

TERAPIA COGNITIVA EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Alejandro Bello Gómez

Psicólogo col. M-12.992

Socio Acreditado de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas.

Servicio de Atención Domiciliaria de AMAFE

(Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia)

(Sesión Clínica en el COP- Madrid, febrero de 2002)

INDICE:

- 0.- Introducción.
- 1.- La forma de entender al ser humano.
- 2.- Terapia cognitiva en circunstancias especiales.
- 3.- Demanda y enganche.
- 4.- Resistencia al tratamiento.
- 5.- La actividad.
- 6.- Alucinaciones y delirios.
- 7.- Depresión.
- 8.- Ansiedad.
- 9.- Agresividad.
- 10.- Obsesiones y compulsiones.
- 11.- Uso de sustancias.
- 12.- Intervención familiar.
- 13.- Terapia para terapeutas.

0.- Introducción.

El servicio de atención domiciliaria de nuestra asociación surge ante la necesidad no cubierta por los servicios públicos (siguiendo la tradición de marginalidad de la salud mental, fundamentalmente porque no pueden ser fáciles vendedores de su fuerza de trabajo) de una atención para personas con esquizofrenia cuya falta de conciencia de enfermedad, o como consecuencia de la propia sintomatología, se niegan a medicarse (factor de protección) y/o tienen un muy bajo nivel de actividad. En estas circunstancias la asistencia a un centro es muy poco probable, por lo que se decidió instaurar el SAD.

Por otro lado, con pacientes a los que se consigue atraer al Centro y aquellos que lo soliciten, también realizamos terapia grupal, que incluye, en lo que a mí me toca, intervención en automanejo emocional (en otros sitios llamado "autocontrol", con menos fortuna) y autoestima (que preferí retitular "autoaceptación y autoestima"). Contaré cómo la terapia cognitiva es de utilidad en cada síntoma (tratado individual o colectivamente). Para acabar las pinceladas generales de la actividad en el SAD, anotar que tenemos el placer de colaborar como centro de prácticas con el Master de Psicología Clínica de la UCM. La posibilidad de captar y modificar construcciones de algunos de nuestros alumnos me ha permitido incluir un último punto destinado a ellos.

1.- La forma de entender al ser humano.

Mi forma de trabajar viene fundamentada por la idea de que a las personas no les perturban tanto los hechos como la visión que tienen de ellos. Aunque esto sea compartido por varias terapias de corte cognitivo, apuesto por una epistemología constructivista que asume los siguientes puntos:

- ? El conocimiento es de naturaleza "artificial" : no es una representación directa de la realidad en sí misma (objetivismo) sino una construcción de la experiencia y actividad del sujeto. Desde este punto de vista el ser humano, al conocer, no maneja datos objetivos sino interpretaciones de la realidad, no descubre algo que ya está ahí y que antes le pasaba desapercibido, sino que su actividad como conocedor es propiamente la de inventar un marco mediante el cual dar significado -poder interpretar- los hechos.
- ? Se contempla el conocimiento como una actividad adaptativa y evolutiva. El ser humano hace teorías e hipótesis sobre la realidad, trata de anticipar de alguna manera lo que va a ocurrir, de darse una explicación acerca de los acontecimientos que le suceden. En la medida en que estas hipótesis le sirvan para explicar su realidad las mantendrá y cuando no sean explicativas o predictivas serán invalidadas. Esto es, nuestras creencias están sometidas a un continuo proceso de revisión o "selección por la experiencia" de forma que "sobreviven" aquellas de nuestra teorías personales que no reciben una invalidación por parte del entorno de experiencia, es decir aquellas que son viables. Se rechaza la idea objetivista del conocimiento como acercamiento progresivo -mediante acumulación de datos objetivos- a la verdad. No hay conocimientos verdaderos sino viables.
- ? Conocer es captar una diferencia. Según este principio no conocemos captando las propiedades inherentes de una realidad esencial, es decir, no llevamos a cabo un proceso de abstracción de aquello que es definitorio o esencial en una realidad u objeto, esto es un conocimiento conceptual. Nuestro conocimiento se organiza en torno a constructos que como el propio nombre indica no son representaciones abstractas que reflejan la realidad, sino formas de construirla al establecer diferencias. El conocimiento es algo relacional basado en el establecimiento de un juego de identificaciones y diferencias entre los objetos de aquello que llamamos el mundo real.
- ? El conocedor y lo conocido son inseparables. Se rechaza la independencia y el dualismo entre el sujeto y el objeto tal y como pretendía el positivismo, ya que entre ambos se establece una verdadera interacción.
- ? El lenguaje es el artefacto por excelencia para llevar a cabo el conocimiento y la construcción de lo "real". No es una variable mediacional que nos condiciona de alguna manera al acercarnos a la "realidad externa" objetiva y positiva, sino que el lenguaje delimita nuestras realidades, nos movemos en universos lingüísticos.

La mente ya no se estudia como una entidad localizada en el interior del individuo o en su cabeza, podríamos decir que ahora la mente está "entre" los individuos y así, es analizada en tanto en cuanto representa una acción sobre el medio circundante, por tanto, con un valor instrumental. Pero al mismo tiempo, esta mente y todas las funciones mentales superiores, por ser socialmente mediadas, tendrán significados culturales y desempeñarán un papel en la vida social de la comunidad, es decir, ya no se contempla la actividad mental como algo privado o individual, sino como actividad con significado social. Esto encuentra su reflejo en la teoría psicológica del construccionismo en la idea de que los grupos sociales (sociedades, comunidades, familias...) desarrollan "narrativas dominantes", esto es, formas hegemónicas de explicación de la realidad que son compartidas por

sus miembros y que remiten a un modo de vida. Desde la perspectiva construccionista, tales narrativas dominantes pueden estar en muchos casos en el origen de desajustes emocionales (p. Ej. narraciones en la que el valor de la persona depende de los éxitos que consigue, el sentido de la vida depende de la aprobación de los demás o el "héroe" es la persona más competitiva).

Me gustaría reseñar la importancia que el condicionamiento económico y social produce en el funcionamiento de la conciencia del individuo y en concreto en la conciencia de un sujeto con esquizofrenia, de modo que no perdamos la perspectiva de que estas intervenciones individuales o grupales no son más que meros parches (entusiasmantes, útiles, loables incluso) en unas condiciones que escapan al poder del terapeuta y, que bajo otras circunstancias, le harían perder (afortunadamente) una gran cantidad de trabajo. Un estudio de Warner, citado asiduamente por Max Birchwood y Filiberto Fuentenebro (de Birmingham y Madrid, respectivamente), por ejemplo, alega que las tasas de recuperación desde la introducción de los fármacos antipsicóticos no son superiores a los de inmediatamente después de la Segunda Guerra, pero sí parece que las tasas disminuyeron durante la gran depresión. Durante la gran depresión de los años veinte y treinta la recuperación completa bajó al 12% y la social al 29% Birchwood añade (tuve la oportunidad de oírsele decir hace aproximadamente un año) que el número de casos en Gran Bretaña de negros de segunda generación es cinco veces mayor. Da que pensar, ¿cierto?

