

# Desarrollos teóricos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT) aplicada en esquizofrenia

Peter Trower

Tradicionalmente, la REBT y otras terapias cognitivo conductuales se han aplicado a los problemas de salud mental que son claramente, al menos en parte, psicológicos, y que tienen una forma y estructura en la que la alteración emocional y conductual puede ser vista como una función de creencias disfuncionales o irracionales, dadas ciertas circunstancias vitales adversas y una vulnerabilidad derivada de la genética y el medioambiente. En otras palabras, son problemas que pueden valorarse en términos del modelo ABC. Tal es el caso, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad, la depresión mayor y muchos otros trastornos del eje I del DSMIV (Sociedad Americana de Psiquiatría, 1994).

Por el contrario, normalmente no se ha contemplado a la REBT como apropiada para los trastornos mentales que están considerados en gran parte biológicos. Quizás los trastornos más destacados de los considerados en gran parte biológicos y en los que consecuentemente la REBT no ha sido contemplada como apropiada son la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Sin embargo, yo propongo en este capítulo que la REBT puede utilizarse adecuadamente, en particular cuando la teoría subyacente se desarrolla de diversos modos e integrada con otros modelos. Tales desarrollos pueden, como se expone, cambiar radicalmente las condiciones para las intervenciones conductuales en la esquizofrenia (*Chadwick y col., 1996*). Estos desarrollos teóricos de la REBT que se esbozan en este capítulo pueden dividirse en cuatro áreas. La primera área se centra en la conceptualización general de la esquizofrenia, en la que comparo críticamente la visión biomédica estándar

con una visión alternativa de REBT/CT para demostrar que el concepto “apropiado” es, en gran medida, una cuestión de asunciones teóricas. La segunda área comprende desarrollos a nivel del síndrome de la esquizofrenia, la tercera a nivel de los síntomas y la cuarta – más ambiciosa – es un paso hacia el desarrollo de un modelo alternativo al modelo biológico como una explicación para los síndromes y síntomas de la esquizofrenia.

A lo largo de esta exposición utilizaré las definiciones ampliamente aceptadas de la REBT de A, B y C, en la que A (situación activadora) abarca hechos percibidos ( sean internos como las sensaciones o externos tales como eventos vistos u oídos) y las inferencias acerca de los hechos, B (creencia) abarca evaluaciones acerca de las Aes, en particular el tendría primario y los derivados de la autodevaluación o por los otros, el verlo todo horrible y la baja tolerancia a la frustración. Finamente C (consecuencia) abarca las consecuencias emocionales y conductuales consecuentes a las Bes específicas, dadas las Aes específicas.

## Suposiciones teóricas en esquizofrenia, una crítica

El modelo biomédico es el modelo preponderante de esquizofrenia, algunas veces explícitamente y otras de forma implícita. En la tradición cognitiva está bien aceptado que los modelos y las teorías son formas de creencias y las creencias nos capacitan a generar nuestro entendimiento (valoraciones) y acciones (actuacio-

nes) para un problema pero también tienen desventajas, que pueden impedirnos ver posibilidades alternativas de entendimiento y acción (intervención). Esta desventaja es particularmente intratable si nuestra teoría es más implícita que explícita, y por tanto es más asumida inconscientemente que cuestionada conscientemente. Esto debería ser familiar ya que es el *sine qua non* de la estrategia cognitiva. Deseo exponer que la versión de los modelos biomédicos comúnmente sostenida contiene una suposición disfuncional esencial, y esta suposición se sostiene implícitamente, no explícitamente. Esta suposición nos lleva a ver a la esquizofrenia como una enfermedad biológica o enfermedad específica y en las alucinaciones (por ejemplo) como síntomas de esta enfermedad, tal como la demencia es una enfermedad y las alucinaciones son síntomas de demencia. ¿En qué “tratamiento” pensamos para las alucinaciones? El modelo médico implícito nos conduce hacia intervenciones físicas/fisiológicas/bioquímicas. Esto se debe a que el modelo dirige nuestro pensamiento y nos impide ver alternativas que se apartan demasiado bruscamente de las suposiciones subyacentes.

Así, para volver a la cuestión inicial, ¿debemos evitar las estrategias cognitivas en la esquizofrenia? Parece que (a menudo) la respuesta es sí – no son apropiadas para el tratamiento de la esquizofrenia conceptualizada como una enfermedad. Una segunda postura, menos extrema, es hacer intervenciones meta-nivel – sólo para desarrollar creencias racionales acerca de padecer esquizofrenia – pero no intentar tratar la esquizofrenia en sí misma.

Una estrategia verdaderamente cognitiva como la REBT parece estar verdaderamente en el polo opuesto del modelo médico – probablemente porque se ha creído que no es apropiada para la esquizofrenia. La diferencia principal es que en la teoría cognitiva el paciente no es sólo la víctima indefensa de una enfermedad subyacente que causa sus síntomas sino que percibe, interpreta, evalúa, decide y responde activamente a experiencias y acontecimientos y procesos, y sus emociones y conducta son en gran parte una consecuencia de aquellas valoraciones. Algunos, como Ellis, afirman contundentemente que, dada la situación en la que está

la persona, las Creencias (definidas como se afirma anteriormente como creencias evaluadoras) causan directamente las emociones y la conducta Consecuente. En otras palabras, una persona siente y se comporta como consecuencia de la manera en que valora los acontecimientos, no los acontecimientos en sí mismos, o por citar a Epictetus, como hace Ellis a menudo, no son las propias cosas las que nos alteran sino la interpretación de las mismas. Por supuesto, este modelo ha sido largamente establecido en la depresión y en trastornos de ansiedad y en otros muchos problemas basados en las emociones. Por lo tanto, Jean percibe selectivamente y malinterpreta el feedback que recibe de su jefe como que ella no es suficientemente buena. Entonces asume irracionalmente que esto significa que no es tan buena como debería y llega a la conclusión de que es una inútil y se deprime.

Pero este modelo parecía poco apropiado para la esquizofrenia, la verdadera enfermedad mental, marcada, como supuestamente está, por un déficit biológico, una falta de percepción (*insight*) y discontinuidad de la experiencia humana “normal”. Pero de hecho esto es lo que realmente mis colegas y yo discutimos. Aplicando este modelo a la esquizofrenia, abrimos una nueva dimensión para la valoración y la intervención, tanto a nivel de síndrome como a nivel de síntoma, tal como se presenta en las dos próximas secciones.

