

Licenciada Bárbara Edith Chiderski

E- Mail: psichiderski@yahoo.com.ar

TERAPIA COGNITIVA: UN ABORDAJE POSIBLE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS IDEAS DELIRANTES

Resumen: En el presente artículo, se esboza la conceptualización de los delirios desde una perspectiva cognitiva. Asimismo, se delimitan algunas diferencias con respecto a la concepción psiquiátrica tradicional. Se presenta el modelo de Chadwick, Birchwood y Trower para el tratamiento de las ideas delirantes y se ejemplifica con un caso clínico.

Palabras clave: trastornos psicóticos- ideas delirantes- terapia cognitiva- modelo bio-psico-social

INTRODUCCION

En las últimas dos décadas, con el advenimiento de los antipsicóticos atípicos, se produjeron enormes avances en el tratamiento de los trastornos psicóticos. En lo que concierne al campo de las psicoterapias, y a la terapia cognitiva en particular, el mayor conocimiento de los procesos cognitivos normales y los resultados obtenidos en la aplicación de esta forma de psicoterapia a un espectro cada vez más amplio de trastornos clínicos, motivaron el interés por el desarrollo de nuevos abordajes psicoterapéuticos.

Actualmente, se cuenta con un número creciente de estudios clínicos controlados y randomizados que sugieren resultados alentadores para la utilización de la terapia cognitiva combinada con procedimientos farmacológicos en el tratamiento de los trastornos psicóticos (Tarrier y Haddock, 2002).

Existen varios modelos cognitivos de estos trastornos (Fowler y otros, 1995; Chadwick y otros, 1996; etc.). Otros abordajes para los que hay apoyo empírico sobre su eficacia clínica son la terapia familiar conductual, el entrenamiento en habilidades sociales (Lieberman, 1993) y la terapia personal (Hogarty, 2002).

La terapia cognitiva concibe a los trastornos psicóticos desde un modelo bio- psico- social de vulnerabilidad- estrés- habilidades de afrontamiento (Mueser, 1997). Este plantea que las tres variables que lo titulan funcionan como factores interactivos, que inciden en el origen, la gravedad y el curso de la esquizofrenia. De acuerdo al modelo, un óptimo tratamiento para la esquizofrenia incluiría dos modalidades de intervención (Hofmann y Tompson, 2002). Los procedimientos farmacológicos tendrían como blanco directo la vulnerabilidad biológica, en tanto que la psicoterapia operaría deliberadamente en los otros dos componentes.

Con suma frecuencia, las intervenciones farmacológicas facilitan la psicoterapia y viceversa. Por medio del tratamiento farmacológico, es posible reducir el número de pacientes hospitalizados; mejorar significativamente algunos de los síntomas de los trastornos psicóticos; facilitar el desarrollo de programas de rehabilitación y reducir el número de recaídas. A pesar de estas apreciables ventajas, cuenta con no menos evidentes limitaciones: sigue habiendo recaídas a pesar de mantener el tratamiento, hay síntomas que no responden, provocan reacciones adversas (las cuales pueden amenazar la adherencia al tratamiento) y hay aspectos del comportamiento que no mejoran.

Considero fundamental que tanto los pacientes como su entorno social más cercano tengan la posibilidad de *aprender* a enfrentarse con los problemas. A tal fin, la psicoterapia individual y la familiar se presentan como vías privilegiadas.

CONCEPCION DE LOS DELIRIOS EN TERAPIA COGNITIVA

El enfoque tradicional de la psiquiatría (Bleuler, 1911; Jaspers, 1913) conceptualizó los delirios en función de sus diferencias cualitativas con otras creencias. En la misma línea, se define en el DSM- IV la idea delirante del siguiente modo:

"Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto." (A.P.A, 1995, pág. 783)

La concepción de los delirios en terapia cognitiva difiere sustancialmente de la conceptualización psiquiátrica tradicional. En el enfoque cognitivo, las ideas delirantes:

1) No necesariamente son falsas. Por ejemplo: un individuo que cree correctamente que su pareja le es infiel, tendría una idea delirante de celos si no tuviera razones justificadas para realizar tal acusación (Brockington, 1991; citado por Jackson y Chadwick, 1997).