Para concluir esta introducción, imprescindible, anotar las mejoras que la terapia cognitiva intenta desde hace pocos años incluir: un nuevo concepto de relación terapéutica en la que el paciente ya no es juzgado en base a si procesa mal o bien la información, si distorsiona o no, sino en el que las realidades son múltiples (como dice Watzlavick) o al menos se crean y transforman a la vez que se asimilan; incluir la importancia de lo no consciente (por ejemplo, los esquemas o los algoritmos no conscientes) para entender procesos y resultados conscientes. Centrarse más en información no verbal, no proposicional sino implicacional; el punto fijo emocional de la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler o la técnica de flecha descendente, para la que hace falta una buena dosis de intuición o haber uno experimentado el papel de paciente (recomendación de la FEAP), lo demuestran. Centrarse más en el papel de la emoción y su expresión (de ahí la tendencia a prescindir del concepto de autocontrol) como podemos encontrar en las terapias dedicadas a casos de trastorno de estrés postraumático o en la terapia cognitiva centrada en esquemas, en la que juega un papel crucial la formación infantil de esquemas con información emocional asociada.

Todo ello, al fin y al cabo, para la conseguir resultados óptimos en la psicoterapia, ese arte de mezclar diversos elementos y en donde, como en la alquimia se busca la excelencia, la transformación de un metal corriente en oro (Isabel Caro).

2.- Terapia cognitiva en circunstancias especiales.

La técnica por excelencia en la terapia cognitiva es el debate, de cara a construir una nueva narrativa con la que contarse los acontecimientos sucedidos. Asumo en este punto una matiz postracionalista (aunque no postmodernista, ya que la razón, bajo mi punto de vista hace crisis ya en la dialéctica), ya que es cada vez más difícil refutar a quienes afirman que los terapeutas no somos jueces objetivos que distinguimos entre el error y el acierto del paciente al procesar, sino que proponemos modificar la interpretación de la realidad en base a un elemento (el lenguaje) que por necesidad va a ser fragmentario en donde la realidad no lo es. Estos acontecimientos pueden ser microestresores psicosociales, sucesos depresogénicos o ansiógenos, comportamientos disruptivos de un familiar, acontecimientos que desencadenen los delirios... y (atención!) las propias alucinaciones y obsesiones o impulsos.

Por ello, es fácil imaginar que, por mucho que uno lo desee, la sistematicidad en cada área a intervenir y cada momento del proceso terapéutico no va a ser similar. Quiero decir que podemos llegar de un diálogo cuasi informal mientras se pasea al perro del paciente junto a éste, hasta la sistematicidad de:

- ? enlazar la narrativa original con posibles distorsiones,
- ? con narrativas dominantes en la cultura,
- ? preguntas para ampliar información y búsqueda de nuevos significados,
- ? constructos que se aplican en esa narrativa y escalamientos,
- ? momentos del pasado en que se aplicaron
- ? y elicitación de una nueva narrativa más adaptativa con la que describirse el acontecimiento.

3.- Demanda y enganche

Tengamos en cuenta que la demanda ha sido realizada por una tercera persona. A nuestro servicio llega el familiar sin haberlo hablado con el paciente. Nos encontramos entonces en una situación en la que rozamos lo éticamente aceptable. En una situación como la de tener un hijo con esquizofrenia puede ser fácil caer en el error de arrogarse derechos sobre el enfermo que uno no tiene. Un hermano me llegó a decir, incluso, que al no saber el paciente qué era lo mejor para él, sin tener comportamientos disruptivos notables más que cambiar algún mueble de sitio, estaba filosóficamente legitimado para obligarle a tomar neurolépticos, cuando el paciente no confía en absoluto en la farmacología occidental y se decanta por la oriental. Otro caso: un paciente que consume cerveza y hachís, que no tiene apenas síntomas positivos, pero que disfruta con los efectos de esas sustancias. Es patente que la demanda de la madre (que su hijo deje de consumir) no tiene mucho que ver con la esquizofrenia y no sería menester luchar por cumplir ese objetivo cuando el paciente no se le plantea ni de lejos. En cualquier caso, la demanda más habitual es que el usuario "haga algo".

Tras la evaluación desde la perspectiva del familiar, se nos plantea cómo producir el enganche. Tengamos en cuenta que son criterios de inclusión en el servicio una profunda inactividad y/o falta de adherencia a la medicación. Poneos por un momento en el lugar del paciente. Estais en casa y un día cualquiera os dicen que va a aparecer un psicólogo (lo pueden confundir con psiquiatra y meternos en el saco de "esos hijos de puta" a los que jamás quieren volver a ver) para hablar con vosotros. Es impactante, más aún cuando hay sesgos interpretativos de corte paranoide.

Intento conseguir que el choque no sea tan duro pidiendo al familiar que le exprese al paciente la idea de que hay una persona a su disposición para producir alivio del sufrimiento que él tiene a través de cualquier área (y solamente éstas) que desee seleccionar para intervenir. Muchas veces la respuesta del paciente es que él no necesita nada de eso. Y otras muchas veces lo único que puede hacer el familiar es decirle que va acudir un psicólogo, a lo mejor sin decirle qué día para que no se

"escape". A veces hemos aparecido sin avisarle, pero el resultado no ha sido por lo general favorable.

Llega entonces el momento del primer contacto. Nos encontramos con situaciones como, por ejemplo, hablar a través de una puerta con el paciente, sentados en el suelo. O incluso hacernos los contradizos en un pasillo de la Asociación para que el familiar nos presente cuando el paciente salía de clase de informática. Y en ese primer momento hablamos, generalmente, de cualquier cosa antes que de esquizofrenia.

Tengamos en cuenta que la conciencia de enfermedad se ha solido dividir en tres componentes: la conciencia propiamente dicha, la aceptación del tratamiento y la recalificación de las experiencias psicóticas. Los pacientes del SAD pueden no tener ninguno de esos componentes. Entonces nos centramos en la generación de motivación en la búsqueda de refuerzos para el paciente, así como en reiterar la relación entre actividad y estado de ánimo.