### **Desarrollos de la REBT para el “síndrome” de esquizofrenia**

El nivel de síndrome se refiere al modelo biológico tradicional de esquizofrenia: una enfermedad mental con una gran parte de origen genético, manifestada a través de síntomas característicos, y tratada principalmente con medicación. Como se ha sugerido anteriormente, éste continúa siendo el modelo predominante en la mayoría de los servicios de salud mental del Reino Unido, Europa y los Estados Unidos. Descrito de esta manera, el papel de la REBT debe limitarse a tratar la esquizofrenia a un meta-nivel. Esto implica la valoración de la esquizofrenia como un acontecimiento Activador para el paciente, conteniendo inferencias dis-

torsionadas que disparan valoraciones irracionales en B acerca de lo horroroso de padecer esquizofrenia (o peor, ser esquizofrénico), llevando a la consiguiente alteración emocional y conductual en C (aunque incluso esta estrategia apenas es alentada en un modelo biomédico que enfatiza falta de ésta, o cualquier otra, percepción). En esta estrategia el terapeuta obtiene la cadena de interpretaciones inferenciales que hace el individuo acerca de tener la enfermedad, hasta que ha establecido la A crítica y usa esto para identificar las iBes. Hasta aquí, este es territorio familiar, reconocible como una aplicación bastante estándar, aunque no común, de la REBT. Sin embargo, esta estrategia puede mejorarse reconstruyendo el síndrome de esquizofrenia no sólo como una A monolítica con la que el individuo ha sido afectado, sino más bien viendo el síndrome como un proceso dinámico con un patrón cambiante en el tiempo, y este proceso puede ser deconstruido en los componentes ABC.

Nosotros iniciamos el análisis con la C y encontraremos a menudo que esto nos llevará a la depresión. La depresión en la esquizofrenia es un campo de estudio bastante abandonado, aunque en la literatura se hace mención de la patología de tipo depresión (depression-like) desde las primeras observaciones (*Bleuler, 1950*) y es un problema común y serio (*Siris, 2000*) que precede al suicidio en esta población, particularmente si se asocia con desesperanza (*Drake y Cotton, 1986*).

La suposición más ampliamente extendida en la práctica psiquiátrica rutinaria es la teoría “intrínseca”, es decir que la depresión, si está presente, es una parte intrínseca de la enfermedad y como tal, debería estar presente en uno o más estadios durante el curso de un episodio psicótico agudo (*Hirsch y Jolley, 1989*). A la vista de esto, se asume que los síntomas depresivos se alivian a medida que se desvanece la psicopatología psicótica y no se espera que reaparezcan tras la recuperación – al menos como una parte intrínseca de una recaída junto con otros síntomas de primer nivel.

Sin embargo, los resultados de *Birchwood y col. (1993)* y *Rooke y Birchwood (1998)* muestran que a menudo la depresión aparece un tiempo después de una

psicosis aguda y esto puede ser una respuesta psicológica (desmoralización) tras un episodio vital aparentemente incontrolable (la psicosis) y sus discapacidades concomitantes. En otras palabras, pueden distinguirse dos tipos de depresión - aquella que es considerada un síntoma de esquizofrenia en si misma, y la “depresión post psicótica” (PPD) que aparece en el llamado periodo de recuperación tras la remisión de la fase aguda y que es una reacción a la experiencia de haber tenido un episodio psicótico, hospitalización, pérdida de estatus y otras secuelas.

Esto se demostró definitivamente en nuestro reciente estudio longitudinal (*Birchwood y col. 2000a*). En este estudio un 36 por ciento de los pacientes desarrollaron síntomas depresivos, al menos de moderada gravedad, durante 12 semanas tras la resolución de un episodio agudo. Hubo una clara evidencia de que esta depresión post psicótica fue de un tipo distinto a la depresión que una muestra de esta población tuvo durante sus episodios agudos.

Si la depresión post psicótica no es un síntoma de esquizofrenia sino una reacción psicológica a ella, entonces la siguiente tarea es examinar las creencias depresivas que tienen los individuos acerca de su enfermedad durante la PPD. En un análisis más profundo, *Iqbal y col. (2000)* demostraron que aquellos que desarrollaron PPD (pero anterior al inicio de la verdadera PPD) reportaron pérdidas importantes, humillación y sensación de sentirse atrapados como consecuencia de sus psicosis y tenían más probabilidad de atribuir la causa de su psicosis a el *self*. También tenían menos autoestima y eran más auto-críticos que sus homólogos no deprimidos. Durante la PPD los pacientes reportaron mayor percepción (insight) hacia su enfermedad, mayor descenso de su autoestima y mayor aumento en las valoraciones de pérdida, humillación, sensación de estar atrapado, compasión y auto culpabilidad. Parecía claro que el insight significaba un aumento de la conciencia de las consecuencias percibidas de sus psicosis.

Esta investigación demuestra que hay diversas inferencias en A que son potenciales disparadores de

Bes. En particular, se reportó que el inicio de la psicosis conducía a la pérdida de los papeles valorados y los objetivos (“Soy capaz de poco debido a mi enfermedad”) y que el estereotipo social de la enfermedad mental es un estigma que margina al individuo en la sociedad del cual cree que no puede escapar y por tanto está atrapado (“No tengo poder para modificar o controlar mi enfermedad”) y humillado (“No puedo hablarle a la gente de mi enfermedad”). Aunque no se ha investigado específicamente en términos que se ajustarían a las creencias irracionales de acuerdo con la teoría REBT, no es difícil especular que tales inferencias desencadenarían evaluaciones esenciales asociadas con la depresión, particularmente de baja autovaloración y catastrofismo. Más estudios podrían investigar de forma útil en estos pacientes el pensamiento demandante detrás de estos derivados, en particular que ellos no deberían tener una enfermedad mental y consecuentemente el tenerla significa inevitablemente que son inútiles y que su situación es horrorosa.

