherrill JT, Siegel L, Patterson D *et al.* (1998): Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: a preliminary investigation, *Archives of General Psychiatry*, **55**(8), 702-707.
- Malla AK & Norman RMG (1994): Prodromal symptoms in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **164**, 487-493.
- Malla AK, Norman RMG, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D, Harrichan R *et al.* (2002): One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors, *Schizophrenia Research*, **54**, 231-242.
- Malla AK, Norman RMG, McClean TS & McIntosh E (2001): Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life Index, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **103**, 355-361.
- Malmberg A, Lewis G, David A *et al.* (1998): Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **172**, 308-313.
- Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF, Cater J & Campbell M (2000): A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized

- aggressive children and adolescents with conduct disorder, *Archives of General Psychiatry*, **57**, 649-654.
- Marcelis M, Myin-Germeys I, Suckling J, Woodruff P, Hofman P, Bullmore E *et al.* (2003): Cerebral tissue alterations and daily life stress experience in psychosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **107**, 54-59.
- Marder SR (1999): Antipsychotic drugs and relapse prevention, *Schizophrenia Research*, **35**(supl.), s87-s92.
- Marder SR (2000): Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**(supl. 407), 87-90.
- Marder SR, van Putten T, Mintz J *et al.* (1984): Costs and benefits of two doses of fluphenazine, *Archives of General Psychiatry*, **41**, 1025-1029.
- Marder SR, van Putten T, Mintz J *et al.* (1987): Low and conventional dose maintenance therapy with fluphenazine decanoate, *Archives of General Psychiatry*, **44**, 518-521.
- Marder SR, Wirshing WC, van Putten T, Mintz J *et al.* (1994): Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, **51**, 280-288.
- Mari JJ & Streiner DL (1994): An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings, *Psychological Medicine*, **24**, 565-578.
- Mari JJ & Streiner DL (1996): The effects of family intervention on those with schizophrenia. En C Adams *et al.* (eds): *Schizophrenia module*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Londres, Cochrane Library.
- Markowitz J (1998): *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*, Washington, (District of Columbia, USA), American Psychiatric Press.
- Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S & Bloink R (2002): The relation of "acute and transient psychotic disorder" (ICD-10 F23) to bipolar schizoaffective disorder, *Journal of Psychiatric Research*, **36**, 165-171.
- Mash DT (1994): The psychodynamic model and services for families: issues and strategies. En M Wasow & HP Lefley (eds): *Helping families cope with mental illness*, Langhorne (Pennsylvania, USA), Harwood Academic Publishers / Gordon, pp. 105-128.
- Mason O, Startup M, Halpin S, Schall U, Conrad A & Carr V (2004): Risk factors for transition to first episode psychosis among individuals with "at-risk mental states", *Schizophrenia Research*, **71**, 227-237.

- McCabe R, Heath C, Burns T, Priebe S & Skelton J (2002): Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study, *British Medical Journal*, **325**, 1148-1151.
- McCandless-Glimcher L, McKnigh S, Hamera E, Smith BL, Peterson KA & Plumlee AA (1986): Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness, *Hospital and Community Psychiatry*, **37**(9), 929-933.
- McClennan J & Werry J (1997): AACAP official action: practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 138-157.
- McDermut W, Mattia J & Zimmerman M (2001): Comorbidity burden and its impact on psychosocial morbidity in depressed outpatients, *Journal of Affective Disorders*, **65**, 289-295.
- McElroy SL, Keck PE & Strakowski SM (1996): Mania, psychosis and antipsychotics, *Journal of Clinical Psychiatry*, **57**, 14-26.
- McEvoy JP & Wilkinson ML (2000): The role of insight in the treatment and outcome of bipolar disorder, *Psychiatric Annals*, **30**(7), 496-498.
- McFarlane WR (2000): Psychoeducational multi-family groups: adaptations and outcomes. En A Bateman & B Martindale (eds): *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*, Londres, Gaskell / Royal College of Psychiatrists, pp. 68-95.
- McFarlane WR (2002): *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*, Nueva York, Guilford Press.
- McGhie A & Chapman J (1961): Disorders of attention and perception in early schizophrenia, *Journal of Medical Psychology*, **34**, 103-116.
- McGlashan TH, Levy ST & Carpenter WD (1975): Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, **32**, 1269-1272.
- McGorry P, Yung A, Phillips L, Yuen HP, Francey S, Cosgrave E *et al.* (2002): Randomised controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms, *Archives of General Psychiatry*, **59**, 921-928.
- McGorry PD (1995): Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process, *Psychiatry*, **58**, 313-328.
- McGorry PD, Chanan , McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D & Singh BS (1991): Posttraumatic stress disorder following recent-onset psycho-

- sis: an unrecognised postpsychotic syndrome, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **179**(5), 253-258.
- McKay M & Fanning P (1992): *Self-esteem: a proven program of cognitive techniques for assessing, improving and maintaining your self esteem*, 2^a ed., Oakland (California, USA), New Harbinger Publishers.
- McPherson H, Herbison P & Romans S (1993): Life events and relapse in established bipolar affective disorder, *British Journal of Psychiatry*, **163**, 381-385.
- Meins E, Fernyhough C, Russell J & Clark-Carter D (1998): Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: a longitudinal study, *Social Development*, **7**, 1-24.
- Menezes NM & Milovan E (2000): First-episode psychosis: a comparative review of diagnostic evolution and predictive variables in adolescents versus adults, *Canadian Journal of Psychiatry*, **45**, 710-716.
- Merckelbach H, Rassin E & Muris P (2000): Dissociation, schizotypy and fantasy proneness in undergraduate students, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **188**, 428-431.
- Mercy JA, Kresnow M-J, O'Carroll PW, Lee RK, Powell KE, Potter LB *et al.* (2001): Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behaviour of others and nearly lethal suicide attempts, *American Journal of Epidemiology*, **154**(2), 120-127.
- Meyer B, Beevers CG & Johnson SL (2004): Goals appraisals and vulnerability to bipolar disorder: a personal projects analysis, *Cognitive Therapy and Research*, **28**, 173-182.
- Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aejjaelae A & Helenius H (1999): Post-traumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **187**, 343-352.
- Middleton W, Raphael B, Martinek N & Misso V (1993): Pathological grief reactions. En MS Stroebe, W Stroebe & RO Hanssen (eds): *Handbook of bereavement: theory, research and intervention*, Nueva York, Cambridge University Press, pp. 44-61.
- Miklowitz DJ, George EL, Richards J-A, Simoneau T-L & Suddath R-L (2003): A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder, *Archives of General Psychiatry*, **60**(9), 904-912.
- Miklowitz DJ & Goldstein MJ (1990): Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder, *Behavior Modification*, **14**, 457-489.