Nos toca luchar contra el enemigo más feroz que pueda tener un psicólogo:

4.- La "resistencia" coherente al tratamiento

Las evaluaciones que producen "resistencia" pueden ser fruto fruto de la percepción de incapacidad. Pensamientos del tipo "tendría que ser más fácil, mejorar con lleva esfuerzos terribles, tendría que conseguir mejorar en poco tiempo, estoy invalidado por completo para hacer nada, no puedo más, puedo evadirme sin consecuencias..."

Ante estas interpretaciones, luchamos para que lleguen a estas otras:

- 0 nadie dijo que mejorar tuviera que ser fácil.
- 1 no está escrito en ningún sitio que tenga que ser así.
- 2 puede ser duro pero los esfuerzos no serán titánicos.
- 3 pase lo que pase, por duro que sea, no será insoportable.
- 4 y el esfuerzo que haya que hacer para mejorar tampoco lo será.
- 5 no hacer nada es elegir el camino más dificultoso, el de seguir mal.
- 6 evitar es tomar una decisión, no se puede no decidir...
- 7 tener alguna limitación no significa estar invalidado.
- 8 que algo haya salido mal no significa que siempre vaya a salir así.
- 9 si resulta una actividad estresante siempre se le puede poner remedio.
- 10 no hay nada que perder.

Pero con esto no basta para explicarse el por qué hay pacientes que reniegan de eso que supuestamente tanto les conviene. El concepto de "resistencia" ha sido muy criticado por modelos postracionalistas ya que ven en él, una vez más, al concepto de paciente como incapaz de conocerse y conocer qué le conviene. Lo que quiero decir con esto es que habría que mirar más allá, qué significados se le ponen en juego al paciente. Hace poco, en una primera visita, me decía un usuario: "yo es que no puedo asumir que tengo esquizofrenia, es que no puedo... Se me vendría todo abajo!" Este ejemplo clarifica el terror a una invalidación masiva o de constructos nucleares y su consiguiente motivación hacia el statu quo.

5.- La actividad

Desafortunadamente, los pacientes que nos llegan no son casos precoces en los que la intervención podría producir (según Max Birchwood) una reducción de la probabilidad de recaídas hasta en un cuarto. Así que la marcada inactividad está más enraizada. Parece cada vez más demostrado que los constructos relacionados con conductas y emociones forman un sistema fragmentado en las personas con esquizofrenia. Les cuesta discriminar entre diferentes constructos tanto como integrarlos jerárquicamente. Contra eso luchamos cuando le podemos proponer la actividad en base a una búsqueda verbal de la capacidad reforzante de lo que le ilusiona, la que otras actividades tuvieron en otro momento, las que él ve que tienen en los demás o en último término como simple estrategia de distracción.

La distracción puede ser crucial cuando se encuentran en climas familiares estresantes (esto es, ambiguos, complejos, impredecibles, críticos, hostiles o con excesiva identificación entre sus miembros).

6.- Alucinaciones y delirios

El 60 % de los sujetos con esquizofrenia sufren alucinaciones auditivas y el 29% de visuales. Es ya conocido que las creencias sobre la omnipotencia, identidad de las voces y su propósito se han asociado con la disminución de la perturbación. También se ha desarrollado un método de intervención en ideas delirantes (inferencias incorrectas sobre la realidad externa, incorrectas no tanto por su falsedad como por estar extraídas en un contexto inapropiado, con una justificación inapropiada y profundamente perturbadoras).

Las voces: la primera reacción ante las voces es de perplejidad. Desde una perspectiva cognitivista, estas voces no tienen por qué constituir un problema para el individuo. Parece crucial darle importancia no al hecho de tener o no las voces sino a las creencias sobre estas. Creencias sobre la omnipotencia, benevolencia y malevolencia de las voces. Todas las voces, en un experimento realizado por Chadwick y Birchwood, daban la sensación de saber todo sobre las historias pasadas de la gente que las tenía, lo que les hacía sentir expuestos y vulnerables. En concreto, las creencias sobre la malevolencia podían centrarse en que eran un castigo por alguna mala acción o bien una persecución que ellos no se merecían.

Ante estas diferentes interpretaciones aparecen unas determinadas respuestas conductuales y afectivas: o un compromiso con las voces y una subsiguiente cooperación (lo que generaba un afecto positivo), resistencia ante las voces y conducta combativa para con ellas (lo que producía afecto negativo) o indiferencia con falta de implicación hacia la voz (con afecto neutro).

Como en el punto del desarrollo de las sesiones del grupo en que introducimos el tratamiento de las voces ya hay establecida una relación terapéutica, cuestiones como anticipar las consecuencias positivas de la terapia, la posibilidad de conocer a otras personas con experiencias similares o la no obligatoriedad de ninguna de las actividades ya han sido acordadas.

Respecto a la terapia, en un primer momento se cuestionan las pruebas que se consideran menos centrales sobre las creencias acerca de las voces, por ejemplo, la omnipotencia de la voz, benevolencia o maledicencia, dando ejemplos de pequeñas inconsistencias e irracionalidades, para ofrecer luego la posibilidad de una alternativa. Después se le plantea la posibilidad de que las voces estén generadas por uno mismo, teniendo siempre un significado personal notable, al igual que ocurre (lo veremos más tarde) con posibles pensamientos intrusivos.

Se pone a prueba la creencia de que no es posible controlar las voces, es decir, que uno no puede (en consecuencia) ni encenderlas ni apagarlas. Tras eso, se analiza qué antecedentes desencadenan o disminuyen las voces. Lo que da pruebas, poco a poco, de que el origen es interno. Hay quien afirma, no sin lógica, que la interpretación de las voces como algo externo es en sí misma una creencia delirante. Además, busca y comprueba la relación significativa de las voces con la

vida del sujeto, al estilo nuevas terapias como la terapia cognitiva centrada en esquemas.

Para las ideas delirantes el proceso es muy similar. En un ambiente de empirismo colaborador, evitando etiquetar al sujeto como "un esquizofrénico", se empieza la fase de reto verbal cuestionando sólo la evidencia de la creencia menos fundamentada (igual que en la terapia cognitiva de la depresión).

Desde el punto de vista constructivista, la intervención, siendo coherentes con las hipótesis de Bannister, Feixas y Cornejo, Lorenzini y Sassarola, se orienta a la consecución de una mayor integración del sistema, esto es de lograr una clara jerarquización que incremente las capacidades predictivas. Ello se llevaría a cabo mediante la separación de los polos de constructos homogeneizados, esto es separando los polos y haciendo que el constructo resulte eficaz a la hora de hacer discriminaciones sobre otros constructos de nivel inferior. En este sentido las técnicas de escalamiento ascendente y descendente pueden resultar de gran utilidad.