2) Más que basarse en inferencias incorrectas, representan un intento de explicar una experiencia anormal.

3) No necesariamente se mantienen con una convicción inquebrantable, sino que pueden variar en su grado de convicción.

4) Se ubican en un continuum dimensional con las creencias normales.

Estudios actuales sugieren que los sesgos cognitivos desempeñan un papel importante en la formación y mantenimiento de las ideas delirantes. Bentall (citado por Birchwood, 1995) menciona distintos tipos de sesgos cognitivos que operan en el mantenimiento de las ideas delirantes paranoides. Entre éstos se destacan la atención selectiva a la amenaza y la realización de atribuciones externas para los eventos negativos y de atribuciones internas para los eventos positivos (a la inversa del estilo atribucional depresivo).

TERAPIA COGNITIVA PARA LAS IDEAS DELIRANTES

Chadwick, Birchwood y Trower (1996) adaptaron la terapia cognitiva de Beck y de Ellis con el objeto de trabajar sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas. En el enfoque por ellos propuesto, terapeuta y paciente se manejan en una atmósfera de

empirismo colaborativo (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1983), evitando la confrontación directa y el uso de "etiquetas" como esquizofrenia, delirio, psicosis, etc.

A continuación, ilustraré los aspectos principales de este abordaje mediante su aplicación con un paciente internado en un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires, durante mi experiencia de rotación por Sala de Internación.

Caso Luis

El paciente tiene 42 años y transita su cuarta internación. Se desempeña como profesor de guitarra e integra una banda de rock. Está divorciado y tiene dos hijos con su ex mujer. Vive con su madre, con quien dice tener una buena relación. Su padre falleció hace diez años. Cursó hasta 6º año de la escuela secundaria, adeudando los últimos finales. No presenta ni presentó enfermedades clínicas relevantes.

Antecedentes personales: Refiere consumir marihuana desde los 17 años y cocaína desde los 23. Señala un período libre de consumo entre 1989 y 1997.

A los 25 años de edad, fue internado por primera vez durante cuatro meses. Presentó un síndrome delirante de tipo persecutorio, cuya aparición coincidió con un despido laboral. Al cabo de la internación, el cuadro remitió.

En 1994, se casó con su actual ex mujer y en 1995 nació su primera hija. Dos años después, en el curso del segundo embarazo, Luis tuvo otra descompensación, la cual motivó una internación de dos meses de duración. En esta oportunidad presentó simultáneamente síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia (alucinaciones auditivas e ideación delirante de tinte paranoide) y un episodio maníaco, de acuerdo al DSM-IV. El diagnóstico proporcionado por la médica tratante fue el de *Border paranoico*. Según afirma, ésta fue la primera vez que se descompensó sin estar consumiendo.

En el año 2002 sufrió una nueva descompensación, precedida por un súbito viaje que realizó a Brasil junto a un amigo para buscar trabajo. Fue reinternado y se le dio el alta por fuga en menos de un mes. En este año se separaron definitivamente con su mujer.

Episodio actual: Al preguntarle por el motivo de su internación, refiere con reticencia: "me trasladaron a este hospital por orden de una jueza, por contar la verdad". Respecto a esta verdad, afirma que tiene que ver con la noche porteña, tratantes de blancas y consumo de drogas. Comenta que poco tiempo antes de su internación, a raíz de tener problemas con su hermano, se fue de su casa. Estuvo sucesivamente en dos hoteles, de los cuales lo echaron por poner la música a un volumen excesivo a altas horas de la madrugada. Fue a buscar alojamiento a la casa de una amiga, quien le preparó una cama en el living. A los pocos minutos de acostarse, se dirigió a la cama de ella pues "era obvio que había onda, entonces ¿por qué demorarlo más?". Ante este hecho, su amiga se enfureció y lo despidió de su casa. "En ese momento no entendía nada, no sabía a dónde ir ni qué hacer, pero tenía la necesidad interna de moverme hacia algún lado. Tenía mi cabeza a mil y estaba terriblemente asustado. Entonces fui al hospital a pedir ayuda".