#### *La estructura de A*

Hasta ahora hemos demostrado que las personas que han tenido uno o más episodios psicóticos pueden llegar a deprimirse en C dado que extraen inferencias en A acerca de sus psicosis que desencadenan creencias irracionales en B, aunque esto último aún debe investigarse por completo. Sin embargo, podemos profundizar en el análisis mirando la estructura de la cadena de inferencias en A. En términos generales, la teoría REBT tiene poco que decir acerca de la cadena de deducción. Normalmente, la cadena de deducción se origina pragmáticamente, por ejemplo pidiendo a los pacientes que describan con más detalle que es lo que más les deprime en relación con A (o de sus últimas inferencias acerca de A), obteniendo de esta forma una serie de inferencias que están conectadas en la mente del cerebro. Sin embargo, en nuestra investigación en PPD hemos desarrollado una teoría desde la psicología evolutiva que propone una estructura para las inferencias, una teoría por la que podemos hacer predicciones sobre la forma que tomará la cadena de inferencias. La teoría que usa-

mos es la teoría de la categoría social (*Gilbert, 1992; Price y Sloman, 1986*).

Según esta teoría, la categoría social es una dimensión clave de la organización social en animales que viven en grupo, particularmente los humanos. Para mantener la cohesión del grupo y evitar lesiones, los individuos necesitan tener mecanismos psicobiológicos internos que les permitan aceptar su posición social más que entrar en conflicto permanente. Aquellos que están en las posiciones sociales más bajas emplean estrategias de de-escalado que implican cambios biológicos que automáticamente obligan al animal a situarse detrás o a someterse a los individuos dominantes, y a dar señales de aceptación de su modesto estatus. En animales y humanos los individuos subordinados pueden estar tensos, vigilantes de los ataques de inferiores y con falta de confianza. Actualmente hay suficientes pruebas de que en muchos estados depresivos las personas se ven a sí mismas como inferiores y de menor categoría social en comparación con los que les rodean, propensos a la compasión y con baja autoestima que *Gilbert (1992)* califica como “auto percepción subordinada involuntaria”. Sin embargo, la percepción también implica a otras dos condiciones cruciales. Primero, hay un reconocimiento de derrota (en el que el individuo ya no lucha para cambiar su baja posición en la categoría social, es decir, está en estado de desesperanza). La segunda condición relacionada es el sentimiento de estar atrapado del que los individuos quieren liberarse desesperadamente pero creen que no pueden escapar desde su baja posición social. Mi opinión es que en este sentimiento de estar atrapado hay implícita una “obligación” y según la teoría REBT en la depresión sería causal.

Está claro, dados nuestros hallazgos en la investigación del PPD, que los participantes deprimidos expresaron inferencias y valoraciones que – como los pacientes deprimidos en general – fueron consistentes con la teoría de la categoría social social. Concluimos que la PPD depende de las propias experiencias de psicosis del individuo y de cómo valora sus implicaciones para el *self*, especialmente en términos de pér-

dida de roles sociales y objetivos, auto inculpación, compasión y humillación y sentimientos de derrota y de estar atrapado. Según esta teoría, el efecto de experiencias potentes y opresivas (o de eventos vitales devastadores, tales como una enfermedad psicótica) inicia un mecanismo defensivo interno que obliga al individuo a ver el mundo en términos de categoría social dominantes-subordinados y a ellos mismos como subordinados de baja categoría social. Sin embargo, lo que esto significa, en cuanto a la teoría es que el sistema de creencia del individuo se ajustará a una estructura predecible, la “auto percepción subordinada involuntaria” a la que se refiere *Gilbert (1992)*. Por tanto, la A será algo como “X es potente y superior (por ejemplo, psiquiatra/trabajador social/“el sistema”/familia etc.) y la B “Yo soy impotente e inferior”. En caso de que la X sea un individuo, por ejemplo un psiquiatra, una inferencia podría ser “X me ha diagnosticado esquizofrenia. Cree que soy demente” y B podría ser “por tanto seguro que lo soy”. Alineada con esta cadena de pensamientos puede estar una inferencia “nadie me querrá /me dará trabajo nunca más” seguida de “no tendré amigos, ni trabajo, no seré capaz de tener novio(a), coche, una casa, una familia, etc.” Esto puede seguirse de una B que puede tomar la forma de un término de baja categoría social tal como “No soy nadie, lo más bajo de lo bajo, un paria, nada, un loco”. Aquí, desde luego, nos acercaremos a menudo a cogniciones que se sitúan en la frontera entre una inferencia acerca del *self* y una *iB* acerca del *self*, que normalmente buscaríamos clarificar. El próximo tipo de inferencia o valoración puede estar relacionado con la derrota y la sensación de estar atrapado, tales como, “estoy acabado, es desesperante, soy inútil, nunca más estaré bien”.

En resumen, la teoría de las categorías sociales, nos da una teoría que puede guiar la etapa de la evaluación cognitiva de la REBT y ayudar a identificar y poner al descubierto las inferencias y evaluaciones para un posterior interrogatorio desafiante, todo lo cual se dirigirá a capacitar al paciente a desarrollar una conceptualización alternativa para la “auto percepción subordinada involuntaria”.

## Desarrollos de la REBT a nivel de síntoma

Hasta el momento, hemos expuesto desarrollos a nivel del síndrome – la valoración por el individuo de la experiencia de haber tenido un episodio psicótico. Sin embargo, ¿podemos hacer más progresos con el episodio psicótico en si mismo, o incluso con los síntomas que identifican en gran parte al episodio? La próxima etapa de la exposición es que por supuesto podemos (con un desarrollo teórico adecuado) – que el episodio psicótico en si mismo tiene una estructura interna y puede ser desmontada utilizando nuevamente el marco ABC. En esta sección examinaremos los síntomas clave positivos desde esta perspectiva, a saber, voces, delirios y paranoia.

### Voces

En un modelo biomédico, las alucinaciones pueden entenderse simplemente como los síntomas resultantes de la enfermedad mental. Este es un tipo de teoría A-C que aparece para eludir cualquier proceso cognitivo intermedio: la enfermedad A causa los síntomas – en este caso las voces – C. El tratamiento se dirige a las voces en C, junto con otros síntomas, incluyendo depresión, que se agruparían en C o se dirige a A, la “enfermedad” causal subyacente, si pueden identificarse los substratos fisiológicos y bioquímicos. En la práctica, el objetivo es, normalmente, eliminar los síntomas. Una alternativa a la formulación A-C es considerar las voces como una A que causa directamente confusión emocional (por ejemplo, depresión, ansiedad, ira) y comportamiento disfuncional (por ejemplo, gritar). En este caso la A es la diana de la intervención. Ambos tipos de formulación son comunes en centros psiquiátricos públicos.