7.- Depresión

El estilo atribucional paranoide está en clara oposición al depresivo, sin embargo, los afectos negativos y en concreto el depresivo están notablemente generalizados en personas con esquizofrenia. Se asocia a tres asuntos: la impotencia percibida del individuo que cree que ha perdido el control sobre su mente, las autoevaluaciones negativas (como que ser responsable de los síntomas o el no poder alcanzar determinadas aspiraciones les hace indignos o perder valor como personas) y, por último (pero, bajo mi punto de vista, como expresión de los anteriores) la malevolencia de las voces, que ya vimos en el punto anterior.

La intervención grupal para la depresión incluye una historia novelada (es patente la necesidad de que para transmitir información a esta población es menester que sea sencilla, repetitiva y emocional) con dos personajes. Uno de ellos con un afrontamiento deficiente y otro con un afrontamiento útil.

Se trata, a través del debate cognitivo más básico, las tres columnas, y un arsenal de creencias útiles, de conseguir elevar la tolerancia a la frustración, en la percepción de sí mismos como absolutamente inútiles y del futuro como negro.

Su autoconcepto no escapa a los estragos de tener esquizofrenia. La aplicación de constructos que no son coherentes con los de su propio repertorio sobre sí mismos produce, gracias muchas veces al estigma social que les acompaña, una culpa notable.

8.- Ansiedad

Las personas con psicosis a menudo suelen referir que los sentimientos de ansiedad aguda, desesperación, soledad, inutilidad y rechazo son tan importantes o más que los síntomas propiamente psicóticos. Múltiples estudios han mostrado la importancia de la percepción de amenaza al sistema de constructos que se revela en la ansiedad. No es difícil imaginar la cantidad y variedad de amenazas que en la vida de alguien con esquizofrenia puede aparecer. Tanto las relacionadas con alucinaciones ó ideación delirante como las relacionadas con la amenaza a la propia estima o el "bienestar". En el apartado de ansiedad hemos seleccionado las amenazas y estrategias de manejo relacionadas con las últimas. Como en el trastorno obsesivo-compulsivo y, más ampliamente, en la terapia de constructos personales, las técnicas de "exposición" son entendidas como experimentos en los que validar ó invalidar la construcción disfuncional ansiógena. Entendiendo así las técnicas comportamentales, se pueden integrar con facilidad en el marco teórico que envuelve este texto.

No entendemos siempre la ansiedad como emoción "a controlar" o "disminuir". La técnica de re-etiquetación, por ejemplo, es una muestra de cómo se puede atribuir un significado funcional a la activación simpática, rompiendo al tiempo el

modelo lineal de entender la emoción como sucesión (y sólo sucesión) de cogniciones "irracionales".

La ansiedad la tratamos con las siguientes técnicas:

- 1.- definición
- 2.- captación y modificación con técnica de las tres columnas de pensamientos de que hay amenaza para mi comodidad, tengo que conseguir lo que quiero, si no lo consigo será un desastre.
- 3.- captación de hay alguna amenaza para mi estima propia, tengo que hacer cosas para ser aprobado por los demás, necesito su aprobación, si no la obtengo será terrible.
- 4.- uso de la imaginación racional-emotiva, que les cuesta.
- 5.- control de la activación mediante la respiración de Mattick adaptada por el profesor Echeburúa.
- 6.- uso de autoinstrucciones.
- 7.- reetiquetación de la ansiedad.
- 8.- práctica positiva.
- 9.- EMDR para los ingresos.

9.- Agresividad

Respecto a la agresividad, hemos intentado dejar bien clara la relación que existe entre la "conducta" agresiva y el significado personal del usuario. La narrativa dominante en la cual se entiende el valor de las personas como dependiente de éxitos, fracasos, alabanzas, insultos, logros, méritos, etc conlleva la necesidad de reinstauración del valor "perdido" (muchas veces de forma tácita, sólo traducible a palabras con verbos del tipo "conlleva", "implica", "es inexorable..."). Queda patente la influencia de los valores determinados por los factores económico-sociales...

- 1.- Definición y origen en uno mismo, no en los demás, agrade el que puede porque la mayoría de las veces se asocia con minusvaloración y se intenta impedir... Ante la opinión de que ante determinadas agresiones es imposible no responder, se rebate tratándolo como un algoritmo. ¿Por qué va a ser inexorable responder así?
- 2.- debatir pensamientos absolutistas en segunda persona.
- 3.- debatir pensamientos de injusticia.
- 4.- debatir lectura del pensamiento.
- 5.- analizar ventajas y desventajas.
- 6.- encontrar parte de razón, la intención no agresiva de la otra persona, sacar normas y cuándo uno mismo usó esa norma.
- 7.- "ponernos azules", salir de la situación antes de llegar al rojo.
- 8.- práctica positiva

10.- Obsesiones y compulsiones

En este asunto la terapia cognitiva ha realizado notables avances en los últimos años. Una vez más, no es el acontecimiento el que trae las consecuencias desagradables. La interpretación se presenta otra vez como la clave; con una peculiaridad, el antecedente no es un acontecimiento externo, sino ideas, imágenes o impulsos que sólo el usuario conoce. La metacognición sobre esos acontecimientos es el eje central de las técnicas de intervención, tanto en la interpretación de incremento de ocurrencia de un hecho (fusión-pensamiento-acción), como en la relación con los principios éticos del usuario (fusión

pensamiento-acción de tipo moral). De este modo, la aplicación de constructos del self no congruentes con los de la persona produce, a raíz de la obsesión, culpa.

Hemos encontrado también en este caso otro motivo para sustituir el concepto de "autocontrol" por automanejo. El control se convierte aquí en su peor enemigo.

- 1.- Siguiendo el programa de intervención de la Universidad Jaime I de Castellón, de la profesoras Cristina Botella, Rafa Ballester y Miryam Gallardo, damos la definición y origen de los pensamientos intrusivos y su contenido. Ejemplificamos con un listado de impulsos y pensamientos intrusivos de Rachman y Silva.
- 2.- Cuestionamos la metacognición, siguiendo las pautas de Wells, (1997) con las que analizamos qué ocurre si una persona interpreta ese pensamiento como válido o no.
- 3.- Aplicamos un listado de preguntas para retar la metacognición, como por ejemplo "¿en qué medida se sentiría responsable si pensara que el pensamiento no tiene valor?, ¿en qué medida el hecho de comprobar le ayuda a solucionar el problema?"
- 4.- Damos instrucciones respecto a la fusión pensamiento-acción, intentando romper la asociación entre la ocurrencia de tener un pensamiento o impulso y la probabilidad de que eso llegue a ocurrir. En un caso del SAD, le pedí al paciente que imaginara que me asesinaba allí mismo y me lo relatara. Después imaginé yo que le asesinaba a él. Se sorprendió mucho al comprobar que yo no me culpaba por haberlo pensado y que ninguno de los dos había asesinado al otro.
- 5.- Damos instrucciones para hacer autoexposición, su base lógica y exposición a las propias obsesiones y a lo temido. Teniendo en cuenta que el objetivo es comprobar en vivo para modificar las creencias.
- 6.- Intentamos llegar a nueva actitud fenomenológica con aceptación de los pensamientos, del fluir de la conciencia suspendiendo cualquier tipo de juicio sobre los pensamientos. Esta sola recomendación sirvió para reducir las ideas e impulsos suicidas (aparentemente depresivos) en pocas semanas hasta casi la desaparición en el paciente del que hablaba más arriba.

