
La Psicosis: desde el punto de vista cognitivo - conductual

Psychosis from the cognitive - conductual point of view

Ps. Cl. Narcisca López Cornejo *

Resumen

En la psicosis se observa un entecimiento en todas las áreas mentales, el mismo que se manifiesta con mayor intensidad en la orientación, atención, memoria y lenguaje. La terapia cognitivo - conductual, sin tener una teoría sobre la psicosis, actúa sobre las creencias anómalas modificándolas y reduciendo su intensidad. Es conocido que muchas de las conductas desadaptadas que aparecen asociadas a la psicosis se producen por el reforzamiento social, por lo tanto es conveniente trabajar con la familia para evitar que esperen que el sujeto actúe como un psicótico.

Palabras Claves: Psicosis, Psicótico, Terapia Cognitiva - Conductual.

Summary

A slowness in all mental areas is observed in psychosis, which is manifested with higher intensity in orientation, attention, memory and language. Cognitive - conductual therapy, without a theory on psychosis, acts upon abnormal beliefs modifying them and reducing their intensity. It is known that many of the unadapted conducts that appear associated to psychosis are produced by social reinforcement, therefore it is convenient to work with the family to avoid their expectation of the patient acting as a psychotic.

Introducción

Históricamente, el término “psicosis” ha sido definido de varias formas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. El DSM-IV lo define conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad (3). Los pacientes psicóticos presentan una respuesta de orientación inicial entecida, una amplitud de aprehensión reducida y un rendimiento cognitivo general en tareas que demandan elevada atención. Tienen dificultades en separar la información relevante de la irrelevante o distractora. Ahora bien, si consideramos la atención como un elemento indispensable para poner en marcha cualquier otro proceso cognitivo, concluiremos en que: al existir un déficit atencional, existirá también déficit en todos los procesos que requieran atención. Los estudios revelan que, en general, los esquizofrénicos tienen un rendimiento más pobre en tareas que exigen una alta demanda atencional; en definitiva, aquellas que exigen un procesamiento controlado. Las implicaciones de esta carencia para la vida cotidiana suponen un aumento de la vulnerabilidad de estas personas a la hora de afrontar cualquier situación estresante (2). Los pacientes psicóticos presentan un

procesamiento más lento en los primeros momentos de la codificación y, tal vez, problemas en procesos automáticos de reconocimiento, así como una percepción global más disgregada. En cuanto a su memoria, presentan un rendimiento pobre en tareas de recuerdo, así como en aquellas que requieren una organización del material (aunque debo aclarar que el rendimiento es adecuado si el material es altamente afectivo). Muestran un rendimiento pobre en tareas de clasificación de objetos, así como lenguaje pobre y deteriorado; posiblemente tienen una monitorización inadecuada de mecanismos motores y semánticos de producción lingüística, así como una activación inadecuada de redes semánticas.

¿Qué es la Terapia Cognitiva - Conductual?

La terapia cognitiva - conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran

medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas), desarrollados a partir de experiencias anteriores (1).

Psicosis y Terapia Cognitiva - Conductual

Aquí debo insistir, en que, aún sin descartar el amplio espectro que se haya presente en la etiología de las psicosis, y aceptando la posible influencia de elementos de contenido bioquímico, muchas conductas supuestamente desadaptadas no provienen necesariamente de la alteración en sí misma sino de las creencias básicas de los pacientes y del manejo social que se le dé al trastorno. Las creencias están muy ligadas a la experiencia anterior de cómo es la vida, de lo que funciona, perjudica y ayuda; por supuesto, los valores, prejuicios, interpretaciones, teorías y conclusiones específicas sobre una interacción, pueden influir. Las distorsiones cognitivas son en realidad malos hábitos: hábitos de pensamiento que podemos utilizar constantemente para interpretar la realidad de forma irreal: pueden ser una cuestión de estilo y están fuertemente asociadas a nuestra forma de percibir la realidad. Con los pacientes psicóticos, es muy importante el análisis de las creencias básicas, tales como, "si oigo voces, eso quiere decir que alguien está tratando de controlar mi mente" y "estar mentalmente enfermo significa que soy inútil (indeseable, un desecho)"; de ésta manera, la modificación de la creencia reduce la intensidad de la creencia anómala (4). Entre las distorsiones más frecuentes en los pacientes esquizofrénicos, encontramos el filtrado (puede ver y oír sólo ciertas cosas), la autoacusación (se acusa a sí mismo de todo, tenga o no la culpa), la personalización (supone que todas las cosas y eventos están relacionados con ellos), la lectura de la mente (supone que conoce lo que los demás piensan). La modificación de los procesos cognitivos intenta abordar los problemas de déficit cognitivo y de procesamiento de la información que se supone subyacen al trastorno esquizofrénico. Desconocemos si estos métodos reducen las alucinaciones y los delirios, y de ser así, desconocemos también cuáles son los mecanismos de cambio. Estas cuestiones están aún sin resolver. Sin embargo, a la luz de la

considerable literatura publicada sobre la investigación de los déficit cognitivos en la psicosis, merece la pena que se investigue más en este sentido. Es preciso trabajar más en la exploración de las cogniciones familiares y la relación que mantienen con las del paciente, estudios realizados muestran que niveles altos de culpabilización del paciente por parte de la familia, están asociados con niveles altos de emoción expresada (casi siempre emociones negativas) con respecto al paciente; esto empeora el pronóstico en términos de rehospitalización. Si se consigue establecer relaciones significativas entre las cogniciones familiares y las del paciente, se puede trabajar con terapia familiar cognitiva o individual (4).