En el plano semiológico, durante el primer contacto con el paciente se destacó la hipotimia (¿producto de la medicación?), la aceleración del curso del pensamiento, la inquietud psicomotriz, la ausencia de alteraciones sensoperceptivas y la presencia de ideación delirante polimorfa de tipo paranoide, a predominio de mecanismo interpretativo.

Consideraciones diagnósticas: A través de sucesivas entrevistas entabladas con Luis y con sus familiares, se hizo posible inferir que el paciente habría presentado durante las seis semanas previas al momento de su internación, síntomas correspondientes al Criterio A para la esquizofrenia. En las últimas dos de estas seis semanas, se habrían sumado los correspondientes a un episodio maníaco. Luego, los síntomas psicóticos se prolongaron durante veinte días más (estando ya hospitalizado) en ausencia de síntomas afectivos marcados. Dos meses después de su externación, presentó sintomatología compatible con un episodio depresivo mayor. El diagnóstico presuntivo fue Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, en comorbilidad con Trastorno por abuso de sustancias (A.P.A, 1995).

Tratamiento: Durante su hospitalización, el paciente recibió tres modalidades de

tratamiento: psicoterapia individual de corte cognitivo- conductual, terapia familiar y tratamiento psiquiátrico. En las líneas siguientes, delimitaré los aspectos más relevantes que fueron trabajados en terapia individual, en el curso de los dos meses de internación.

En una primera fase del tratamiento, se puso énfasis en el establecimiento de la alianza terapéutica y en el relevamiento de información sobre la historia del paciente. Se lo alentó a participar de las distintas actividades del Servicio (reunión de convivencia, talleres artísticos, etc.). Gradualmente, se fue pasando de una escucha empática hacia un nivel de mayor estructuración de la terapia, en el que se procedió a la *evaluación de los delirios*.

Las ideas delirantes desplegadas por Luis incluyeron los siguientes contenidos:

- a) unos hombres abusaron sexualmente de él estando preso en Paraguay;
- b) tratantes de blancas le hicieron un daño con el objeto de impedirle sostener una erección;
- c) compañeros del colegio de su hija abusaron sexualmente de ella en el baño;
- d) posee una habilidad especial para interpretar lenguaje no verbal.

En el enfoque propuesto por Chadwick, Birchwood y Trower (1996) los delirios se enmarcan dentro del modelo ABC, tomado de la terapia racional emotivo- conductual de A. Ellis, con el fin de analizarlos y luego modificarlos. De acuerdo a este modelo, A representa los acontecimientos específicos en los que el paciente se sintió perturbado emocionalmente (acontecimientos activantes o antecedentes); B representa las creencias que desarrolla sobre A; en tanto que C representa las consecuencias emocionales y/o conductuales (resultantes de la interpretación que se hace de A).

Por medio del proceso de análisis, se diferencian los acontecimientos antecedentes (lo que realmente ocurrió y es un hecho) de las interpretaciones delirantes (inferencias a partir de A). De esta forma, se prepara el camino para el cambio cognitivo.

La creencia que el paciente sostuvo con mayor grado de convicción (100% al momento de la evaluación), fue la de haber sido abusado sexualmente por sujetos de sexo

masculino, estando preso en Paraguay. El grado de preocupación asociado a la misma, fue igualmente elevado. El análisis ABC reveló que en aquella oportunidad, en la que fue detenido por portación de drogas, pasó la noche en la comisaría. Al despertar, por la mañana, vio que su padre había llegado al lugar. Lo miró a los ojos y advirtió que estaban llenos de lágrimas (A). Entonces, a pesar de no conservar recuerdo alguno, concluyó que lo violaron (B). Luis consideraba que lo mismo podía ocurrirle en cualquier ocasión. En consecuencia, se resistía a dormir por la noche en el hospital (C).