11.- Intervención familiar

Bajo las perspectivas cognitiva y sistémica, resultan de crucial importancia la interpretación de los comportamientos ajenos y su repercusión en uno mismo.

Nos parece patente que, cuando varias personas se relacionan durante cierto tiempo emerge un sistema de constructos, de características aplicadas a los demás y a uno mismo, como entidad por derecho propio. Cada individuo puede tener una posición única en el sistema de constructos pero estas posiciones dependen unas de otras en un equilibrio dinámico. En una ocasión, un paciente me narraba así su visión del lugar que le correspondía en la familia: "creo que mi hermana confunde sus papeles. El que sea psicóloga no es razón para que me diga qué tengo que hacer...ni para que intente volverse mi amiga siendo mi hermana. Y mi padre... mi padre llega a casa después de guerrear, el día es una batalla, la sociedad es así; si dejara la armadura en la puerta... Pero no lo hace. Así, claro, ja!, si, si, si ... Dicen que cuando me hablan se me va la bola. Pero, ¿cómo no se me va a ir si es la única manera que tengo para no discutir...?"

Las formulaciones que nosotros realizamos se pueden representar así: Un padre puede estar enfadado con su hijo porque parece estar escurriendo el bulto respecto a la familia. El hijo se retrae y enmudece, ya que la irritación del padre le "demuestra" que no le comprende ni le comprenderá nunca:



Existen unas evaluaciones que la práctica clínica nos ha revelado como frecuentes en los familiares de personas con esquizofrenia, y que, como todos sabéis, pueden elevar el nivel de estrés percibido plasmado en la emoción expresada. Max Birchwood ha encontrado que las atribuciones de los familiares hacia el control por parte del paciente de sus propios síntomas son indicio de una mayor perturbación conductual del paciente. De este modo, un primer grupo de evaluaciones disfuncionales son las similares a "podría salir de esto si él quisiera, sólo con intentarlo. Su comportamiento lo causa su vagancia o su irresponsabilidad."

En segundo lugar, pensamientos absolutistas acordes a esas atribuciones: "tiene que dejar de hacer eso, tiene que comportarse según las reglas familiares."

Como complemento, las evaluaciones que no consideran el contexto de la manera adecuada y exageran las consecuencias: "es terrible que no cumpla esa norma, no soporto verle tumbado", lo que refleja una rigidez extrema a nuevas experiencias y una perspectiva intensional, en la que el lenguaje se aleja de los hechos y lleva a interpretaciones del tipo "todo lo hace a su manera".

La intervención, tras evaluar la evaluaciones de cada miembro y su estilo comunicacional busca una nueva construcción de significado en cada miembro de la familia sobre los comportamientos de los demás y sobre sí mismos.

12.- Unas notas respecto al uso de sustancias

Existen tres motivos que llevan a la persona al uso de la sustancia: automedicarse los síntomas molestos, obtener la aprobación externa o por hedonismo, lo cual puede parecer bastante lógico dada su incapacidad de disfrute en condiciones normales. Cada causa tendrá una estrategia diferente: mejorar la medicación que toman, enseñar habilidades asertivas tras la modificación de la evaluación en la que creen "necesitar" la aprobación externa y una búsqueda de actividades alternativas placenteras. Bien es cierto que hay casos en los que el uso de sustancias está perfectamente razonado, y quedan pocos argumentos para encontrar la discrepancia entre sus objetivos y el uso de la sustancia. Por ejemplo, un caso en el que el hachis era la única manera de facilitar alucinaciones visuales gratificantes

13.- Terapia para terapeutas

Para acabar, y dado que por ser terapeutas no dejamos de ser humanos, os muestro algunas evaluaciones de una coterapeuta :

0 no voy a ser nunca una buena terapeuta.

1 no consigo enganchar con los pacientes.

2 Alejandro está pensando que nunca trabajaré de psicóloga.

3 he vuelto a llegar tarde, nunca conseguiré ser formal.

4 estoy segura de que le he caído mal, es horroroso.

BIBLIOGRAFÍA

Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (comps.) (1996) Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI.

Bannister, D. Y Fransella, F. (1966) A grid test of schizophrenic thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, pp. 95-102.

Bannister, D. Y Fransella, F. (1967) Grid test of thought disorder. Barnstaple, England: Psychological Test Publications.

Beck, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1997) *Terapia cognitiva: pasado, presente y futuro*. En Mahoney, M.J. (ed.) *Psicoterapias cognitivistas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*. Bilbao: DDB.

Beck, A.T., Rush, J. , Shaw, B. y Emerg, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.

Bello, A. (2002) *Programas de Atención a las Familias*. Ponencia en Jornadas de Salud Mental y Cronicidad. Madrid: IMSERSO.

Bello, A. y Crego, A. (2003) *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. Ed.DDB.Bilbao. (En imprenta)

Birchwood, M. Y Tarrrier, N. (1994) *The psychological management of schizophrenia*. Chychoster: Willey

Billing, M. (1987) *Arguing and Thinking: a Rhetorical Approach to Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Botella, C. (1999) *El trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: UNED- Fundación Universidad Empresa.

Botella, L. (1993). Emociones y construcción del significado: Implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 16, 39-55.

Botella, L. (1996). Different paths to the same goal: The construction of constructivism in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 233-247.

Botella, L. (1998a). Clinical psychology, psychotherapy, and mental health: Contemporary issues and future dilemmas. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 255-263.

Botella, L. (1999). Constructivismo y construcciónismo en terapia familiar: Pragmática, semántica y retórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, VIII (2), 121-133.

Botella, L., & Gallifa, J. (1995). A constructivist approach to the development of personal epistemic assumptions and worldviews. *Journal of Constructivist Psychology*, 8, 1-18.

Botella, L., Pacheco, M., y Herrero, O. (1999). Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 37, 5-28.

Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.

Botella, L. (1995b). Personal construct psychology, constructivism, and postmodern thought. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology* (Vol. 3) (pp. 3-36). Greenwich, CN: JAI Press.

Botella, L. (1997a). PCP in a changing Europe: From the matrix of decision to multiphrenic identity. In P.M. Denicolo & M.L. Pope (Eds.). *Sharing understanding and practice*. Farnborough, UK: EPCA Publications.

