

II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2010.

Acercamiento a los tratamientos cognitivo conductuales para el tratamiento de los delirios y las alucinaciones.

Partarrieu, Andres.

Cita:

Partarrieu, Andres (2010). *Acercamiento a los tratamientos cognitivo conductuales para el tratamiento de los delirios y las alucinaciones. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-031/165>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/R9a>

ACERCAMIENTO A LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DELIRIOS Y LAS ALUCINACIONES

Partarrieu, Andrés
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El campo de la psicología clínica había efectuado un escaso desarrollo en el tratamiento los síntomas delirantes y alucinaciones, sin embargo luego de un fructífero periodo de investigación experimental, es a partir de la década de los 90 que surgen nuevos diseños de tratamiento cognitivos conductuales para el tratamiento de estos síntomas, se despliega tal desarrollo y se expondrán los principales diseños de tratamiento. Metodología: Revisión bibliográfica. Análisis conceptual. Objetivo: transmitir las nuevas intervenciones cognitivas conductuales para el tratamiento de los síntomas delirantes y alucinadores con las que cuenta la psicología clínica cognitivo conductual.

Palabras clave

Psicopatología Terapia Cognitiva Delirios

ABSTRACT

APPROXIMATION TO THE TREATMENTS COGNITIVE BEHAVIORAL FOR THE TREATMENT OF THE DELIRIUMS AND THE HALLUCINATIONS

The field of the clinical psychology had realized a scanty development in the treatment the delirious symptoms and hallucinations, nevertheless after a fruitful period of experimental investigation, it is from the decade of the 90 that arise new cognitive behavioral designs of treatment for the treatment of these symptoms, such a development was commented and the principal designs of treatment will be exposed. Methodology: bibliographical Review. Conceptual analysis. I target: to spread the new cognitive behavioral interventions for the treatment of the delirious symptoms and hallucinations

Key words

Psychopathology Cognitive Therapy Deliriums

INTRODUCCIÓN

El delirio fue y sigue siendo uno de los síntomas más discutidos y sobre el que más se ha especulado a lo largo de la historia de la psicopatología. El DSM-IV define al delirio como una 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(1). No existe una enfermedad sino que es un síntoma. Aunque es característico de la psicosis, no pertenece ni es patognomónico de ninguna en concreto, pudiendo aparecer tanto en enfermedades medicas, como mentales o por efecto fisiológico de algún toxico o sustancia. Se encuentran de distintos tipos como; Persecución, Culpa, Ruina, Control, Celos, Somáticos, Hipochondriacos, Grandeza, Religiosos o místicos, Nihilistas, Referencia, capgras, erotomanía, fantásticos, Parasitos, Dismórfico. La alucinación se la puede definir como una percepción en ausencia de un objeto o estímulo externo. El individuo está cabalmente convencido de la realidad de dicha percepción, al igual que ocurre con el delirio, la alucinación no es un síntoma psicótico exclusivo, ya que puede aparecer en situaciones de estrés, de déficit sensorial o por causas externas en sujetos sin patología mental. Por décadas la psicología Clínica con respecto a estos síntomas fue insuficiente lo que ha reporta-