- Miklowitz DJ, Goldstein MJ & Falloon IRH (1983): Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion, *Journal of Abnormal Psychology*, **92**(3), 359-367.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ & Neuchterlein KH (1995): Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients, *Journal of Abnormal Psychology*, **104**, 268-276.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ & Neuchterlein KH, Snyder KS & Mintz J (1988): Family factors and the course of bipolar affective disorder, *Archives of General Psychiatry*, **45**, 225-231.
- Miklowitz DJ & Hooley JM (1998): Developing family psychoeducational treatments for patients with bipolar and other severe psychiatric disorders: a pathway from basic research to clinical trials, *Journal of Marital and Family Therapy*, **24**(4), 419-435.
- Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL & Richards JA (2000): Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy, *Biological Psychiatry*, **48**, 582-592.
- Mikulincer M & Florian V (1997): Are emotional and instrumental supportive interactions beneficial in times of stress? The impact of attachment style, *Anxiety, Stress and Coping, An International Journal*, **10**, 109-127.
- Mikulincer M, Florian V & Weller A (1993): Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel, *Journal of Personality and Social Psychology*, **64**(5), 817-826.
- Mikulincer M, Hirschberger G, Nachmias O & Gillath O (2001): The affective component of the secure base schema: affective priming with representations of attachment security, *Journal of Personality and Social Psychology*, **81**(2), 305-321.
- Miller F, Dworkin J, Ward M & Barone D (1990): A preliminary study of unresolved grief in families of seriously mentally ill patients, *Hospital and Community Psychiatry*, **12**, 1321-1325.
- Miller FE (1996): Grief therapy for relatives of persons with serious mental illness, *Psychiatric Services*, **47**, 633-637.
- Mojtabai R (1999): Duration of illness and structure of symptoms in schizophrenia, *Psychological Medicine*, **29**, 915-924.
- Mojtabai R (2000): Heterogeneity of cycloid psychoses: a latent class analysis, *Psychological Medicine*, **30**, 721-726.

- Moller H-J, Bottlender E, Wegner U, Wittman J & Stauss A (2000): Long-term course of schizophrenic, affective and schizoaffective psychosis: focus on negative symptoms and their impact on global indicators of outcome, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**(supl. 407), 54-57.
- Montagnon F, Sai S & Lepine JP (2002): Lithium: poisoning and suicide prevention, *European Psychiatry*, **17**, 92-95.
- Montgomery SA, Taylor P & Montgomery D (1978): A comprehensive psychopathological rating scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **271**(supl.), 5-27.
- Moore E, Ball RA & Kuipers L (1992): Expressed emotion in staff working with the long-term adult mentally ill, *British Journal of Psychiatry*, **161**, 802-808.
- Moore E & Kuipers L (1992): Behavioral correlates of expressed emotion in staff-patient interactions, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27**, 298-303.
- Moore E, Kuipers L & Ball R (1992): Staff-patient relationships in the care of the long-term adult mentally ill: a content analysis of expressed emotion interviews, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27**, 28-34.
- Moorhead S & Scott J (2000): Clinical characteristics of familial and non-familial bipolar disorder, *Bipolar Disorders*, **2**, 136-139.
- Morgan G, Buckley C & Nowers M (1998): Face to face with the suicidal, *Advances in Psychiatric Treatment*, **4**, 188-196.
- Morrison AP (1998): A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **26**, 289-302.
- Morrison AP (2001): The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **29**, 257-276.
- Morrison AP & Baker CA (2000): Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis, *Behaviour Research and Therapy*, **38**, 1097-1106.
- Morrison AP, Frame L & Larkin W (2003): Relationships between trauma and psychosis: a review and integration, *British Journal of Clinical Psychology*, **42**, 331-353.
- Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J *et al.* (2004): Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk, *British Journal of Psychiatry*, **185**, 291-297.
- Morrison AP, Gumley AI, Schwannauer M, Campbell M, Gleeson A, Griffin E *et al.* (2005): The beliefs about paranoia scale: preliminary

- validation of a metacognitive approach to conceptualizing paranoia, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **33**(2), 153-164.
- Morrison AP, Haddock G & Tarrier N (1995): Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **23**, 265-280.
- Morrison AP, Wells A & Nothard S (2002): Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients, *British Journal of Clinical Psychology*, **41**, 259-270.
- Mortensen PB (2000): Urban-rural differences in the risk for schizophrenia, *International Journal of Mental Health*, **29**, 101-110.
- Mueser KT, Rosenburg SD, Goodman LA & Trumbetta SL (2002): Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model, *Schizophrenia Research*, **53**, 123-143.
- Mulder RT, Joyce PO, Sullivan PF, Bulick CM & Carter FA (1999): The relationship among three models of personality psychotherapy psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSO defences, *Psychological Medicine*, **29**(4), 943-951.
- Muller E, Schapowahl A & Seelander A (1984): Katamnestsche Erhebungen zur somato-psychosozialen Entwicklung in Kindheit und Jugend von Patienten mit monopolar depressiven und bipolar manischdepressiven Psychosen, *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, **36**, August 8, S, 480-488.
- Muller MJ (2002): Letter to the editors: overlap between emotional blunting, depression and extrapyramidal symptoms in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, **57**, 307-309.
- Müller P, Günther U & Lohmeyer J (1986): Behandlung und Verlauf schizophrener Psychosen über ein Jahrzehnt, *Nervenarzt*, **57**, 332-341.
- Muris P (2002): Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorder and depression in a normal adolescent sample, *Personality and Individual Differences*, **32**, 337-348.
- Murphy FC, Sahakian BJ, Rubinsztein JS, Michael A, Rogers RD, Robbins TW *et al.* (1999): Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression, *Psychological Medicine*, **29**, 1307-1321.
- Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendriz CT, Reid T & Jenny C (2002): *The APSAC handbook of child maltreatment*, 2^a ed., Newbury Park (California, USA), Sage Publications.
- Myin-Germeyns I, Krabendam L, Delespaul PAEG & van Os J (2003): Do life events have their effect on psychosis by influencing the emotional reactivity to daily life stress?, *Psychological Medicine*, **33**, 327-333.

- Myin-Germeys I, Peeters F, Havermans R, Nicolson NA, deVries MW, Delespaul P *et al.* (2003): Emotional reactivity to daily life stress in psychosis and affective disorder: an experience sampling study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **107**, 124-131.
- Myin-Germeys I, van Os J, Scharltz JE, Stone AA & Delespaul PA (2001): Emotional reactivity to daily life stress in psychosis, *Archives of General Psychiatry*, **58**(12), 1137-1144.
- Nayani TH & David AS (1996): The auditory hallucination: a phenomenological survey, *Psychological Medicine*, **26**(1), 179-192.
- Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J & Fochtmann LJ (2002): Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **70**(1), 246-251.
- Nesse RM (2000): Is depression an adaptation?, *Archives of General Psychiatry*, **57**, 14-20.
- Neuchterlein KH & Dawson ME (1984a): Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenia disorders, *Schizophrenia Bulletin*, **10**, 160-203.
- Neuchterlein KH *et al.* (2002): The structure of schizotypy: relationships between neurocognitive and personality disorder features in relatives of schizophrenic patients in the UCLA Family Study, *Schizophrenia Research*, **54**, 121-130.
- Newcomb MD & Bentler PM (1986): Loneliness and social support: a confirmatory hierarchical analysis, *Personality and Social Psychology Bulletin*, **12**(4), 520-525.
- Nordentoft N, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A *et al.* (2002): OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis, *British Journal of Psychiatry*, **181**(supl. 43), s98-s106.
- Norman RMG & Malla AK (1995): Prodromal symptoms of relapse in schizophrenia: a review, *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4), 527-539.
- Norman RMG, Townsend L & Malla AK (2001): Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients, *British Journal of Psychiatry*, **179**, 340-345.
- O'Connor LE, Berry JW, Weiss J & Gilbert P (2002): Guilt, fear, submission and empathy in depression, *Journal of Affective Disorders*, **71**, 19-27.