Botella, L. (1997b). Reconstrucción narrativa y ciclo vital: Una aproximación desde la psicoterapia constructivista. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.) *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia: Un enfoque constructivista*. (pp. 181-201). Madrid: Fundamentos.

Botella, L., y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.

Botella, L., y Herrero, O. (en prensa). El entramado narrativo de la pérdida y el duelo: Un estudio de caso desde la terapia familiar constructivista. En C. Pérez (Ed.) *La familia: Nuevas aportaciones*.

Botella, L. (2000 a) *Constructivism and Narrative Psychology*. (Artículo en Internet: www.infomed.es/constructivism/documswweb/andreashtml.)

Botella, L. Et al. (2000 b) *Qualitative analysis of self- narratives: a constructivist approach to the storied nature of identity*. (Artículo en Internet: www.infomed.es/constructivism/documswweb/seattle1/index.html.)

Bower, G.H. y Gilligan, S.G. (1979) Remembering information related to one's self. *En Journal of Research in Personality* 13, 420-431.

- Bowlby, J. (1986) Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.
- Briggs, S.R., Cheek, J.M. y Buss, A. H. (1980) An analysis of the self monitoring scale. En *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, pp. 679-686.
- Brown, G.M. y Rutter, M. (1966) The measurement of family activities and relationships. *Human Relations*, 19, pp. 241-263.
- Bruner, J. (1988) *La realidad mental y los mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (1990) *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Budwig, N. (2000) Language and the construction of self: developmental reflections. (Artículo en Internet: www.massey.ac.nz/~ALock/nancy/nancy2.htm)
- Burke, K. (1945) *A grammar of motives*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Carr, D. (1986) *Time, Narrative and History*. Bloomington: Indiana Press.
- Ciampi, L. (1980) The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, pp.413-420.
- Ciampi, L. (1984) Is there really a schizophrenia? The long term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- Cole, M. y Wertsch, J. (2000) Beyond the Individual- Social Antimony in Discussions of Piaget and Vygotsky. (Artículo en Internet: www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/project2.htm)
- Collier, G., Minton, H.L. y Reynolds, G. (1996) *Escenarios y Tendencias de la Psicología Social*. Madrid: Tecnos.
- Cooley, C.H. (1902) *Human nature and the social order*. Nueva York: Scribner.
- Crego, A. (2000) *Interacción Social y Lenguaje: introducción a las teorías postmodernas sobre el self*. Tesina de Investigación dirigida por la Dra. Ana Iraegui Torralbo. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Cumming, J (1960) Communication: an approach to chronic schizophrenia. En Appleby, L., Jordan, M. S. y Cumming, J. (eds.) *Chronic schizophrenia exploration in theory and treatment*. Glencore, Illinois: The free press.
- Davies, B. y Harré, R. (2000) Positioning: the discursive production of selves. (Artículo en Internet: www.massey.ac.nz/~ALock/position/position.htm)
- Dewey, J. (1938) *Experience and Education*. Nueva York: Macmillan.
- Ellis, A. (1962) *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Ellis, A. (1997) Reflexiones sobre la Terapia Racional- Emotiva. En Mahoney, M.J. (1997) (ed.) *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas: teoría, investigación y práctica*. (pp.93-99). Bilbao: DDB.

Ellis, A. (1997) El estado de la cuestión en la Terapia Racional Emotiva Conductual. En Caro, I. (comp.) (1997) Manual de Psicoterapias Cognitivas (pp. 91-103). Barcelona: Paidós.

Ellis, A. y Grieger, R.M. (eds.) (1986) Manual de Terapia Racional- Emotiva. Bilbao: DDB.

Ellis, A. y Drydden, W. (1987) Práctica de la Terapia Racional-Emotiva. Bilbao: DDB.

Epstein, (1973) The self concept revisited or a theory of a theory. En American Psychologist, 28 pp. 404-416.

Feixas, G. (1994). Aportaciones constructivistas a la integración en psicoterapia. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 3 (2), 147-164.

Feixas, G. (1994). Abordando al individuo, abordando al sistema: modelo constructivista para la psicoterapia integradora. Sistemas Familiares, 10 (2), 25-48.

Feixas, G. (1994). Apuntes prácticos de una terapia de constructos personales. En M. Garrido y J. García (eds.), Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones (pp. 547-555). Valencia: Promolibro.

Feixas, G. (1994). Constructivismo y psicoterapia. En M. Garrido y J. García (eds.), Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones (pp. 303-321). Valencia: Promolibro.

Feixas, G. (1995). Personal constructs in systemic practice. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Eds.), Constructivism in psychotherapy (pág. 305-337). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Feixas, G., y Neimeyer, R. (1997). El proceso terapéutico en la terapia de constructos personales. En I. Caro (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas. (pp. 319-337). Barcelona: Paidós.

Feixas, G. Y Cornejo, J.M. (1996) Manual de la técnica de rejilla mediante el programa Record v. 2.0. Barcelona: Paidós.

Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.

Feixas, G. y Villegas, M. (1990) Constructivismo y psicoterapia. Barcelona: PPU.

Fowler, D. (1996) Terapia cognitivo-conductual: un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. En Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (1996) Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátrico de la rehabilitación (pp. 187- 205) Madrid: Siglo XXI.

Fuentenebro, F. (1996) Transnosografía y cronicidad en la psicosis. En Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (comps.) (1996) Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI.

Huertas, R. (1998) Neoliberalismo y Políticas de Salud. Barcelona: El Viejo Topo-Fundación de Investigaciones Marxistas.