La creencia de haber sido víctima de un daño provocado por tratantes de blancas (B), fue expresada con un 95% de convicción. Su origen se remontaba a una oportunidad en la cual no pudo sostener una erección, en el contexto de una relación sexual con una prostituta (A). Las emociones asociadas fueron ira y ansiedad (C).

La idea que tenía por contenido el abuso sexual de su hija (B), fue mantenida con un 90% de convicción durante la evaluación inicial. Refirió pensar en esta cuestión varias veces al día. El correlato emocional era una intensa angustia (C). Luis afirmó "saberlo" a partir de un viaje que realizó en taxi, en el cual observó detenidamente el modo en que el conductor movía la palanca de cambios (A). En ese mismo viaje, "descubrió" que tenía una habilidad especial para interpretar mensajes a partir de observaciones (B).

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se procedió a la *modificación de las ideas delirantes*. A tal fin, se trabajó con el paciente sobre el supuesto básico de la teoría cognitiva. Este propone que las emociones y las conductas no resultan de los hechos en si mismos, sino de la interpretación que se realiza de ellos. A partir de sucesos triviales tomados como ejemplo, ensayamos interpretaciones posibles. Se enfatizó que un mismo hecho puede admitir varias significaciones distintas.

En terapia cognitiva, los delirios son conceptualizados como inferencias, es decir, afirmaciones que pueden o no ser verdaderas. De este modo, la modificación de los mismos consiste en un proceso de análisis de las evidencias y de generación de un

marco de significado alternativo.

Siguiendo los lineamientos del modelo, a través de la terapia se procuró que el paciente:

1) reconociera al delirio como una creencia y no como un hecho objetivo;

2) advirtiera que el delirio representaba una reacción y un intento de dar sentido a su experiencia;

3) entendiera que muchos de los trastornos que sufría estaban ligados al delirio y, por lo tanto, no eran consecuencias inevitables de su experiencia;

4) rechazara (tras el proceso de cuestionamiento y comprobación) el delirio a favor de un marco explicativo alternativo (nuevo B) que fuera menos perturbador y produjera menos trastornos (nuevos C).

Para debilitar los delirios, se utilizó el *cuestionamiento verbal*. Este, abarca cuatro pasos:

1) Cuestionar la evidencia de las creencias. En lugar de cuestionar el delirio, se cuestiona la evidencia que el paciente tiene que éste es cierto. Se sugiere comenzar por la parte menos significativa para ir avanzando hacia el núcleo de la creencia. Por medio de este proceso, es deseable que el paciente logre disminuir la convicción que tenía inicialmente respecto a la certeza de su delirio. Se consideran alternativas posibles a la idea delirante y se le pide que valore su nivel de convicción.

2) Cuestionar la consistencia interna y la plausibilidad del delirio. Con esta finalidad, son empleadas las técnicas clásicas de la terapia cognitiva.

3) Redefinir el delirio como una reacción; como una respuesta comprensible que trata de dar sentido a una serie de experiencias altamente desconcertantes.

4) Reevaluar el delirio y la explicación alternativa a la luz de la nueva información disponible. En esta etapa resulta crucial que la creencia bajo consideración se someta a comprobación empírica. A tal fin, terapeuta y paciente colaboran para diseñar y llevar a la práctica un "experimento conductual" (Beck y otros, 1983).

La evaluación y modificación de los delirios se desarrolló durante tres semanas, en un promedio de entre tres y cuatro sesiones semanales. Al cabo de este lapso de tiempo, el nivel de convicción asociado a cada una de las ideas delirantes descendió hasta un 0%. El trabajo terapéutico en las semanas siguientes, que se extendió en el tratamiento por consultorios externos, consistió en abordar la problemática del consumo, las dificultades interpersonales, la reinserción laboral y la prevención de recaídas.

CONCLUSION

El enfoque cognitivo de los trastornos psicóticos concibe a los mismos desde un modelo bio- psico- social. En consecuencia, supone un abordaje integral del paciente, en el cual el tratamiento farmacológico resulta de primera elección.