- Ognibene TC & Collins NL (1998): Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies, *Journal of Social and Personal Relationships*, **15**, 323-345.
- Oken RJ & Mcgeer PL (1995): Schizophrenia: a 100-year retrospective, *American Journal of Psychiatry*, **152**(11), 1692-1693.
- O'Leary D & Costello F (2001): Personality and outcome in depression: an 18-month prospective follow-up study, *Journal of Affective Disorders*, **63**, 67-78.
- Olin SS & Mednick SA (1996): Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly, *Schizophrenia Bulletin*, **22**, 223-240.
- Oliver N & Kuipers E (1996): Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers, *International Journal of Social Psychiatry*, **42**(2), 150-159.
- Osher Y, Cloninger CR & Belmaker RH (1996): TPQ in euthymic manic-depressive patients, *Journal of Psychiatric Research*, **30**, 353-357.
- Osher Y, Mandel B, Shapiro E & Belmaker RH (2000): Rorschach makers in offspring of manic-depressive patients, *Journal of Affective Disorders*, **59**, 231-236.
- Overall JE & Gorham DR (1962): The brief psychiatric rating scale, *Psychological Reports*, **10**, 799-812.
- Overholser JC & Adams DM (1997): Stressful life events and social support in depressed psychiatric inpatients. En TW Miller (ed): *Clinical disorders and stressful life events*, Madison (Wisconsin, USA), International Universities Press.
- Ozerdem A, Tunca Z & Kaya N (2001): The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic, *Journal of Affective Disorders*, **64**, 27-34.
- Padesky CA (1994): Schema change processes in cognitive therapy, *Clinical Psychology Psychotherapy*, **1**, 267-278.
- Pallanti S, Quercioli L & Pazzagli A (1997): Relapse in paranoid schizophrenic patients: a prospective study of stressful life events, P300 measures and coping, *American Journal of Psychiatry*, **154**(6), 792-798.
- Parker G (1983): Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression: a risk factor delineated, *Archives of General Psychiatry*, **40**, 956-960.
- Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D, Wilhem K & Mitchell P (2001): Rhe differential impact of age on the phenomenology of melancholia, *Psychological Medicine*, **31**, 1231-1236.

- Parker G, Roy K, Wilhem K, Mitchell P & Hadzi-Pavlovic D (2000): The nature of bipolar depression: implications for the definition of melancholia, *Journal of Affective Disorders*, **59**, 217-224.
- Parkes CM (1985): Bereavement, *British Journal of Psychiatry*, **146**, 11-17.
- Parkes CM & Weiss RS (1983): *Recovery from bereavement*, Nueva York, Basic Books.
- Parry G, Shapiro DA & Davies L (1989): Reliability of life-event ratings: a independent replication. En TW Miller (ed): *Clinical disorders and stressful life events*, Madison (Wisconsin, USA), International Universities Press, pp. 123-126.
- Pasquini P, Liotti G, Mazzotti E, Fassone G & Picardi A (2002): Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **105**(2), 110-116.
- Pataki CS & Carlson GA (1992): Bipolar disorders: clinical manifestations, differential diagnosis and treatment. En M Shaffi & SL Shaffi (eds): *Clinical guide t depression in children and adolescents*, Washington (District of Columbia, USA), American Psychiatric Publishing.
- Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R & Maughan B (1994): Personality disorder and the mental representation of early social experience, *Development and Psychopathology*, **6**, 375-388.
- Patterson C, Birchwood M, Cochrane R (2000): Preventing the entrenchment of high expressed emotion in first episode psychosis: early developmental attachment pathways, *Australian and New Zealand Journal f Psychiatry*, **34**, S191-S197.
- Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J & Baroker A (1995): Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression, *Psychological Medicine*, **25**(6), 1171-1180.
- Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R *et al.* (1999): Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial, *Archives of General Psychiatry*, **56**(9), 829-835.
- Pearce JW & Pezzot-Pearce TD (1994): Attachment theory and its implications for psychotherapy with maltreated children, *Childhood Abuse and Neglect*, **18**(5), 425-438.
- Pearlin LI (1985): Social structure and processes of social support. En S Cohen & SL Syme (eds): *Social support and health*, Orlando (Florida, USA), Academic Press.
- Pearlman L (1998): Trauma and the self: a theoretical and clinical perspective, *Journal of Emotional Abuse*, **1**, 7-25.

- Pencer A, Addington J & Addington D (2005): Outcome of a first episode of psychosis in adolescence: a 2-year follow-up, *Psychiatry Research*, **133**(1), 35-43.
- Penn DL & Mueser KT (1996): Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, **153**(5), 607-617.
- Peralta V & Cuesta MJ (2003): Cycloid psychosis: a clinical and nosological study, *Psychological Medicine*, **33**, 443-453.
- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E *et al.* (1999): Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder, *British Journal of Psychiatry*, **175**, 56-62.
- Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E & Limb K (1999): Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment, *British Medical Journal*, **318**, 149-153.
- Persons JB (1989): *Cognitive therapy in practice: a case formulation approach*, Nueva York, Norton.
- Pevalin DJ & Goldberg DP (2003): Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness, *Psychological Medicine*, **33**, 299-306.
- Peven DE & Shulman BH (1983): The psychodynamics of bipolar affective disorder: some empirical findings and their implications for cognitive therapy, *Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, **39**(1), 2-16.
- Pharoah FM, Mari JJ & Streiner DL (1999): Family intervention for schizophrenia, *Cochrane Review*, **4**.
- Pickup GJ & Frith CD (2001): Schizotypy, theory of mind and weak central coherence, *Schizophrenia Research*, **49**(1-2 suppl.), 118.
- Pilkonis PA, Feldman H, Himmelhoch J & Cornes C (1980): Social anxiety and psychiatric diagnosis, *Journal of Nervous Mental Disorders*, **168**(1), 13-18.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G *et al.* (2002): Psychological treatments in schizophrenia, I: meta-analysis of family intervention and cognitive behavioural therapy, *Psychological Medicine*, **32**(5), 763-782.
- Pinto A, La-Pia S, Mennella R, Giorgio D & DeSimone L (1999): Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia, *Psychiatric Services*, **50**(7), 901-904.