Modelo Conductual

El modelo conductual sostiene que muchas de las conductas desadaptadas que surgen complementarias a la psicosis, se desarrollan en gran medida, e igualmente se mantienen, por el reforzamiento social que de ellas se hace. Sabemos que, a medida que un sujeto es diagnosticado como poseedor de un trastorno determinado, se espera que actúe como tal y obviamente será reforzado al hacerlo. Por esto, es muy importante trabajar con la familia (5). En diversos estudios se ha examinado si los pacientes esquizofrénicos que experimentan síntomas psicóticos persistentes hacen algún intento de afrontarlos. Por afrontamiento, en este sentido, se entiende el empleo de esfuerzos cognitivos y conductuales para controlar o dominar los síntomas o para reducir al mínimo la angustia causada por ellos. Una falta de consciencia de la enfermedad en la naturaleza de los síntomas no es un verdadero problema si el paciente reconoce la angustia que esas experiencias y pensamientos pueden causar, aun cuando considere real su contenido. La lógica de la reducción de la angustia suele ser así aceptable para el paciente como un fundamento lógico para la intervención (6). A pesar de que la Terapia Cognitiva-Conductual, no tiene, aún, una teoría acerca de las Psicosis; consideramos que hay varias estrategias terapéuticas que son muy útiles para el tratamiento de los pacientes psicóticos, por ejemplo: proporcionarles suficiente información acerca de los síntomas de su enfermedad para que aprendan

a reconocerla y busquen la ayuda adecuada cuando sientan que ésta se agudiza. También se les debe hablar ampliamente acerca de la medicación, de sus ventajas y de sus desventajas, por supuesto, se debe hacer énfasis en los aspectos positivos de los mismos. Se los debe entrenar en el uso de la relajación, técnica específica de control de la ansiedad en el campo de la rehabilitación cognitivo-conductual. El fomentar la sensación de competencia personal es muy necesario, para esto es importante incrementar el nivel de autoestima. Una baja autoestima junto con una ansiedad social elevada y una pobre actuación social son factores importantes que contribuyen, lógicamente, aun pobre ajuste social. En la mejora de la autoestima se trata de que los enfermos mentales crónicos dejen de centrarse en lo que no saben hacer y en lo que no tienen, para empezar a pensar más detenidamente en las capacidades y potencialidades que sí poseen, marginadas y olvidadas a causa de las consecuencias más inmediatas y desagradables producidas por su enfermedad. Es preciso el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento asertivo para que sepan, sobre todo, pedir adecuadamente, confesar sentimientos, afrontar la crítica, en suma, mejorar la comunicación. El pretender una comprensión por parte de los pacientes, del concepto de estrés, es muy complejo y requiere mucho tiempo puesto que aquí se van incorporando conceptos y técnicas de las intervenciones cognitivo - conductuales de mayor complejidad. A pesar de esto, se ha comprobado que, aunque los pacientes no comprendan todas las explicaciones, sí captan ideas y pueden poner en práctica algún aspecto concreto. Nuestra intervención en ésta fase se centra en la utilización de autorregistros con los que tratamos de avanzar en la comprensión de la técnica de reestructuración cognitiva por parte de los pacientes, que incluye la identificación de síntomas del estrés, de situaciones de tensión, de pensamientos automáticos, de distorsiones cognitivas, así como la utilización de autoinstrucciones y pensamientos alternativos (a través de la reestructuración cognitiva). Por último, es recomendable enseñar técnicas de solución de problemas para el manejo de problemas específicos de la vida diaria del paciente. Un problema aparece cuando no se dispone de forma inmediata de una respuesta eficaz para afrontar la situación; de esta manera

ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta adecuada lo que la hace ser un problema. La solución, por lo tanto, será el aprendizaje de una estrategia o técnica para enfrentarse a las diferentes situaciones problemáticas de forma más adecuada y con mayor eficacia, más que aprender a resolver un problema aislado y puntual (6).

Conclusiones

La intervención cuidadosa y sistemática, en especial cuando está integrada en un plan de tratamiento global, puede mejorar la calidad de vida de los pacientes psicóticos. Consideramos que, en cuanto a ésta patología, la psicología Cognitiva - Conductual, tiene mucho que investigar, pero los resultados de las investigaciones actuales, ameritan que así se lo haga.

Bibliografía

1. Beck A T, Rush J: Terapia cognitiva de la depresión. Desclée de Brouwer SA, España 1979
2. Birchwood M, Tarrrier N: El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Ed Ariel SA, Barcelona, 1995
3. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA, 1995
4. Mahoney M: Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Desclée de Brouwer, Barcelona, 1997
5. Moles J J: Psicología conductual. Ed Greco SA, 1991
6. Rodríguez A: Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Ed Pirámide SA, Madrid 1997

Ps. Cl. Narcisa López Cornejo
Teléfono: 488152