Surge una cuestión ¿tienen que ser las voces conceptualizadas en términos A-C o pueden entenderse en un modelo cognitivo o ABC, en el que la valoración del paciente es la variable principal? Este es un aspecto fundamental, dado que no hay cabida para la REBT o una estrategia cognitiva en un modelo A-C, y dado que

este es el modelo predominante, esta es la razón por la que hasta hace poco no se intentó desarrollar una estrategia cognitiva para la psicosis a nivel sintomático.

Para intentar responder esta pregunta (¿pueden ser conceptualizadas las voces en un modelo ABC?), debemos formular la hipótesis de si tratamos las voces como Aes, como Bes o como Ces. Los primeros intentos de aplicar una formulación cognitiva trataron de comprender las voces como Bes o como Aes inferenciales – en términos generales, de alguna manera como cogniciones acerca de eventos que habían tomado una forma muy concreta, que entonces conducían a Ces. Al final, puede ser posible una estrategia tan atrevida. Pero mientras, nuestra estrategia era seguir a *Maher (1974)*, quién expuso que los pacientes intentan comprender y atacar el significado de las experiencias anómalas tal como haría cualquier persona normal. Esto nos lleva a identificar la voz como una A ya que la voz en si misma es indudablemente una experiencia anómala, un verdadero hecho (experiencial) al que el individuo da un significado (A inferencial), que desencadena una valoración en B.

Sin embargo, esta formulación (de identificar la voz como una A) muestra la necesidad de clarificar en detalle los distintos tipos de A, entre aquellas Aes que son verdaderas percepciones o sensaciones, a saber, en este caso una voz real que es una experiencia física y aquellas que son inferencias acerca de la percepción o la sensación. Una vez se ha hecho la inferencia, seguirán, sin duda, las valoraciones (B). En esta formulación las cogniciones acerca de la voz se convierten en el centro de la intervención de la REBT, ya que, según nuestra teoría, son estas cogniciones (valoraciones de inferencias) las que causan angustia emocional y alteración de la conducta, más que las voces per se. Al menos en teoría, las voces pueden ser reducidas a una irritación leve y posteriormente pueden desvanecerse. Pero el objetivo principal no es deshacerse de las voces sino desafiar las inferencias y valoraciones acerca de las voces para conseguir reducir la angustia y la conducta disfuncional.

Para probar estas ideas (que las voces eran Aes perceptibles acerca de las cuales las personas hacía interpretaciones, y que son estas interpretaciones, como las creencias, que conducen a las Ces), *Chadwick y Birchwood (1994)* y *Birchwood y Chadwick (1997)* consiguieron que 67 individuos diagnosticados de esquizofrenia que oían voces completaran cuestionarios que preguntaban el significado que las voces tenían para ellos. Los autores vieron que estas creencias acerca de las voces eran altamente predictoras de afecto y conducta, mientras la forma de la voz o la topografía no guardaban relación con afecto o conducta. Además, el papel de la mediación cognitiva fue corroborado por el hecho de que casi en las tres cuartas partes de los participantes o no había relación con el contenido o una inferencia del contenido era la principal correlación de afecto. Esto es un fuerte apoyo para un modelo ABC más que para un modelo biológico A-C de voces.

El siguiente hallazgo importante de estos estudios fue la identificación de los tipos de significados que los individuos tenían acerca de sus voces. Se encontró que había cuatro tipos de creencias de particular importancia – aquellas acerca de la identidad, otras acerca del propósito de las voces (¿está tratando de herirme o ayudarme?), otras acerca de la potencia u omnipotencia (incluyendo “omnisciencia” o siendo sabelotodo) y las creencias acerca de las consecuencias de obediencia y desobediencia. Los resultados mostraron que un 45% consideraban sus voces como malevolentes, un 27% como benevolentes y un 27% como benignas. Además el 89% de las voces malevolentes se consideraban como “muy potentes”, así como un 82% de las voces benevolentes y un 64% de las voces benignas. En términos generales, las voces generales “se resistían” y eran angustiantes, mientras las voces benevolentes eran “cortejadas” y ocasionaban un afecto positivo. Había una correlación particularmente fuerte entre poder y represión y malevolencia y depresión.

Es importante destacar que estas creencias –la identidad, el propósito y el poder particular en – no son interpretadas por el que oye las voces como creencias acerca de la voz sino como un sinónimo con la voz. Estamos acostumbrados en la REBT con la prác-

tica de desempacar Aes hacia niveles de inferencia y finalmente valoraciones, pero en el trabajo con la voz la inferencia implícita es únicamente concretada – es como si el paciente “supiera” que es X hablándoles (por ejemplo, el demonio) y cree que ellos pueden oír el poder y la malevolencia en la voz y realmente contempla la identidad, el poder y la malevolencia como hechos, no como creencias. No es sólo el profesional de la salud mental que piensa normalmente en términos A-C, sino los propios pacientes. Además de esto, el “hecho” de que el demonio hable directamente con el paciente y tenga poder absoluto (es decir, la extrema naturaleza de A) hace muy difícil adoptar la estrategia REBT habitual de “vamos a asumir que estás en lo cierto, ¿por qué sería esto tan horrible? Yo creo que en este caso es mejor una estrategia de debilitar primero las inferencias acerca de la voz. Esto ayuda a traer las experiencias del paciente hacia el rango normal de la experiencia humana donde las intervenciones elegantes son a menudo la intervención adecuada. En realidad, este es sólo el paso inicial de un proceso de “normalización” en el que nos acercamos al paciente psicótico como a un ser humano normal que está mal de la cabeza como cualquier otro paciente neurótico, pero para conseguirlo tenemos que profundizar en el psicótico inicial, concretando interpretaciones.

Habiéndonos dado cuenta de que la voz es una A nos dimos cuenta entonces de que la voz y el que la escuchaba tenían un tipo de relación y esto pone el fenómeno al nivel de cualquier tipo de relación y, desde luego, de lleno en el dominio de trabajo de la REBT. El paciente personifica la voz, entonces las valora como malévolas o benévolas y finalmente como poderosas. Lo cierto es que, tal como se ha señalado anteriormente, estas atribuciones son, a menudo, extremas – la voz es el demonio o Jesús, la malevolencia es extrema y el poder es total – pero las características son típicas de aquellas que podrían ser atribuibles a otras personas importantes en la vida del paciente, y particularmente aquellas con las que existen relaciones de alta “emoción expresada” (EE) en las que son frecuentes los comentarios hostiles y críticos de parientes poderosos. De hecho, encontramos buena evidencia de que la relación con la voz es un

paradigma de las relaciones sociales en general (*Birchwood y col., 2000b*).