- Pitschel-Waltz G, Baeuml J & Kissling W (1998): Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen – Ergebnisse der Muenchner PIP-Studie, *Schizophrenie*, **8**.
- Pitschel-Waltz G, Leucht S, Baeuml J, Kissling W & Engel RR (2001): The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, **27**(1), 73-92.
- Pollack LE (1999): Why the cycle in a cyclical psychosis? An analytic contribution to the understanding of recurrent manic-depressive psychosis, *Allied Nursing Research*, **12**, 143-152.
- Pollack LE & Cramer RD (1999): Patient satisfaction with models of group therapy for people hospitalized with bipolar disorder, *Allied Nursing Research*, **12**(3), 143-152.
- Pollock HM, Malzberg B & Fuller RG (1939): *Hereditary and environmental factors in the causation of manic-depressive psychoses and dementia praecox*, Utica (New York, USA), State Hospitals Press.
- Pollock LR & Williams JMG (2004): Problem-solving in suicide attempts, *Psychological Medicine*, **34**, 163-167.
- Posner CM, Wilson KG, Kral MJ, Lander S & McIlwraith RD (1992): Family psychoeducational support groups in schizophrenia, *American Journal of Orthopsychiatry*, **62**(2), 206-218.
- Posternak MA & Miller I (2001): Untreated short-term course of major depression: a meta-analysis of outcomes from studies using waiting list control groups, *Journal of Affective Disorders*, **66**, 139-146.
- Power M & Dalgliesh T (1997): *Cognition and emotion*, Hove, Psychology Press.
- Power PJR, Bell RJ, Mills T, Herrman-Doig M, Davern M, Henry L *et al.* (2003): Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **37**, 414-420.
- Preda A, Madlener A & Hetherington P (1998): Premature polysycho-pharmacology, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **37**(4), 348-349.
- Preda A, Miller TJ, Rosen JL, Somjee L, McGlashan TH & Woods SW (2002): Treatment histories of patients with a syndrome putatively prodromal to schizophrenia, *Psychiatric Services*, **53**(3), 342-344.
- Priebe S, Broker M & Gunkel S (1998): Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients, *Comprehensive Psychiatry*, **39**, 220-224.

- Provencher HL & Fincham FD (2000): Attributions of causality, responsibility and blame for positive and negative symptom behaviours in caregivers of persons with schizophrenia, *Psychological Medicine*, **30**, 899-910.
- Quinlan DM, Glazer W, Schuldber D & Morgenstern H (1995): Positive and negative symptom course in chronic community-based patients: a two-year prospective study, *British Journal of Psychiatry*, **166**(5), 634-641.
- Quraishi S & Frangou S (2002): Neuropsychology of bipolar disorder: a review, *Journal of Affective Disorders*, **72**(3), 209-226.
- Rabiner CJ, Wegner JT & Kane JM (1986): Outcome study of first episode psychosis, *American Journal of Psychiatry*, **143**(9), 1155-1158.
- Rae MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S & Mintz J (2003): Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **71**(3), 482-492.
- Raja M & Azzoni A (2004): Clinical management of obsessive-compulsive disorder comorbidity: a case series, *Bipolar Disorder*, **6**, 264-270.
- Ramana R & Bebbington P (1995): Social influences on bipolar affective disorders, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **30**, 152-160.
- Randall F, Corcoran R, Day JC & Bentall RP (2003): Attention, theory of mind and causal attributions in people with persecutory delusions: a preliminary investigation, *Cognitive Neuropsychiatry*, **8**(4), 287-294.
- Randolph EA, Eth S, Glynn SM, Paz GG, Leong GB, Shaner AL *et al.* (1984): Behavioral family management in schizophrenia: outcome of a clinic-based intervention, *British Journal of Psychiatry*, **164**, 501-506.
- Rasanen P, Tiihonen J & Hakko H (1998): The incidence and onset-age of hospitalized bipolar affective disorder in Finland, *Journal of Affective Disorders*, **48**, 63-68.
- Rathod S, Kingdon D, Smith P & Turkington D (2005): Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics data on a previously published randomised controlled trial, *Schizophrenia Research*, **74**, 211-219.
- Read J, Agar K, Argyle N & Aderhold V (2003): Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder, *Psychological Psychotherapy*, **76**(Pt 1), 1-22.

- Read J, Goodman L, Morrison A *et al.* (2004): Childhood trauma, loss and stress. En J Read, L Mosher & R Bentall (eds): *Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia*, Hove, Brunner-Routledge, pp. 223-252.
- Rector NA, Seeman MV, & Segal ZV (2002): Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial, *Schizophrenia Research*, **63**, 1-11.
- Remschmidt H (2001): Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder: evidence from child psychiatry, *Journal of Neural Transmission*, **109**, 101-117.
- Resick PA & Schnicke MK (1993): *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*, Newbury Park (California, USA), Sage Publications.
- Rijsdijk FV, Scham PC, Sterne A, Purcell S, McGuffin P, Farmer A *et al.* (2001): Life events and depression in a community sample of siblings, *Psychological Medicine*, **31**, 401-410.
- Roberts G (1991): Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality?, *British Journal of Psychiatry*, **159**(14), 19-28.
- Roberts RE, Chen Y-W & Solovitz BL (1995): Symptoms of DSM-III-R major depression among Anglo, African and Mexican American adolescents, *Journal of Affective Disorders*, **36**, 1-9.
- Robinson DG, Woerner MG, Alvir JMJ, Bilder RM, Hinrichsen GA & Lieberman JA (2002): Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder, *Schizophrenia Research*, **57**, 209-219.
- Robinson DG, Woerner MG, Alvir JMJ, Geisler S, Koreen A, Sheitman B *et al.* (1999): Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder, *American Journal of Psychiatry*, **156**(4), 544-549.
- Robinson EAR (1996): Causal attributions about mental illness: relationship to family functioning, *American Journal of Orthopsychiatry*, **66**, 282-295.
- Roder V, Brenner HD, Muller D, Lachler M, Zorn P, Reisch T *et al.* (2002): Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **105**, 363-371.
- Romans SE & McPherson HM (1992): The social networks of bipolar affective disorder patients, *Journal of Affective Disorders*, **25**, 221-228.

- Romans-Clarkson SE & McPherson HM (1991): The social networks of bipolar affective disorder patients, *Biological Psychiatry*, **29**, 308S.
- Romme MAJ & Escher ADMAC (1989): Hearing voices, *Schizophrenia Bulletin*, **15**(2), 209-216.
- Rooke O & Birchwood M (1998): Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: a prospective study of depressed and non-depressed patients, *British Journal of Clinical Psychology*, **37**, 259-268.
- Rosenberg M (1965): *Society and the adolescent self-image*, Princeton (New Jersey, USA), Princeton University Press.
- Rosenfarb IS, Becker J & Khan A (1994): Perceptions of parental and peer attachments by women with mood disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, **103**(4), 637-644.
- Rosenfarb IS, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Harmon L, Neuchterlein KH & Rea MM (2001): Family transactions and relapse in bipolar disorder, *Family Process*, **40**(1), 5-14.
- Rosenstein DS & Horowitz HA (1996): Adolescent attachment and psychopathology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 244-253.
- Ross CA, Anderson G & Clark P (1994): Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia, *Hospital and Community Psychiatry*, **45**, 489-491.
- Rossi A, Daneluzzo E, Arduini L, Domenico M Di, Stratta P & Petruzzii C (2000): Cognitive symptoms of mania in pure and mixed episodes evaluated with the positive and negative syndrome scale, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **250**, 254-256.
- Rossler W, Haug H-J & Munk-Jorgensen P (2002): The psychosocial basis of schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**(supl. 407), 5.
- Roth D, Coles ME & Heimberg RG (2002): The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood, *Journal of Anxiety Disorders*, **16**, 149-164.
- Rothbart MK, Derryberry D & Heshey K (2000): Stability of temperament in childhood: laboratory infant assessment to parent report at seven years. En VJ Molfese & DL Molfese (eds): *Temperament and personality development across the life span*, Mahwah (New Jersey, USA), Erlbaum, pp. 85-119.
- Rothbart MK, Derryberry D & Posner MI (1994): A psychobiological approach to the development of temperament. En JE Bates & TD Wachs (eds): *Temperament: individual differences at the interface of bio-*