- García, J. (1999) Conceptualización del constructivismo en la práctica clínica y el estudio de la personalidad. II Curso extraordinario sobre constructivismo y psicoterapia: introducción a las psicoterapias constructivistas. Universidad de Salamanca 5 de noviembre de 1999. (comunicación no publicada).
- Gergen, K.J. (1965) Interactions goals and personalistic feedback as factors affecting the presentation of self. En *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, pp.413-424.
- Gergen, K.J. (1973) Social Psychology as history. En *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 309-320.
- Gergen, K.J. (1982) From self to Science: What is There to Know? En Suls, J (ed.) (1982) *Psychological perspectives on the self* (p.129-149). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. (vol.1)
- Gergen, K.J. (1985) The social constructionist movement in modern psychology. En *American Psychologist*, 40, pp.266-275.
- Gergen, K.J. (1991) *Toward transformation in social knowledge*. London: Sage (2ª ed.)
- Gergen, K.J. (1994) *Realities and Relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K.J. (1997) *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós contextos. (2ª ed.).
- Gergen, K.J. (2000 a) *Toward a Cultural Constructionist Psychology*. (Artículo en Internet: www.Swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/index.html.)
- Gergen, K.J. (2000 b) *Technology and the self: from the essential to the sublime*. (Artículo en Internet: www.Swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/index.html.)
- Gergen, K.J. y Gergen, M.M. (1986) Narrative form and the construction of psychological science. En Sarbin, T.R. (1986) *Narrative Psychology* (pp.22-44) Nueva York: Praeger.
- Gergen, K.J. y Taylor, M.G. (1969) Social expectancy and self: presentation in a status hierarchy. En *Journal of Experimental Social Psychology*, 5, pp.79-92.
- Gergen, K.J. y Wishnov, B. (1965) Others´ self evaluations and interactions anticipation as determinants of self presentation. En *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, pp.348-358.
- Gergen, K.J., Gulerce, A., Lock, A. y Misra, G. (1996) Psychological science in cultural context. En *American Psychologist*, 51 pp. 496-503.
- Goffman, E. (1997) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu. (orig. 1959)
- Gonçalves, O.F. (1995) Psicoterapia cognitivo-narrativa: la construcción hermenéutica de los significados alternativos. En *Revista de Psicoterapia*, vol. VI, nº 22-23, pp. 101-122.

Greenwald, A.G. (1981) Self and memory. En The Psychology of Learning and Motivation, vol. 15, 201-236.

Guidano, V. (1994) El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista. Barcelona: Paidós.

Guidano, V. (1997) Un enfoque constructivista de los procesos del cambio humano. En Mahoney, M. (ed.) (1997) Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica (pp.115-130). Bilbao: DDB

Hale-Haniff, M. y Pasztor, A. (1999) Co-constructing subjective experience: a constructivist approach. (Artículo en Internet: <http://hubcap.clemson.edu/psych/oldpage/Dialogues/16.0.html>.)

Hampson, S. (1986) La construcción de la personalidad: una introducción. Barcelona: Paidós. (orig. 1982)

Harre, R. (1979) Social Being. Oxford: Blackwell.

Harre, R. (1986) An outline of the social constructionist viewpoint. En Harre, R. (ed.) The Social Construction of Emotions. Oxford: Blackwell.

Harre, R. (2000) Social constructionism and consciousness. (Artículo en Internet: www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/max.htm)

Harre, R. y Gillet, G. (1994) The Discursive Mind. London: Sage.

Harre, R. y Mülhauser, P. (1990) Pronouns and people. Oxford: Blackwell.

Harre, R. y Secord, P.F. (1973) The explanation of social behaviour. Oxford: Blackwell.

Harris, R. (1982) The language makers. London: Duckworth.

Ibáñez, T. (1992) ¿Cómo se puede no ser constructivista hoy en día? En Revista de Psicoterapia, vol. III, nº 12, pp.17-27.

Iraegui Torralbo, A. (1999) La aproximación psicolingüística al estudio de la personalidad: una propuesta taxonómica. Defensa de Tesis no publicada (21-01-99). Universidad Pontificia de Salamanca.

James, W. (1890) The principles of psychology. New York: Holt.

Jodelet, D. (ed.) (1989) Les représentations sociales. París: PUF.

Kelly, G.A. (1955) The Psychology of personal constructs. New York: Norton. (2 vols.)

Kuhn, T.S. (1989) ¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos. Barcelona: Paidós.

Lincoln, Y.S y Guba, E.G. (1985) Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage.

- Liotti, G. (1987) Structural-cognitive therapy. En Driden, W y Golden, W.L. (comps.) (1987) Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy (pp.92-128). Nueva York: Hemisphere.
- Lomov, B.F. (1991) Psicología Soviética: su historia y su situación actual. En Villanueva, C.F.; Torregrosa, J.R.; Burillo, F.J. y Munne, F. (1991) Cuestiones de Psicología Social: I Encuentro Hispano- Soviético. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Lorenzini, R. Y Sassaroli, S. (1991) El trastorno esquizofrénico del pensamiento. Revista de Psicoterapia, vol. II, n.º.8, 4.º. Trimestre, pp. 61-72.
- López Pérez, R. (1999) Constructivismo radical de Protágoras a Watzlawick. (artículo en Internet: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile).
- Lord, Ch. G. (1980) Themes and images as memory aids: two models of processing social information. En Journal of Personality and Social Psychology, 32, 2, 257-269.
- Lyddon, W.J. (1998) Formas y facetas de la psicología constructivista. En Neimeyer, R.A. y Mahoney, M.J. (comps.) Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. J. (1988) Constructive Metatheory I : Basic features and historical foundations. En International Journal of Personal Construct Psychology, 1 pp. 299-315.
- Mahoney, M.J. (1992) Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas. En Revista de psicoterapia, vol.III, n.º12, pp.49-61.
- Markus, H. (1977) Self- schemata and processing information about the self. En Journal of Personality and Social Psychology, vol. 35 n.º.2 pp. 63-78.
- Markus, H. y Nurius, P. (1986) Possible selves. En American Psychologist, vol. 41 pp.954-969.
- Markus, H., Crane, M. Bernstein, S. y Siladi, M. (1982) Self schemas and gender. En Journal of Personality and Social Psychology, vol.42 n.º.1 pp.38-50.
- Mc Culloch, W. S. (1965) Embodiments of Mind. Cambridge (Mass.) : MIT press.
- Mead, G.H. (1972) Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires: Paidós (3ª ed.)
- Morse, S.J. y Gergen, K.J. (1970) Social comparison, self-consistency and the presentation of self. En Journal of Personality and Social Psychology, 16, pp.148-159.
- Moscovici, S. (1961) La Psychanalyse, son image et son publique. París: PUF. (2ªed.) (1976).
- Neimeyer, R.A. (1993) Constructivism and the cognitives therapies: some conceptual and strategic contrasts. En Journal of Cognitive Psychotherapy, 7 pp.159-171.
- Neimeyer, R.A. (1998) Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En Neimeyer, R.A. y Mahoney, M.J. (comps.) (1998) Constructivismo en Psicoterapia.(pp. 29-58) Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1990) Constructivist contributions to psychotherapy integration. En *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, pp.4-20.

Neimeyer, R. A., y Feixas, G. (1997). El estado de la cuestión en la terapia de constructos personales. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. (pp. 307-317). Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R.A. y Mahoney, M.J. (comps.) (1998) *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Neisser, U. (1976) *Procesos cognitivos y realidad. Principios e implicaciones de la psicología cognitiva*. Madrid: Morata.

Nicholl, T. (1998) Vygotsky. (Artículo en Internet: <http://www.massey.ac.nz/~alock/virtual/trishvyg.htm>).

Oñate, M^a.P. (1989) *El autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea.