El patrón de relación expuesto aquí se puede ver más claramente en alucinaciones mandatorias, no sólo por las voces personificadas que critican al que las oye, sino porque entre un 40% y un 60% de las veces, las voces les ordenan hacer cosas. Estas alucinaciones potencialmente peligrosas pueden, en su forma más extrema, obligar al individuo a suicidarse o a matar a otro. El poder percibido de la voz es uno de los predictores más importante de actuación sobre tales mandatos. Por tanto, poniendo todo esto en conjunto, la investigación obtiene que:

1. Los oidores de voces construyen la conexión entre ellos mismos y sus voces teniendo la naturaleza como de una relación personal íntima y a menudo esta es ineludible.
2. Sobre el 85% de los oidores de voces percibieron la voz como poderosa y omnipotente, mientras el oidor es normalmente débil y dependiente, incapaz de controlar o modificar la voz. Cuanto más poderosa y omnipotente es percibida la voz mayor es la probabilidad de cumplimentación, aunque esta relación no es lineal y está moderada por la valoración de la intención de la voz y las consecuencias de resistirse.
3. Los oidores de la voz la percibían como omnisciente (por ejemplo, conocía los pensamientos presentes y la historia pasada, era capaz de predecir el futuro, etc.); esto se veía como la evidencia del poder de la voz.
4. Algunos de los que oían voces interpretaron sus voces como benévolas, otros como malévolas y persecutorias.
5. Aquellos con voces benévolas casi siempre cumplieron con la voz, independientemente de si el mandato era “inocuo” o “grave”, mientras aquellos con voces malévolas tenían más probabilidad de resistir, y esta resistencia se incrementaba si el mandato implicaba una mayor transgresión social o auto lesión. Sin embargo, los sujetos predecían que la voz malévola

inflingiría daño cuando ellos se resistieran y, si ellos continuaban resistiéndose, se sentían obligados a mitigar a la voz ejecutando una acción alternativa.

6. Una creencia controlada sobre las voces (es decir, poder) se asoció con una cumplimentación reducida con todos los tipos de mandatos.

Será obvio para el lector que lo que hemos expuesto hasta ahora sobre las cogniciones relacionadas con la voz resuena fuertemente con la teoría de la categoría social. Esta teoría no explica solamente la depresión post psicótica sino también la interpretación de las voces. En realidad, la teoría trae a colación la naturaleza de la relación entre el oír de la voz en el papel de subordinado y la voz personificada en el papel del dominante todopoderoso, ya sea benévolo o malévolos. Nosotros hallamos en una muestra de 59 oidores de voces que no estaba ahí sólo la predicha relación con la baja categoría social percibida y el poder de la voz y la subordinación/dominación asociada, sino que esto era paralelo en otras relaciones sociales en la vida del paciente. En esta investigación la categoría social baja incluía un rango de cualidades en las que el paciente se encontraba inferior, incluyendo confianza, respeto, competencia y atracción.

En términos REBT, la mayoría de las cogniciones que hemos estado exponiendo – identidad, propósito y poder en particular – son Aes inferenciales y no Bes. Indudablemente, a menudo, son Aes críticas, por ejemplo, malevolencia (“cree que soy malvado y debería morir”) y potencia (“él es poderoso y yo soy débil e impotente”). Dado que las creencias de que las voces son malévolas y todopoderosas son, formalmente hablando, delirios secundarios, yo expondré el contenido de las creencias de auto-infravaloración (una de las irracionalidades derivadas) que estas evidencias provocan en la próxima sección sobre los delirios paranoides.

Sin embargo, antes de concluir esta sección, hay dos puntos a considerar acerca de las valoraciones. Primero, el poder diferencial percibido entre el oír y la voz – la voz como omnipotente y sabelotodo – significa que lo que dice la voz tiene mucho peso y

consecuentemente los niveles de convicción en la veracidad de los pronunciamientos de la voz son característicamente muy altos, si no totales. Por tanto, se facilita poderosamente la transición desde una A crítica tal como “tú eres malvado” hasta el correspondiente pensamiento de auto infravaloración “seguro que lo soy”. De hecho, la transición automática de uno al otro es probablemente mucho más pronunciada que en la mayoría de los otros trastornos, dado que algunos de los otros trastornos tienen esta cualidad psicótica de sus acontecimientos adversos, en los que el hostil es casi supernatural en su fuerza y potencia. Esto supone más de un problema, desde luego, para la controversia sobre la REBT y yo he sugerido previamente que antes de afrontar la creencia es mejor debilitar las inferencias acerca de la voz (esto es, destronar a la voz supernatural).

Un segundo punto se refiere a la implicación de nuestros hallazgos de nivel–inferencia para la creencia irracional primaria, la obligación. Los participantes en nuestro estudio actual sobre alucinaciones mandatorias explican, casi en su totalidad, que tienen una sensación compulsiva de obedecer el mandato, y aunque algunas veces son capaces de resistirse a realizar la acción tal como se ordena (especialmente cuando es peligrosa o antisocial) se sienten, sin embargo, normalmente obligados a realizar una acción menos grave con el propósito de apaciguar a la voz. Es evidente que la cumplimentación está dirigida a menudo por una creencia “mandatoria” y aquí hay un claro papel para una intervención cognitiva dirigida no únicamente a la obligación (¿donde está escrito que tienes que obedecer?) sino también a los derivados (por ejemplo, ¿cómo demuestra el desobedecer que eres malo?; incluso si las consecuencias para ti son malas ¿cómo pueden ser horrorosas?; “la evidencia muestra que tú lo soportas cuando te resistes”). Sin embargo, como he sugerido anteriormente, desafiar la obligación puede ser facilitado muy a menudo sin elegancia desafiando primero la omnipotencia de la voz mandatoria.