do en comparación con el campo de la medicina experimental que es desde donde se efectúan la mayoría de las investigaciones, pero que se circunscribían al descubrimiento de la causa de este trastorno y de sus alteraciones orgánicas o neurológicas. Las teorías psicológicas parten de puntos de vista muy distintos al conceptualizar el Delirio; desde el punto de vista psicoanalítico el delirio es entendido como mecanismo de defensa (2)(3)(4). Las teorías conductuales lo explican en términos de condicionamiento(5)(6)(7)(8). La neuropsicología propone un modelo de déficits específicos en el procesamiento de información(9). Y Son las teorías Cognitivas las que resaltan la importancia de los sesgos cognitivos en la formación de la fenomenología delirante. Se considera al delirio como una creencia, por lo cual parten del hecho de cómo se adquieren las creencias llamadas normales; los eventos del mundo, su percepción, la inferencia posterior y la formación de la creencia son las distintas fases de un proceso, sugiriendo que las creencias delirantes reflejan una "anormalidad" o sesgo en alguna de estas fases (10). Otra de las inaugurales contribuciones desde esta perspectiva al síntoma delirante fue la ofrecida por Maher (11) que refiere que el delirio es un intento de explicación de las anomalías perceptivas que experimentan los pacientes psicóticos. En la década del 90 (12) otra línea sugiere que los pacientes con delirios manifiestan un sesgo en el razonamiento siendo el razonamiento probabilístico la variable más implicada en su formación y mantenimiento. El paradigma que utilizan en sus estudios es el modelo bayesiano de inferencia probabilística, que no evalúa si las conclusiones de un razonamiento son válidas sino el modo en cómo es que los sujetos llegan a conclusiones. Predicen que en tareas de inferencia bayesiana, las personas con delirios harán juicios más rápidos y confiados que otros grupos de pacientes y sujetos normales. "saltan a conclusiones" se distingue una tendencia a buscar menos información para llegar a una conclusión pero solo si no se presentan los datos, ya que si se hace son capaces de usarlos. Otro conjunto de teorías cognitivas destacan el papel de la atención selectiva como factor de mantenimiento de las creencias delirantes (5) insinúan que la atención anormal del paciente a estímulos amenazantes es un factor relevante en el delirio. En un estudio experimental (13) mediante una prueba de memoria con palabras de contenido amenazante, despresivas o neutras, hallaron que los pacientes delirantes recordaban más palabras de contenido amenazante que los sujetos con otros trastornos y controles. Otros estudios llegaron a los mismos resultados que apoyan la hipótesis del sesgo atencional selectivo a estímulos amenazantes (14)(15). En la década del 90' se promovieron a destinar investigaciones sobre los delirios de persecución en el campo de la teoría de la atribución, se hipotético que existe un modo de atribuciones característico de los pacientes con este síntoma. Por último las aportaciones actuales que sugieren una posible relación entre el delirio y los déficits en la teoría de la mente, referida a la capacidad o habilidad de entender y conceptualizar el proceso mental en los otros; es decir, la competencia de atribuir mente a los otros y de predecir y comprender su conductas en función de entidades mentales tales como las creencias y los deseos(16) se propone que los delirios de referencia y de persecución emergen de la inhabilidad para representarse creencias, pensamientos e intenciones de los otros, esto es, de un déficit en la Teoría de la Mente(9). Todos estos aportes de las investigaciones de la psicología cognitiva experimental resultaron en el desarrollo de nuevos tratamientos para los pacientes con síntomas psicóticos, desterrando el mito de que los síntomas psicóticos son inabordables por la psicología clínica.

TRATAMIENTOS EFICACES Y SUS DISPOSITIVOS BÁSICOS:

Terapia cognitivo conductual para la psicosis Flawler(17); Contacto y evaluación, Usó de estrategias de manejo cognitivo conductuales para la autorregulación de los síntomas psicóticos, Desarrolló de un nuevo modelo de psicosis en colaboración con el paciente, Estrategias de terapia cognitiva para los delirios y las creencias sobre las voces, Tratar las asunciones disfuncionales sobre uno mismo, Manejo de riesgo y recaída y de la discapacidad social

Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia Chadwick(18); Seleccionar un problema, evaluación de consecuencias emocionales