- logy and behavior*, Washington (District of Columbia, USA), American Psychological Association, pp. 83-116.
- Ro-Trock GK, Wellisch DK, Schoolar JC (1977): A family therapy outcome study in an inpatient setting, *American Journal of Orthopsychiatry*, **47**(3), 514-522.
- Roy A, Thompson R & Kennedy S (1983): Depression in chronic schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **142**, 465-470.
- Rund BR, Melle I, Friis S, Larsen TK, Midboe LJ, Opjordsmoen S *et al.* (2004): Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated symptoms, *American Journal of Psychiatry*, **161**, 466-472.
- Rutter M (2000): Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En JP Shonkoff & SJ Meisels (eds): *Handbook of early childhood intervention*, 2ª ed., Nueva York, Cambridge University Press, pp. 651-682.
- Salkovskis PM, Atha C & Storer D (1990): Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, **157**, 871-876.
- Sandberg S, Rutter M, Giles S, Owen A, Champion L, Nicholls J *et al.* (1993): Assessment of psychosocial experiences in childhood: methodological issues and some illustrative findings, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**(6), 879-897.
- Sandler IN & Ramsay IN (1980): Dimensional analysis of children's stressful life events, *American Journal of Community Psychology*, **8**(3), 285-302.
- Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R & Davis AS (1998): A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables, *Psychological Medicine*, **28**(2), 437-446.
- Sarason BR, Pierce GR & Sarason IG (1990): Social support: the sense of acceptance and the role of relationships. En BR Sarason, IG Sarason & GR Pierce (eds): *Social support: an interactional view*, Nueva York, John Wiley & Sons.
- Sarason BR, Pierce GR, Shearin EN, Sarason IG, Waltz JA & Poppe L (1991): Perceived social support and working models of self and actual others, *Journal of Personality and Social Psychology*, **60**, 273-287.
- Sato T, Narita T, Hirano S, Kusunoli K, Sakado K & Uehara T (2001): Is interpersonal sensitivity specific to non-melancholic depressions? *Journal of Affective Disorders*, **64**, 133-144.

- Sax KW, Strakowski SM, Keck PE, McElroy SL, West SA, Bourne ML *et al.* (1997): Comparison of patients with early-, typical-, and late-onset affective psychosis, *American Journal of Psychiatry*, **154**, 1299-1301.
- Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G *et al.* (1993): Dissociative disorders in psychiatric inpatients, *American Journal of Psychiatry*, **150**, 1037-1042..
- Scazufca M & Kuipers E (1996): Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **168**(5), 580-587.
- Scheller-Gilkey G, Moynes K, Cooper I, Kant C & Miller AH (2004): Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse, *Schizophrenia Research*, **69**, 67-74.
- Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H & Angermeyer MC (2003): Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **107**, 142-150.
- Schuster TL, Kessler RC & Aseltine RH (1990): Supportive interactions, negative interactions and depressed mood, *American Journal of Community Psychology*, **18**, 423-438.
- Schwannauer M (1997): Social networks, social support and expressed emotion significance of psychosocial factors in the long-term community care of patients with schizophrenia and major depression. Tesis doctoral, Philipps-University, Marburg, Alemania.
- Scott J, Cole A & Eccleston D (1991): Dealing with persisting abnormalities of mood, *International Review of Psychiatry*, **3**, 19-33.
- Scott J, Stanton B, Garland A & Ferrier IN (2000): Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder, *Psychological Medicine*, **30**, 467-472.
- Scott WCM (1963): The psychoanalytic treatment of mania, *Psychiatric Research Reports*, **17**, 84-90.
- Segal ZV (1988): Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression, *Psychological Bulletin*, **103**, 147-162.
- Segal ZV, Pearson JL & Thase ME (2003): Challenges in preventing relapse in major depression: report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression, *Journal of Affective Disorders*, **77**, 97-108.
- Segrin C (2000): Social skills deficits associated with depression, *Clinical Psychology Review*, **20**(3), 379-403.

- Sedlitz L, Conwell Y, Duberstasin P, Cox C & Denning D (2001): Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters, *Journal of Affective Disorders*, **66**, 123-131.
- Seidman LJ, Kremen WS, Koren D, Faraone SV, Goldstein JM & Tsuang MT (2002): A comparative profile analysis of neuropsychological function in patients with schizophrenia and bipolar psychoses, *Schizophrenia Research*, **53**(1-2), 31-44.
- Seligman MEP, Schulman P & DeRuibes RJ (2002): The prevention of depression and anxiety, *Prevention and Treatment*, **2**, artículo 8 (publicación electrónica).
- Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier N, Quinn J, Mainwaring J & Lewis S (2001): Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **104**, 346-355.
- Sellwood W, Tarrier N, Quinn J & Barrowclough C (2003): The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives knowledge and expressed emotion, *Psychological Medicine*, **33**, 91-96.
- Selten JP, Gernaat H, Nolen WA, Wiersma D & Van den Bosch RJ (1998): Experience of negative symptoms: comparison of schizophrenic patients to patients with a depressive disorder and to normal subjects, *American Journal of Psychiatry*, **155**, 350-354.
- Selten JP, Patino LR, Van Engeland H, Duyx JH, Kahn RS & Burger H (2005): Migration, family dysfunction and psychotic symptoms in children and adolescents, *British Journal of Psychiatry*, **186**, 442-443.
- Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenie W *et al*, (2001): Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands, *British Journal of Psychiatry*, **178**, 367-376.
- Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Siddle R *et al*. (2000): A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication, *Archives of General Psychiatry*, **57**, 165-172.
- Shahar G, Trower P, Iqbal Z, Birchwood M, Davidson L & Chadwick P (2004): The person in recovery from acute and severe psychosis: the role of dependency, self-criticism, and efficacy, *American Journal of Orthopsychiatry*, **74**, 480-488.
- Shapiro DA, Rees A, Barkman M & Hardy G (1995): Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after

- cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **63**(3), 378-387.
- Shapiro J, Sank LI, Sank C, Shaffer CS & Donovan DC (1982): Cost effectiveness of individual vs group cognitive-behavior therapy for problems of depression and anxiety in an HMO population, *Journal of Clinical Psychology*, **38**(3), 674-677.
- Sharma V, Khan M & Smith A (2005): A closer look at treatment resistant depression: is it due to a bipolar diathesis? *Journal of Affective Disorders*, **84**, 251-257.
- Shaver PR & Brennan KA (1992): Attachments styles and the "Big Five" personality traits: their connections with each other and with romantic relationship outcomes, *Personality and Social Psychology Bulletin*, **18**(5), 536-545.
- Shaw K, McFarlane A & Bookless C (1997): The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **185**(7), 434-441.
- Shaw K, McFarlane A, Bookless C & Air T (2002): The aetiology of post-psychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode, *Journal of Traumatic Stress*, **15**, 39-47.
- Shaw M & Singh SP (2004): Management of early-onset psychosis, *Current Opinions in Psychiatry*, **17**, 249-254.
- Sheri J & Kizer A (2002): Bipolar and unipolar depression: a comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors. En CL Hammen & IH Gotlib (eds): *Handbook of depression*, Nueva York, Guilford Press, pp. 141-165.
- Sherrington JM, Hawton K, Fagg J, Andrew B & Smith D (2001): Outcome of women admitted to hospital for depressive illness: factors in the prognosis of severe depression, *Psychological Medicine*, **31**, 115-125.
- Siegel DJ (1999): *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*, Nueva York, Guilford Press.
- Simoneau TL, Miklowitz DJ & Saleem R (1998): Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients, *Journal of Abnormal Psychology*, **107**, 497-507.
- Skeate A, Jackson C, Birchwood M & Jones C (2002): Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis, *British Journal of Psychiatry*, **181**(supl. 43), s73-s77.
- Slade A, Belsky J, Aber JL & Phelps JL (1999): Mothers' representations of their relationships with their toddlers: links to adult attachment and observed mothering, *Developmental Psychology*, **35**, 611-619.