## *Delirios*

Anteriormente, yo afirmé que, en el contexto de un modelo biomédico, las voces se conceptualizan en un marco A-C, pero que podemos reconceptualizarlas coherentemente en un modelo cognitivo ABC. La cuestión ahora es, si las voces pueden ser conceptualizadas como Aes en un modelo ABC ¿qué pasa con los delirios? El psiquiatra tradicional considera en gran medida a los delirios, tal como hace con las alucinaciones, como síntomas de una enfermedad y por tanto mejor interpretados en un modelo A-C. Por ejemplo, Berrios (1991) defiende que los delirios no son creencias sino “actos de habla vacíos, cuyo contenido informativo no se refiere ni al *self* ni al mundo”. Sin embargo, ya hemos visto al menos que los pacientes pueden adoptar hacia sus síntomas actitudes de meta-nivel y esto trataría los delirios como una A. Pero (para desafiar la afirmación de Berrios) ¿tienen los delirios un contenido significativo? Claramente tienen un contenido comprensible (“la gente conspira en mi contra”) pero no en la forma de percepciones o sensaciones que caracterizan a las voces, sino, como afirma el DSMIV, son creencias (creencias erróneas que normalmente implican una mala interpretación de percepciones o “experiencias”). En términos REBT los delirios son Aes, pero Aes inferenciales, no perceptuales.

Los delirios son, en principio, inferencias incomprendibles y sólo difieren de las inferencias normales en que a menudo toman una forma muy concreta (“mis pensamientos están siendo transmitidos a otros”) y son mantenidas con unos niveles de convicción mucho más fuertes. Es precisamente debido a este nivel de convicción muy concreto y elevado (el paciente los contempla como “hechos” y lingüísticamente se expresan normalmente como hechos) que los delirios han sido, en comparación hace poco tiempo, consideradas como inferencias, dispuestas a la intervención cognitiva. El modelo ABC es de ayuda dado que clarifica que el delirio empieza con una observación a nivel perceptual acerca de la cual se hace el delirio inferente. La observación podría ser un acontecimiento (el hombre oidor dice lo que estaba pensando) o incluso una voz (“deja de fumar”), y la inferencia extraída (“mis pensamientos

están siendo transmitidos”; “los espíritus me cuidan”). Además, el modelo ABC también muestra que dentro de los delirios está implícita una valoración – que se expone a continuación.

## *Paranoia*

Una de las categorías más importantes de idea delirante es el delirio paranoide, y por descontado ha sido reconocido hace mucho por su diagnóstico como uno de los principales tipos de esquizofrenia. De nuevo, hemos progresado considerablemente en nuestro acercamiento cognitivo, en nuestro caso utilizando el marco ABC. El aspecto en el que nos hemos centrado es el contenido del delirio paranoide, con un interés particular en esta ocasión, no sólo en las inferencias extraídas, como se ha expuesto anteriormente, sino particularmente en las valoraciones centrales que manejan la paranoia.

El tema principal en cualquier delirio paranoide en el punto A es una amenaza – la inferencia de que hay una conspiración entre otros que intentan dañar al individuo. Esto ocasiona un afecto insano y una conducta auto derrotista en C. Pero, ¿qué son las iBes en el corazón de esta interpretación de amenaza? Como ha dicho Ellis a menudo, una vez tienes la A y tienes la C, no es difícil identificar las iBes. En los delirios paranoides nosotros conocemos las Aes – que el FBI conspira contra mí, que aquel hombre de la esquina es un espía que me vigila, que esta voz es la voz del demonio castigándome etc. Sabemos también que en C están implicados afecto y conducta – hay siempre en ideas delirantes (ira o ansiedad y depresión, agresión o evitación y retirada), nosotros sabemos que debe haber una creencia irracional, o varias, y deberíamos ser capaces de obtenerlas de la manera habitual por la cadena de inferencias.

Entre lo más obvio de las iBes en los delirios paranoides está la creencia de auto menosprecio o menosprecio por otros. Zigler y Glick (1988) propusieron que la paranoia es una defensa contra los ataques contra el *self*, cuya indefensión ocasionaría baja autoestima y depresión. ¿Cómo trabaja esta defensa? Quizás, creyen-

do concretamente en un complot diabólico estos individuos pueden creer que no son únicamente inocentes sino que son importantes. Así, ¿qué mecanismo cognitivo entra en juego aquí? Una línea de pensamiento es que ellos atribuyen la culpa de todo lo malo que les están ocurriendo externamente a otros malévolos, y se atribuyen el mérito de las cosas buenas que ocurren. Este estilo atribucional es bien conocido en la literatura psicológica social – el sesgo del *self* auto sirviente – que funciona para mantener mi autoestima. Richard Bentall y sus colegas (por ejemplo, *Bentall y col., 1994*) han observado que los participantes paranoides tienen un estilo atribucional caracterizado por un sesgo de *self* auto sirviente extremo y que esto se acompañaba por una autoestima superior a la media.

### *Dos tipos de paranoia*

Un problema que surge de la investigación del sesgo del *self* auto sirviente en la paranoia es que los hallazgos no son consistentes. De hecho, estos pacientes no forman un grupo homogéneo. Mientras Bentall y colegas observaron que los externalizadores tenían una gran autoestima, otros encontraron lo opuesto – que tenían baja autoestima. Por supuesto, nuestra propia investigación demostró que algunos no mostraban si quiera un sesgo auto sirviente. ¿Están equivocados después de todo Zigler y Glick y Bentall?

Nosotros proponemos otra explicación – que de hecho hay dos tipos de paranoia (*Trower y Chadwick, 1995*). Uno es el tipo clásico como describió Bentall – gente mala conspira contra ellos; ellos son básicamente buenos y culpan a otros de todo. En el otro tipo también creen que otros conspiran su perdición pero en este caso aquellos son mejores que ellos y ellos son malos y se lo merecen. La diferencia puede describirse mejor en términos de los conceptos de pobre de mí y soy malo, explicados con detalle por Paul Hauck (1976) en su libro de autoayuda *Vencer la depresión*, y más teóricamente por Wessler y Wessler (1980) y en alguna otra parte. El pobre de mí o los paranoides perseguidos creen que están siendo perseguidos erróneamente por otros malvados, y los soy

malo o los paranoides de castigo creen que están siendo merecidamente castigados por su maldad. Conceptualizado en términos REBT, los individuos pobre de mí estarían altos en “otros menospreciándome” pero bajos en auto menosprecio (confirmado en diversos estudios), tendrían también baja tolerancia a la frustración y tendrían tendencia a verlo todo horrible (aún no examinado empíricamente). Por otra parte, los individuos soy malo, estarían altos en “auto menosprecio” pero bajos en “otros menospreciándome” (confirmado en diversos estudios), pero tendrían también baja tolerancia a la frustración y tendrían tendencia a verlo todo horrible (aún no examinado empíricamente)