y conductuales, Evaluación de antecedentes, Confirmar asociación entre antecedentes y consecuencias, Evaluar creencias, Formulación de las conexiones ABC y el desarrollo psicológico evolutivo, Establecer metas y opiniones, Desafío de creencias
 Terapia conductual Kingdon y Turkington(19). Enganche y construcción del rapport, Explicación normalizadora de la psicosis, Examen de los antecedentes de la crisis psicótica, Tratamiento de la ansiedad y depresión coexistente, Evaluación de la realidad, Abordar síntomas psicóticos residuales, Manejo de síntomas negativos, Prevención de recaídas, Sesiones de afianzamiento. Estrategias de afrontamiento para alucinaciones y delirios de Yusupoff(20); Enseñar al paciente a manipular los determinantes de los síntomas, Entrenar en cambiar los componentes de la reacción emocional de las voces o la activación de creencias delirantes, Eliminar estrategias de afrontamiento desadaptativas, Provisión de condiciones de entrenamiento realistas, Múltiples secuencias de estrategias, Uso de recurrencia de síntomas para los cambios adaptativos en la conducta interpersonal y estilo de vida. Terapia de cumplimiento de Kemp(21), Fase I: historia de enfermedad-opiniones sobre el tratamiento-ligar cese medicación- recaída -reconocer malas experiencias-ventajas de implicarse en el tratamiento, Fase II: ambivalencia ante el tratamiento-predecir incumplimientos-considerar pro-contras-centrar en síntomas diana-beneficios de la medicación-desarrollar discrepancia, Fase III: mantenimiento del tratamiento-estrategias normalizadoras- prevención a largo plazo-reconocimiento de signos de recaída-mantenimiento del contacto.

CONCLUSIÓN:

La década de 1990 ha supuesto el reencuentro de las terapias cognitivo conductuales con la psicosis, hasta en aquel momento la «niña olvidada» de La modificación de conducta y otras terapias psicológicas, debido esencialmente a la creencia de que este diagnóstico es una etiqueta genérica y que el trastorno no existe; o la convicción de que la base biológica de la enfermedad no la hace accesible a la terapia cognitiva conductual. Afortunadamente para pacientes y clínicos la evidencia se hace cada vez más concluyente para establecer a los tratamientos cognitivos conductuales para los delirios y alucinaciones como lo justificadamente eficaces para adoptarlos como elección terapéutica.

14. KANEY, S., WOLFENDEN, M., DEWEY, M. y BENTALL, R. (1992). Persecutory delusions and the recall of threatening and non-threatening propositions. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87.
15. BENTALL, R. y KANEY, S. (1996). Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: A test of a cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine*, 26, 1231-1237.
16. RIVIÈRE, A. y NÚÑEZ, M. (1996). La mirada mental. Aique.Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice. Chichester, UK: Wiley.
17. FOWLER, D., GARETY, P., & KUIPERS, E. (1995). Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice. Chichester, UK: Wiley.
18. CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M., & TROWER, P. (1996). Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester, UK: Wiley.
19. KINGDON, D. G., & TURKINGTON, D. (1994). Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. Hove, UK: Erlbaum.Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Mintz, J., & Zarate, R. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 424-425.
20. YUSUPOFF, L., & TAR RIER, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 86-102). London: Routledge.
21. KEMP, R., HAYWARD, P., & DAVID, A. (1997). Compliance therapy manual. London: King's College School of Medicine & Dentistry and Institute of Psychiatry.
22. KEEGAN, E, GARAY, C; (2007); Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia, VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat, Vol. XVIII, Página 423

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnóstic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.
2. BAK, R. (1954). The schizophrenic defence against aggression. *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 129-134.
3. VAILLANT, G. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
4. FREUD, S. (1915). A case of paranoia running counter to the psychoanalytical theory of the disease. *Collected papers*, Vol. 2. London: Hogarth Press, 1956.
5. ULLMANN, L. y KRASNER, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behaviour*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
6. DOLLARD, J. y MILLER, N. (1950). *Personality and Psychopathology*. New York: McGraw-Hill
7. CAMERON, N. (1951). *Perceptual organization and behavior pathology*. En R. Blake y G. Ramsay (eds). *Perception: An approach to personality*. New York: Ronald Press.
8. HEILBRUN, A. (1975). A proposed basis for delusion formation within an information-processing model of paranoid development. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 63-71.
9. FRITH, C. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum.
10. BENTALL, R. (1990). *The syndromes and symptoms of psychosis: Or why you can't play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win*. En R. Bentall (ed), *Reconstructing Schizophrenia*, London, Routledge.
11. MAHER, B. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113
12. BENTALL, R. y KANEY, S. (1989). Content specific processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 355-364.
13. BENTALL, R. y KANEY, S. (1989). Content specific processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 355-364.