- Sloman L, Gilbert P & Hasey G (2003): Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression, *Journal of Affective Disorders*, **74**(2), 107-121.
- Smith TE, Hull J, Romanelli S, Fertuch E & Weiss KA (1999): Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients, *American Journal of Psychiatry*, **156**(11), 1817-1818.
- Soares CN & Almeida OP (2001): Depression during the perimenopause, *Archive of General Psychiatry*, **58**(3), 306.
- Solomon DA, Ristow R, Keller MB, Kane JM, Gelenberg AJ, Rosenbaum JF *et al.* (1996): Serum lithium levels and psychosocial function in patients with bipolar I disorder, *American Journal of Psychiatry*, **153**, 1301-1307.
- Solomon P & Draine J (1995): Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation, *American Journal of Orthopsychiatry*, **65**(3), 419-427.
- Somnath CP, Reddy YCJ & Jain S (2002): Is there a familial overlap between schizophrenia and bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, **72**, 243-247.
- Sourander A, Helstela L, Haavisto A & Bergroth L (2001): Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study, *Journal of Affective Disorders*, **63**, 59-66.
- Spangler DL, Simons AD & Monroe SM (1997): Response to cognitive-behavioral therapy in depression: effects of pretreatment cognitive dysfunction and life stress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 568-575.
- Spanier C, Fank E, McEachran AB, Grochocinski VJ & Kupfer DJ (1996): The prophylaxis of depressive episodes in recurrent depression following discontinuation of drug therapy: integrating psychological and biological factors, *Psychological Medicine*, **26**(3), 461-476.
- Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen HU & van Os J (2004a): Does urbanicity shift the population expression of psychosis? *Journal of Psychiatric Research*, **38**(6), 613-618.
- Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen HU & van Os J (2004b): Early maternal stress and health behaviours and offspring expression of psychosis in adolescence, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **110**(5), 356-364.
- Spencer JH, Glick ID, Haas GL, Clarkin JF, Lewis AB, Peyser J *et al.* (1988): A randomised clinical trial of inpatient family intervention, III: the effects at 6-month and 18-month follow-ups, *American Journal of Psychiatry*, **145**(9), 1115-1121.

- Spiegel D & Wissler T (1987): Using family consultation as psychiatric aftercare for schizophrenic patients, *Hospital and Community Psychiatry*, **38**(10), 1096-1099.
- Spielberger CD, Gorsuch RL & Lushene RE (1968): *The state-trait anxiety inventory (STAI): test manual for form X*, Palo Alto (California, USA), Consulting Psychologists Press.
- Squire LR (1992): Memory and the hippocampus: a synthesis from findings with rats, monkeys and humans, *Psychological Review*, **99**(2), 195-231.
- Sroufe LA (1996): *Emotional development: the organisation of emotional life in the early years*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Stafanis NC *et al.* (2002): Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population, *Psychological Medicine*, **32**, 347-358.
- Staner L, Tracy A, Dramaix M, Genevrais C, Vanderelst M, Vilane A *et al.* (1997): Clinical and psychosocial predictors of recurrence in recovered bipolar and unipolar depressives: a one-year controlled prospective study, *Psychiatry Research*, **69**, 39-51.
- Stark KD, Humphrey LL, Laurent J, Livingston R & Christopher J (1993): Cognitive, behavioral and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **61**, 878-886.
- Stark KD, Rouse LW & Livingston R (1991): Treatment of depression during childhood and adolescence: cognitive-behavioral procedures for the individual and family. En P Kendall (ed): *Child and adolescent therapy*, Nueva York, Guilford Press, pp. 165-206.
- Startup M (1996): Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship, *Psychological Medicine*, **26**(6), 1277-1281.
- Startup M (1999): Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: relationships among self-report measures, *British Journal of Clinical Psychology*, **38**, 333-344.
- Startup M, Jackson MC & Bendix S (2004): North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months, *Psychological Medicine*, **34**, 413-422.
- Steel C, Fowler D & Holmes EA (2005): Trauma related intrusions in psychosis: an information processing account, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **33**(2), 139-152.

- Steel C, Hemsley DR & Pickering AD (2002): Distractor cueing effects on choice reaction time and their relationship with schizotypal personality, *British Journal of Clinical Psychology*, **41**(2), 143-156.
- Stefos G, Bauwens F, Staner L, Pardoën D & Mendlewicz J (1996): Psychosocial predictors of major affective recurrences in bipolar disorder: a 4-year longitudinal study of patients on prophylactic treatment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **93**, 420-426.
- Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N *et al.* (1993): Expressed emotion and schizophrenia: the ontogeny of EE during an 18-month follow-up, *Psychological Medicine*, **23**, 771-778.
- Strauss J (2000): The interactive development model revisited, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**(supl. 407), 19-25.
- Strober M, Schmidt-Lackner S, Freeman R, Bower S, Lampert C & DeAntonio M (1995): Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 724-731.
- Strober MA (1996): Outcome studies of mania in children and adolescents. En KI Shulman, M Tohen *et al.* (eds): *Mood disorders across the life-span*, Nueva York, Wiley-Liss.
- Stuart S & Robertson M (2003): *Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide*, Londres, Edward Arnold.
- Styron T & Janoff-Bulman R (1997): Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression and conflict resolution, *Child Abuse and Neglect*, **21**, 1015-1023.
- Subotnik KL & Neuchterlein KH (1988): Prodromal signs and symptoms of schizophrenic relapse, *Journal of Abnormal Psychology*, **97**, 405-412.
- Subotnik KL, Neuchterlein KH, Ventura J, Green MF & Hwang SS (1998): Prediction of the deficit syndrome from initial deficit symptoms in the early course of schizophrenia, *Psychiatry Research*, **80**(1), 53-59.
- Sullivan HS (1962): *Schizophrenia as a human process*, Oxford, Norton.
- Sundquist K, Frank G & Sundquist J (2004): Urbanisation and incidence of psychosis and depression, *British Journal of Psychiatry*, **184**, 293-298.
- Sutherland S (1998): Cognitive therapies. En *Breakdown: a personal crisis and a medical dilemma*, 2^a ed., Nueva York, Oxford University Press.
- Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM & Moeller FG (2003): Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, **73**, 105-111.