¿Cuál es la evidencia? En un reciente estudio (*Chadwick y col., en evaluación*) los hallazgos demostraron que ambos grupos expresaron evaluaciones negativas de los otros hacia ellos como sería de esperar en paranoia. Sin embargo, el grupo “pobre de mí” mostró un mayor nivel de evaluaciones negativas de ellos mismos hacia los otros y un menor nivel de evaluaciones negativas de si mismo que el grupo “soy malo”. El grupo “pobre de mí” se asocia más con una mayor autoestima y un menor nivel de depresión y ansiedad que el grupo “soy malo”. Contrariamente a las expectativas, no se observaron diferencias entre los grupos en el nivel reportado de ira. Sin embargo, los hallazgos generales apoyan nuestra hipótesis en relación con los dos grupos.

### *El self y la psicosis*

La mayoría de los investigadores y médicos que tratan psicosis, y de hecho, mucho de la salud mental, utiliza el concepto de autoestima cuando se refiere a conceptos relacionados con el *self*. Un principio de la REBT es que nosotros deberíamos abandonar el concepto de autoestima. De hecho, Ellis ha escrito que la autoestima es una forma de trastorno, ya que es una forma de auto puntuación global que él rechaza, y promueve la auto aceptación condicional que él rechaza. Por tanto, nosotros hemos adoptado la idea de evaluación de la persona, en la que la devaluación total de la

persona es una iB y la auto aceptación incondicional es la rB. Y hacia ese objetivo hemos promovido el concepto de evaluación de la persona como concepto central en la investigación de la esquizofrenia y hemos publicado la Escala para la Evaluación de Creencias como medida de la misma (*Chadwick y col., 1999*).

Sin embargo, hemos propuesto un desarrollo más completo en el concepto de *self* que forma las bases de un nivel psicológico alternativo provisional de explicación del desarrollo de esquizofrenia (*Harrop y Trower*, en imprenta). Está basado en nuestra “teoría de auto construcción” que presentamos para explicar los dos tipos de paranoia (*Trower y Chadwick, 1995*). Recurriendo a un rico legado de publicaciones filosóficas y psicológicas sobre el concepto del *self* (incluyendo el de Ellis) proponemos que no hay tal “cosa” como el *self*, a modo de objeto interior que puede ser medido, sino más bien el *self* tiene que construirse continuamente y nunca es estable. Para construir un *self* el individuo tiene que realizar una serie de conductas de auto presentación y estas auto presentaciones deben ser reconocidas como tales por la “audiencia” de otras personas importantes, quienes de ese modo concretan el *self* como presentado en objeto social (o mejor, dan estatus ontológico al *self* presentado).

Hay (según esta teoría) dos imperativos opuestos implicados en el proceso de auto construcción. El imperativo existencial es la proposición de que la creación de un *self* es el máximo motivo humano fundamental – como lo plantean los existencialistas, no menos que el motivo ser. Dado que el *self* debe construirse, el individuo experimenta vacío, o como plantea *Laing (1960)*, “inseguridad ontológica”, si fracasa en la creación del *self*.

Por otro lado, la moral imperativa es la coerción moral del individuo (“él”) para construir un *self* que el otro desea que él construya. En otras palabras, los otros pueden evocar la moral imperativa para intentar asegurar que el individuo se presentará a si mismo de la manera que ellos desean y que él debe. El castigo por rehusar cumplir es que el otro tiene más probabilidad de rehusar el dar reconocimiento, o puede

intentar redefinir al actor como malo – dos tipos de amenaza descritas más adelante. Por esto, el problema con la moral imperativa es que puede estar en conflicto directo con la imperativa existencial. Para interpretar a Sartre (1943/1957) esto se debe a que yo deseo encontrar mi propio ser – para ser el autor de mi propia autoconstrucción – pero el otro (a quien necesito para conseguir esto) puede desear ser el autor de mi autoconstrucción y usa la moral imperativa para intentar alcanzar ese nivel.

Hay por tanto dos caminos por los que el otro puede frustrar la imperativa existencial de un individuo para construir su *self* (*Dignan y col., 2002*). El primero es lo que hemos llamado la “amenaza de inseguridad”. En esta situación el otro es continuamente indiferente, negligente, rechazador o ausente, de modo que el individuo no puede ganar el reconocimiento que le de la seguridad ontológica. Los pacientes emplean a menudo términos como “despreciable” “no soy nada”. Hemos hallado que los pacientes invocarán a sus voces como sustitutas de gente real para llenar el “vacío” porque como declaró un paciente, “ellas me necesitan y me hacen sentir seguro”. Otro paciente tenía un complejo mundo de delirios de gente pequeña para la que él era Dios. Nosotros especulamos que este serían las voces “benévolas” identificadas por *Chadwick y Birchwood (1994)*.

Al segundo tipo le hemos llamado la “amenaza asfixiante” en la que otro está excesivamente presente e impertinente e intenta tomar control del *self*, por medio, que nosotros discutiríamos, del mecanismo de la moral imperativa. Consecuentemente, el individuo que sucumbe no construye su auténtico *self* sino un *self* ajeno a él. Puede sentir que su *self* está poseído por el otro. En nuestra experiencia, los pacientes psicóticos reportan a menudo esta experiencia de “posesión” - voces omnipotentes y omniscientes controlan los movimientos del individuo, leen sus pensamientos, le extraen pensamientos e insertan pensamientos en su cabeza, etc. Nosotros especulamos que esas voces deben ser del tipo “malévolo” tal como las identificaron *Chadwick y Birchwood (1994)* e incluirían alucinaciones mandatorias que el individuo se siente obligado a obedecer.