La terapia cognitiva ubica a los delirios en un continuum dimensional con las creencias normales. Propone que si bien las creencias delirantes guardan importantes similitudes con aquellas que no lo son, los pacientes que presentan las primeras se guían por un razonamiento sesgado de la información. De esto se desprende que intervenciones terapéuticas dirigidas a modificar los procesos de razonamiento, podrían ser efectivas para debilitar las creencias delirantes.

Al día de hoy, los estudios empíricos avalan el empleo de la terapia cognitiva para los trastornos psicóticos. Sin embargo, en nuestro medio, el escaso número de profesionales entrenados en estos procedimientos limita su aplicación. A ello se suma la falta de investigaciones locales.

Dado que los trastornos psicóticos se expresan de manera única en cada persona que los padece, pienso que es sumamente rico disponer de distintas estrategias terapéuticas que hayan demostrado su utilidad clínica y resulten plausibles de ser aplicadas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (A.P.A) (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4º edición). Barcelona: Masson.
- Barlow, D. H., Hofmann, S. G. (1997): Eficacia y difusión de los tratamientos psicológicos. En Clark, D. M. & Fairburn, C. G. (eds.): *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, pp. 95-117. Oxford: Oxford University Press. Trad. Materia "Clínica Psicológica y Psicoterapias", Cát. II, Facultad de Psicología, U.B.A.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión* (11º edición). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Birchwood, M. (1995): Esquizofrenia. En Caballo, V. E., Buela- Casal, G., Carrobes, J. A. (dirs.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. I. Madrid: Siglo XXI.
- Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996): *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Fallon, I. R. H. (2002): Cognitive- Behavioral Family and Educational Interventions for Schizophrenic Disorders. En Hofmann, S. G., Tompson, M. C. (eds.): *Treating Chronic and Severe Mental Disorders. A Handbook of Empirically Supported Interventions*, pp. 3-17. New York: Guilford Press.
- Fowler, D., Garety, Ph., Kuispers, E. (1995): *Cognitive behavioral therapy for psychosis: theory and practice*. New York: Wiley.
- Hogarty, G., E. (2002): Personal Therapy: A Practical Psychotherapy for the Stabilization of Schizophrenia. En Hofmann, S. G., Tompson, M. C. (eds.): *Treating Chronic and Severe Mental Disorders. A Handbook of Empirically Supported Interventions*, pp. 53-68. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Tompson, M. C. (2002): Psychological Treatments for

- Schizophrenia. En Hofmann, S. G., Tompson, M. C. (eds.): *Treating Chronic and Severe Mental Disorders. A Handbook of Empirically Supported Interventions*, pp. 1-2. New York: Guilford Press.
- Jackson, C., Chadwick, P. (1997): Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En Caballo, V. E. (dir.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. I, pp. 663-683. Madrid: Siglo XXI.
 - Lega, L. I., Caballo, V. E., Ellis, A. (1998): *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo- conductual* (2º edición). México: Siglo XXI.
 - Liberman, R. P. (1993): *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
 - Mueser, K. T. (1997): Tratamiento cognitivo- conductual de la esquizofrenia. En Caballo, V. E. (dir.): *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*, vol. I, pp. 611-633. Madrid: Siglo XXI.
 - Pratt, S., Mueser, K. T. (2002): Social Skills Training for Schizophrenia. En Hofmann, S. G., Tompson, M. C. (eds.): *Treating Chronic and Severe Mental Disorders. A Handbook of Empirically Supported Interventions*, pp. 18-52. New York: Guilford Press.
 - Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M., Barnes, Th. (2000): A Randomized Controlled Trial of Cognitive- Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Arch Gen Psychiatry*, 57(2): 165-172.
 - Tarrrier, N., Haddock, G. (2002): Cognitive- Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Case Formulation Approach. En Hofmann, S. G., Tompson, M. C. (eds.): *Treating Chronic and Severe Mental Disorders. A Handbook of Empirically Supported Interventions*, pp. 69-95. New York: Guilford Press.