- Swartz HA & Frank E (2001): Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy?, *Bipolar Disorders*, **3**, 11-22.
- Swendsen J, Hammen C, Heller T & Gitlin M (1995): Correlates of stress reactivity in patients with bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, **152**, 795-797.
- Swendson JD & Merikangas KR (2000): The comorbidity of depression and substance abuse disorders, *Clinical Psychology Review*, **20**(2), 173-189.
- Tai S, Haddock G & Bentall R (2004): The effects of emotional salience on thought disorder in patients with bipolar affective disorder, *Psychological Medicine*, **34**, 803-809.
- Tait L, Birchwood M & Trower P (2002): A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services, *Journal of Mental Health*, **11**, 191-198.
- Tait L, Birchwood M & Trower P (2003): Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style, *British Journal of Psychiatry*, **182**, 123-128.
- Tait L, Birchwood M & Trower P (2004): Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies, *British Journal of Psychiatry*, **185**(5), 410-415.
- Tam W-CC, Sewell KW & Deng H-C (1998): Information processing in schizophrenia and bipolar disorder: a discriminant analysis, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **186**(10), 597-603.
- Tanna VL (1974): Paranoid states: a selected review, *Comprehensive Psychiatry*, **15**(6), 453-470.
- Tarrier N (2005): Cognitive behaviour therapy for psychotic disorders: current issues and future developments, *Clinical Psychology, Science and Practice*, **12**(1), 51-56.
- Tarrier N, Barrowclough C & Bamrah JS (1991): Prodromal signs of relapse in schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **26**(4), 157-161.
- Tarrier N, Barrowclough C, Haddock G & McGovern J (1999): The dissemination of innovative cognitive-behavioural psychosocial treatments for schizophrenia, *Journal of Mental Health*, **8**, 569-582.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S *et al.* (1989): Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioural intervention with families, *British Journal of Psychiatry*, **154**, 625-628.

- Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L & Ugarteburu I (1993): A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome, *British Journal of Psychiatry*, **162**, 524-532.
- Tarrier N, Haddock G, Morrison AP, Hopkins R, Drake R & Lewis S (1999): A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **34**(5), 254-258.
- Tarrier N, Harwood S, Yusupoff L, Beckett R & Baker A (1990): Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms, *Behavioural Psychotherapy*, **18**(4), 283-293.
- Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P *et al.* (2004): Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **184**, 231-239.
- Tarrier N & Turpin G (1992): Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse, *British Journal of Psychiatry*, **161**, 3-11.
- Tavares JVT, Drevets WC & Sahakian BJ (2003): Cognition in mania and depression, *Psychological Medicine*, **33**, 959-967.
- Teasdale JD & Barnard PJ (1993): *Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought*, Hove, Erlbaum.
- Teixeira MA (1992): Psychoanalytic theory and therapy in the treatment of manic-depressive disorders, *Psychoanalysis and Psychotherapy*, **11**(2), 162-177.
- Telles C, Karno M, Mintz J, Paz G, Arias M, Tucker D *et al.* (1995): Immigrant families coping with schizophrenia: behavioral family intervention v. case management with a low-income Spanish-speaking population, *British Journal of Psychiatry*, **167**, 473-479.
- Thase ME, Friedman ES, Berman SR, Fasiczka AL, Lis JA, Howland RH *et al.* (2000): Is cognitive behavior therapy just a "nonspecific" intervention for depression? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with behavior therapy or supportive counselling and pill placebo, *Journal of Affective Disorders*, **57**, 63-71.
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, Pilonis PA, Hurley K *et al.* (1997): treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations, *Archives of General Psychiatry*, **54**, 1009-1015.
- Thompson KN, Conus PO, Ward JL, Phillips LJ, Koutsogiannis J, Leicester S *et al.* (2003): The initial prodrome to bipolar affective disorder: prospective case studies, *Journal of Affective Disorders*, **77**, 79-85.

- Thurm I & Haefner H (1987): Perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia: an explorative study, *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, **237**, 46-53.
- Tohen M, Zarate CA, Hennen J, Khalsa H-MK, Strakowski SM, Gebre-Medhin P *et al.* (2003): The McLean first-episode mania study: prediction of recovery and first recurrence, *American Journal of Psychiatry*, **160**(12), 2099-2121.
- Torgersen S, Edvardsen J, Oien PA, Onstad S, Skre I, Lygren S *et al.* (2002): Schizotypal personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum, *Schizophrenia Research*, **54**, 33-38.
- Torrey EF (1999): Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder, *Schizophrenia Research*, **39**, 101-106.
- Tracey TJ & Kokotovic AM (1989): Factor structure of the Working Alliance Inventory, *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1**, 207-210.
- Trauer P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A & Ross K (2004): Cognitive therapy in severely mentally ill clients treated in the community, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**, 211-216.
- Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A & Ross K (2004): Cognitive therapy for command hallucinations: RCT, *British Journal of Psychiatry*, **184**, 312-320.
- Trower P & Chadwick P (1995): Pathways to defense of the self: a theory of two types of paranoia, *Clinical Psychology: Science and Practice*, **2**, 263-278.
- Tsuang MT, Stone WS, Tarbox SI & Faraone SV (2002): An integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implications for research on treatment and prevention, *Schizophrenia Research*, **54**, 169-175.
- Tsuchiya KJ, Agerbo E, Byrne M & Mortensen PB (2004): Higher socio-economic status of parents may increase risk for bipolar disorder in the offspring, *Psychological Medicine*, **34**, 787-793.
- Turkington D & Kingdon D (2000): Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses, *British Journal of Psychiatry*, **177**, 101-106.
- Turkington D, Kingdon D, Turner T *et al.* (2002): Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, **180**, 523-527.
- Valbak K, Koster A, Larsen KA, Nielsen JR & Norrie B (2003): The Danish national multicenter schizophrenia project: assessment of psycho-

- tic patients for dynamic psychotherapy (APPP), *Nordic Journal of Psychiatry*, **57**(5), 333-338.
- Valevski A, Ratzoni G, Sever J, Apter A, Zalsman G, Shiloh R *et al.* (2001): Stability of diagnosis: a 20-year retrospective cohort study of Israeli psychiatric adolescent inpatients, *Journal of Adolescence*, **24**, 625-633.
- van der Kolk BA, McFarlane AC & Weisaeth L (1996): *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, Nueva York, Guilford Press.
- Vanderlinden J, Vandereycken W, van Dyck R & Vertommen H (1993): Dissociative experiences and trauma in eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, **13**, 187-193.
- van Os J (2004): Does the urban environment cause psychosis?, *British Journal of Psychiatry*, **184**, 287-288.
- van Os J, Gilvarry C, Bale R, van Horn E, Tattan T, White I *et al.* (1999): A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis, *Psychological Medicine*, **29**, 595-606.
- van Os J & Jones PB (2001): Neuroticism as a risk factor for schizophrenia, *Psychological Medicine*, **31**, 1129-1134.
- van Os J, Jones P, Lewis G, Wadsworth M & Murray R (1997): Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort, *Archive of General Psychiatry*, **54**, 625-631.
- van Os J, Jones P, Sham P, Bebbington P & Murray RM (1998): Risk factors for onset and persistence of psychosis: social support, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**, 596-605.
- van Os J, Pedersen CB & Mortensen PB (2004): Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis, *American Journal of Psychiatry*, **161**(12), 2312-2314.
- van't Wout M, Aleman A, Kessels RPC, Laroi F & Kahn RS (2004): Emotional processing in a non-clinical psychosis-prone sample, *Schizophrenia Research*, **68**(2-3), 271-281.
- Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczyński A, Fox A & Tarrier N (1992): The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27**(1), 16-21.
- Vazquez-Barquero JL, Cuesta MJ, Castanedo SH, Lastra I & Herran A (1999): Cantabria first-episode schizophrenia study: three-year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, **174**, 141-149.