La amenaza asfixiante puede ayudar también a explicar lo que *Frith (1992)* llama los trastornos de acción voluntaria incluyendo abulia (sin voluntad), alo-gia (sin palabras), amimia (sin sentimientos), incapacidad para generar una conducta apropiada de sus propias voluntades y conducta provocada por estímulos externos sin importancia. Frith sugiere cómo aspectos específicos de la esquizofrenia como los mencionados pueden surgir de anormalidades específicas en “metarepresentación”, lo que él atribuye a un hipotético déficit neuronal. Este es el mecanismo cognitivo que nos permite estar atentos a nuestros objetivos, a nuestras intenciones y a las intenciones de otra gente. Ya hemos expuesto la naturaleza de la conciencia como intencionada. Es muy probable que la experiencia a lo largo de la vida de ser controlado intrusamente y de tener un *self* extraño y no un *self* auténtico (auto-construido) y la pérdida concomitante de un centro de iniciativa, causen una profunda disfunción en el funcionamiento normal de la conciencia. Nosotros sugerimos que esto puede ser el origen psicológico del fracaso de la explicación de Frith sobre la voluntad.

Por tanto, nosotros sugerimos que por lo menos algunas experiencias psicóticas, tanto positivas como negativas, surgen de uno u otro tipo (o de ambos) de amenaza para la auto-construcción, suficientemente grave donde la auto construcción social normal fracasa realmente, donde o se inventa un mundo real o el mundo hace implosión sobre el sentido de ser de la persona.

Nuestra teoría tiene similitudes pero también diferencias con la teoría REBT. Primero, es similar en que ambas teorías proponen que no hay tal entidad como el *self* que pueda ser valorado globalmente. Nuestra teoría es, en efecto, una explicación fenomenológica del *self*, en la cual el *self* no es más que la totalidad de las apariencias y no una entidad por debajo de esas apariencias. Esto es similar a la posición REBT en que podemos valorar nuestra conducta pero no el *self* y en que el *self* no puede ser reducido a una conducta (o grupo de conductas).

Sin embargo, hay diferencias entre las teorías en el tratamiento del deber. Nuestra teoría, de hecho, postula

que hay dos deberes, el imperativo existencial (o deber) y el imperativo moral (o deber) mientras que la REBT no hace tal división.

El deber existencial podría incluir tales creencias como “debo hacer X (por ejemplo, hacer realidad) para ser útil, y si no lo hago seré despreciable”. En términos de nuestra teoría esto significa que yo debo presentarme a mismo de una manera que me consiga el reconocimiento que me hace verdadero a mi mismo (es decir, auténtico) siendo realista, y si no soy reconocido no soy nada, es decir no soy un ser. La palabra “despreciable” se toma aquí para referirse a un tema ontológico – la experiencia de no ser – y no a un tema moral.

Por otra parte, el deber moral podría incluir creencias tales como “debo hacer lo que otros quieren que haga para ser moralmente bueno y si no lo hago se me considerará (y por tanto seré) moralmente malo, infame, malvado. En nuestra teoría esto significa que debo construir mi *self* de la manera que quieren los otros y yo debería y no de la manera que quiero, sino me definirán como moralmente malo y estaré constituido de esta manera en mi esencia, si ellos me definen así. En otras palabras, yo tengo la creencia (en términos REBT, irracional) que el otro puede constituir mi verdadera esencia, en este caso como moralmente malo, simplemente al definirme de ese modo, y tengo la falsa creencia que ello me define en mi totalidad – en términos de la teoría de la atribución, global y establemente. Es interesante destacar que *Higgins (1987)* también distingue entre el fracaso de conseguir lo que quiero ser y lo que debo ser. Él lo describe como la diferencia entre el *self* ideal (las esperanzas, deseos y aspiraciones de uno) y el *self* que debo ser (el sentido del deber, las obligaciones o las responsabilidades de uno) y es una distinción que, como señala Higgins, ha sido hecha por diversos autores.

En términos REBT, los términos “deber”, “debería” “tener que” y similares se agrupan más o menos como sinónimos bajo el concepto de la filosofía exigente. Sin embargo, hacemos una distinción entre los significados de estos términos. El término “obligación” (y probablemente la frase “tener que”) en general, signifi-

ca “imperativo” y consecuentemente se aplica igualmente a los imperativos existenciales y a los morales. Sin embargo, los términos “debería” y “tendría” se aplican estrictamente hablando al tema moral, aunque a menudo se usan más vagamente para significar el equivalente de deber. Sin embargo, creo que es más claro y preciso limitar sus usos al aspecto moral. Además, el término “debería” y “tendría” no son, hablando estrictamente, sinónimos de deber ya que a menudo discutimos la creencia “debo hacer lo que debería”.

No creo que la distinción que establecemos entre las imperativas existencial y moral, choque con la teoría REBT – sólo sucede que en la REBT no se establece esa distinción. De hecho, la teoría REBT puede acomodar fácilmente esta distinción sin cuestionar la validez de la asunción de irracionalidad del deber. La distinción sería útil, creo, en aquella en que el aspecto existencial de inutilidad es bastante diferente del aspecto moral de maldad y requiere una valoración diferente y una estrategia disputacional, particularmente en psicosis. La fuerza de la discusión del deber existencial es que mi valor, y por tanto mi existencia, no depende de la afirmación específica de otros importantes, mientras el objeto de la discusión moral es que la desaprobación por el otro no me genera intrínsecamente mal o malicia si no que, en el peor de los casos es sólo una evidencia de mi posibilidad como humano de cometer errores. Desde nuestro punto de vista teórico de auto-construcción, el objetivo de ambos deberes es capacitar a la persona para restaurar su capacidad de auto-construcción que ha sido bloqueada por uno u otro deber (o ambos). Describimos los principios y la práctica de esta teoría en nuestro próximo libro (*Harrop y Trower*, en imprenta).

## Conclusión

En este capítulo he expuesto que la teoría REBT, adaptada y ampliada de varias maneras, puede proporcionar una poderosa terapia para la mayoría de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales asociados con la esquizofrenia. Esto es cierto no sólo a

un nivel superficial o meta nivel, en el que se trata la esquizofrenia únicamente como un efecto vital adverso, sino que puede aplicarse a varios síntomas positivos y negativos, y en combinación con otras teorías, particularmente la teoría de las clases sociales y la teoría de la auto-construcción, proporciona las bases para explorar un modelo psicológico para complementar el modelo biológico de esquizofrenia. Lejos de ser definitivos los puntos comentados en este capítulo son indicativos, pero hemos llevado a cabo diversos estudios empíricos que apoyan varias de las afirmaciones, particularmente en relación con las voces y la paranoia.

La Bibliografía y las tablas de los artículos las pueden pedir a:  
avellanedaguri@gmail.com.