Ortega y Gasset (1987) *El tema de nuestro tiempo*. Madrid: Alianza/Revista de Occidente.

Pervin, L.A. (1978) *Personalidad: Teoría, Diagnóstico e Investigación*. Bilbao: DDB.

Piaget, J. (1971) *Epistemología y Psicología*. Barcelona: Ariel.

Popper, K. R. (1962) *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos. (orig. 1934)

Popper, K.R. (1991) *Conjeturas y Refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona: Paidós. (orig. 1963)

Potter, J. (1998) *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.

Potter, J. y Wetherall, M. (1988) *Social Psychology and discourse*. London: Routledge.

Ricoeur, P. (1984) *Time and Narrative*. Chicago: University of Chicago Press.

Riedl, R. (1990) Las consecuencias del pensamiento radical. En Watzlawick, P. (1990) *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Rogers, C.R. (1972) *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós. (original 1961) (10^a reimpresión 1996).

Rogers, T.B., Kuiper, N.D. y Kirker, W.S. (1977) Self reference and the encoding of personal information. En *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 677-688.

Rorty, R. (1989) *La Filosofía y el espejo de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Rosch, E. (1973) Natural Categories. En *Cognitive Psychology*, 4, pp 328-350.

Ruiz Jiménez, T. (2001) La familia como red de apoyo primario en el trastorno psicótico. Ponencia en el II Seminario sobre Avances en la Evaluación y en Tratamiento de la Esquizofrenia. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada.

Rychlack, J.F. (1990) George Kelly and the concept of construction. En International Journal of Personal Construct Psychology, 3, 7-19.

Sarbin, T.R. (1968) A preface to a psychological analysis of the self. En Gordon, C. y Gergen, K.J.(eds.) The self in social interaction. New York: Wiley.

Sarbin, T.R. (comp.) (1986) Narrative psychology: the storied nature of human conduct. New York: Praeger.

Saúl, L.A. y Feixas, G. (2000) Detección, Análisis e Intervención en Dilemas Implicativos. Artículo en <http://www.usal.es/tcp>

Selvini, M. (1991) Las raíces relacionales de la esquizofrenia. Revista de Psicoterapia, Vol. II, nº. 8, 4º. Trimestre.

Shotter, J.(1993) Conversational Realities: the construction of life through language. London: Sage.

Shotter, J. (2000 a) The social construction of our "inner" lives. (Artículo en Internet: www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/inner.htm)

Shotter, J. (2000 b) Toward a third revolution in Psychology: from mental representations to dialogical social practices. (Artículo en Internet: www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/brunerhtm)

Shotter, J. y Gergen, K.J. (eds)(1989) Texts of Identity. London: Sage.

Skinner, B.F. (1978) Why I am not a cognitive psychologist. En Reflections on Behaviorism and Society. Englewood Cliffs N.J. : Prentice-Hall. Cap.8 pp.97-112.

Snyder, M. (1974) The self monitoring of expressive behavior. En Journal of Personality and Social Psychology, 30, 526-537.

Snyder, M. (1979) Self monitoring processes. En L. Berkowitz (ed.) Advances in experimental social psychology (vol. 12, pp 86-124). Nueva York: Academic Press.

Snyder, M. (1980) The many me´s of the self-monitor. En Psychology Today, 13, 33-40, 92.

Snyder, M. (1982) Self monitoring: the self in action. En Suls, J. (ed.) Psychological perspectives on the self. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. (vol.1).

Tarrier, N.; Barrowclough, C.; Vaughn, C.; Bamrah, J.S.; Porceddu, K.; Weiss, S y Freeman, H. (1988) The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. British Journal of Psychiatry, 153, pp.532-542.

Warner, R. (1994) Recovery for schizophrenia psychiatry and political economy. New York: Routledge (2ª ed).

- Vázquez, C. y Cameron, C. (1997) Taxonomía Cognitiva, Psicopatología y Psicoterapias Cognitivas. En Caro, I. (comp.) (1997) Manual de Psicoterapias Cognitivas (1997) (pp. 53-71). Barcelona: Paidós.
- Vega, M. De (1994) Introducción a la psicología cognitiva. Madrid: Alianza.
- Villegas, M. (1994). Constructivismo y cambio epistemológico en psicoterapia: una perspectiva evolutiva. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 3, 165-180.
- Villegas, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. Revista de Psicoterapia, 22/23, 5-19.
- Villegas, M. (1997). Grupos en la clínica. En P. González (Ed.) Psicología de los grupos: Teoría y aplicación. Madrid: Síntesis.
- Villegas, M. (1998). Narrativas del yo en psicoterapia cognitiva. En M. Garrido y J. García (Comp.) Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones. Valencia: Promolibro.
- Villegas, M., y Torres, E. (1997). La formación del terapeuta cognitivo en España. En I. Caro (Comp.) Manual de psicoterapia cognitiva. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos. Barcelona: Paidós
- Villegas, M. (1992) Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. En Revista de Psicoterapia, vol.III, nº12, pp.5-15.
- Villegas, M. (1995) La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. En Revista de Psicoterapia, vol. VI, nº 22-23, pp.5-19.
- Vogel, D. (1995) Perspectivas narrativas en la teoría y en la práctica. En Revista de Psicoterapia, vol. VI, nº 22-23, pp.21-38.
- Von Foerster, H. (1990) Construyendo una realidad. En Watzlawick, P. (1990) La realidad inventada. Barcelona: Gedisa.
- Von Glasersfeld, E. (1987) The construction of knowledge. Salinas, CA: Intersystems.
- Von Glasersfeld, E. (1990) Introducción al constructivismo radical. En Watzlawick, P. (ed.) La realidad inventada. (pp. 20-37) Barcelona: Gedisa
- Vygotsky, L.S. (1962) Thought and Language. Cambridge, MA: MIT Press.
- Watzlawick, P. (1994) ¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación. Barcelona: Herder. (orig. 1976).
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas y J. Jackson, D.D.(1997) Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.(11ª ed.). (orig. 1967)
- Watzlawick, P. (1999) La construcción de "realidades" clínicas. En Watzlawick, P. Y Nardone, G. (comps.) Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Barcelona: Paidós.
- Wertsch, J. (1988) Vygotsky y la formación social de la mente. Barcelona: Paidós.

Wittgenstein, L. (1988) Investigaciones Filosóficas. Barcelona: Crítica.

Wittgenstein, L. (1989) Tractatus Logico-Philosophicus. Madrid: Alianza.

White, M. y Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.

Whorf, B.L. (1956) Language, Thought and reality. Cambridge, MA: MIT press.

Zubin, J. Y Spring, B. (1977) A new view of schizophrenia. Journal of abnormal psychology, 86, pp. 103-126.