- Veen ND, Selten JP, Van der Tweel I, Feller W, Hoek HW & Kahn RS (2004): Cannabis use and age at onset of schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, **161**, 501-506.
- Ventura J, Lukoff D, Snyder K & Neuchterlein KH (1984): Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, **10**(2), 258-292.
- Ventura J, Neuchterlein KH, Subotnik KL, Green MF & Gitlin MJ (2004): Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia, *Schizophrenia Research*, **69**, 343-352.
- Wallace JL & Vaux A (1993): Social support network orientation: the role of adult attachment style, *Journal of Social and Clinical Psychology*, **12**, 354-365.
- Walsh J & Connelly PR (1996): Supportive behaviors in natural support networks of people with serious mental illness, *Health and Social Work*, **21**(4), 296-303.
- Watanabe H, Takahashi T, Tonoike T, Suwa M & Akahori K (2003): Cenes-thopathy in adolescence, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **57**, 23-30.
- Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J & Albersheim L (2000): Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study, *Child Development*, **71**, 684-689.
- Watts FN, Powell GE & Austin SV (1973): The modification of abnormal beliefs, *British Journal of Medical Psychology*, **46**, 359-363.
- Wearden A, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR & Rahill AA (2000): A review of expressed emotion research in health care, *Clinical Psychology Review*, **20**, 633-666.
- Wegner DM (1994): Irony processes of mental control, *Psychological Review*, **101**, 34-52.
- Weiner B (1985): An attributional theory of achievement motivation and emotion, *Psychological Review*, **92**, 548-573.
- Weinfeld NS, Sroufe LA & Egeland B (2000): Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates, *Child Development*, **71**, 695-702.
- Weissman M, Markowitz JC & Klerman GL (2000): *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- Weller E & Weller R (2000): Treatment options in the management of adolescent depression, *Journal of Affective Disorders*, **61**, S23-S28.
- Weller EB, Weller RA & Fristad MA (1995): Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis and future directions, *Journal of Academy of the Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 709-714.

- Wells A (1997): *Cognitive therapy for anxiety disorders*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Wendel JS, Miklowitz DJ, Richards JA & George EL (2000): Expressed emotion and in the relatives of bipolar patients: an analysis of problem-solving interactions, *Journal of Abnormal Psychology*, **109**(4), 792-796.
- Wenzlaff RM & Wegner DM (2000): Thought suppression, *Annual Review of Psychology*, **51**, 59-91.
- Wenzlaff RM, Wegner DM & Klein SB (1991): The role of thought suppression in the bonding of thought and mood, *Journal of Personality and Social Psychology*, **60**, 500-508.
- Whitehead C, Moss S, Cardno A & Lewis G (2003): Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review, *Psychological Medicine*, **33**, 589-599.
- Whitehorn D, Lazier L & Kopala L (1998): Psychosocial rehabilitation early after the onset of psychosis, *Psychiatric Services*, **49**(9), 1135-1137.
- Wiersma D, Nienhuls FJ, Slooff CJ & Giel R (1998): Natural course of schizophrenic disorders: a 15 year follow-up of a Dutch incidence cohort, *Schizophrenia Bulletin*, **24**, 75-85.
- World Health Organisation (1979): *The international pilot study of schizophrenia*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Wulsin L, Bachop M & Hoffman D (1988): Group therapy in manic-depressive illness, *American Journal of Psychotherapy*, **42**, 263-271.
- Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J *et al.* (1994): Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, **165**(2), 239-247.
- Yildiz A & Sachs GS (2003): Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and in women, *Journal of Affective Disorders*, **74**(2), 197-201.
- Young JE (1994): *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach* (ed. rev.), Sarasota (Florida, USA), Professional Resource Press.
- Young JE, Klosk JS & Weishaar ME (2003): *Schema therapy: a practitioner's guide*, Nueva York, Guilford Press.
- Zahn-Waxler C, Mayfields A, Radke-Yarrow M, McKnew DH, Cytryn L & Davenport YB (1988): A follow-up investigation of offspring of parents with bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, **145**, 506-509.

- Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO & Frankenberg FR (1989): Childhood experiences of borderline patients, *Comprehensive Psychiatry*, **30**, 18-25.
- Zarate CA & Tohen M (1996): Outcome of mania in adults. En KI Shulman, M Tohen *et al.* (eds): *Mood disorders across the life-span*, Nueva York, Wiley-Liss.
- Zarate CA, Tohen M, Land M & Cavanagh S (2000): Functional impairment and cognition in bipolar disorder, *Psychiatric Quarterly*, **71**(4), 309-329.
- Zaretsky A (2003): Targeted Psychosocial interventions for bipolar disorder, *Bipolar Disorder*, **5**(supl. 2), 80-87.
- Zhang M, Wang M, Li J & Phillips MR (1994): Randomized-control trial of family intervention for 78 first episode of male schizophrenic patients: an 18 month study in Suzhou, Jiangsu, *British Journal of Psychiatry*, **165**(supl. 24), 19-27.
- Zisook S, McAdams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL *et al.* (1999): Depressive symptoms in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, **156**(11), 1736-1743.
- Zlotnick C, Kohn R, Keitner G & Della Grotta SA (2000): The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey, *Journal of Affective Disorders*, **59**(3), 205-215.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD, por Prescott Leky.
9. OBEEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD,
por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y
J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad,
por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray
Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.
BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y
Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y
D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS.
Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de RGM, S.A., en Urduliz,
el 20 de noviembre de 2008.

Representa un paso de gigante en el tratamiento de la esquizofrenia. Imprescindible para todos los profesionales de la salud mental que se ocupan de abordar este trastorno.

Aaron T. Beck, Universidad de Pennsylvania

A lo largo de la pasada década nuestra comprensión de la experiencia psicótica ha cambiado espectacularmente. Como parte integrante de este cambio, se ha venido desarrollando una amplia gama de modelos psicológicos para explicar los trastornos psicóticos junto con sus correspondientes tratamientos psicoterapéuticos asociados.

Andrew Gumley y Matthias Schwannauer exponen un marco de referencia para la recuperación y la vuelta a la normalidad, centrado en la adaptación emocional e interpersonal a la psicosis. El presente manual práctico abarca detalladamente todos los aspectos del proceso terapéutico de la terapia cognitivo-relacional, incluidos:

- adoptar una perspectiva evolutiva respecto de la búsqueda de ayuda y de la regulación afectiva.
- ayudar a la reorganización y adaptación de la persona después de la experiencia de una psicosis aguda.
- comprender y tratar las reacciones traumáticas a raíz de la experiencia psicótica.
- trabajar la sensación de humillación, paralización, pérdida, y el miedo a recaer.
- trabajar los esquemas cognitivos relacionales.
- desarrollar estrategias de afrontamiento dentro de un contexto relacional.

Los psicólogos clínicos, los psiquiatras y los profesionales de la salud mental comprobarán que este innovador manual de tratamiento constituye un valioso recurso para su labor con adultos y adolescentes.

ISBN: 978-84-330-2281-3



9 788433 022813

www.edescllee.com



biblioteca de psicología

