



UADY
FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA UN PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA PRESENTANDO SÍNTOMAS POSITIVOS RESISTENTES A
FÁRMACOS**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE
CLÍNICA PARA ADULTOS**

PRESENTA

LIC. EN PSIC. HERIBERTO SANTANA AGUILAR

ASESOR

DR. MANUEL SOSA CORREA

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

NOVIEMBRE 2020

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 711966 durante el periodo agosto 2018-julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Manuel Sosa Correa, por su apoyo, atención y guía en este proceso. Su generosidad para compartir su experiencia ha sido fundamental para la elaboración de este proyecto.

A mi comité revisor, por sus valiosas aportaciones, a la Mtra. Teresita Concepción Campo Marín, Dra. Eréndira Estrella Vázquez Vargas y Dra. Silvia María Álvarez Cuevas.

A los profesores y profesoras de la Facultad de Psicología de la UADY, quienes compartieron su experiencia y conocimientos durante toda la Maestría.

A la MCES Mayela Canto Escaroz, por su apoyo y facilidades brindadas, que permitieron hacer contacto con “Judith” y llevar a cabo las sesiones de terapia.

A mi madre, por su amor, sabiduría, apoyo incondicional, guía y generosidad en cada aspecto de la vida.

A mi padre, por su ejemplo de tenacidad, superación académica, integridad laboral y congruencia como hombre.

A mi hermana, Gema, por el amor y la confianza, por su sonrisa amplia y espontánea que alegra a quienes la rodean.

A Fernanda, por hacer de cada momento, de cada día, una experiencia maravillosa. Sabía que te encontraría.

A “Judith”, por su valentía, por su constancia y su generosidad para abrirse a la experiencia del trabajo psicoterapéutico.

CONTENIDO

RESUMEN	1
1. Introducción	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.1.2. Justificación.....	5
1.1.3. Propósito general del trabajo terminal.....	8
1.1.3.1. Preguntas de investigación.....	8
1.1.3.2. Objetivo general de la intervención.....	8
1.1.3.3. Objetivos específicos de la intervención.....	9
1.2. Marco Teórico/Referencial	9
1.2.1. Vulnerabilidad al estrés en la esquizofrenia.....	9
1.2.2. Angustia y ansiedad en la esquizofrenia.....	10
1.2.3. El impacto de los síntomas positivos en la esquizofrenia.....	13
1.2.4. Síntomas negativos en la esquizofrenia.....	14
1.2.5. Normalización de los síntomas psicóticos.....	15
1.2.6. Psicoeducación.....	16
1.2.7. Funcionamiento familiar.....	18
1.2.8. Intervenciones familiares.....	20
1.2.9. Emoción Expresada en el ambiente familiar.....	22
2. Evaluación diagnóstica del problema	25
2.1. Descripción del escenario y participantes	25
2.1.1. Definición operacional de las variables.....	27
2.1.2. Terapia cognitivo conductual	27
2.1.3. Sujeto.....	28
2.1.4. Esquizofrenia	28
2.1.5. Fármacos.....	28
2.2. Instrumentos y técnicas utilizados.....	28
2.2.1. Técnicas.....	28
2.2.1.1. Entrevista.....	29
2.2.1.2. Observación participante.....	29

2.2.2. Instrumentos.	29
2.2.2.1. Historia clínica.....	30
2.2.2.2. La Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales -PSYRATS) (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999).....	30
2.2.2.3. El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz Guerrero (1975).....	31
2.2.2.4. La Escala de la gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluadas por el clínico.	31
2.2.2.5. Análisis de las sesiones.....	32
2.3. Procedimiento.....	32
3. Programa de Intervención.....	35
3.1. Fundamentación.....	35
3.2. Objetivo general.....	35
3.3. Terapia Cognitivo-Conductual para pacientes con esquizofrenia: El modelo de Kingdon y Turkington.....	36
3.3.1. Sobre la relación terapéutica.....	36
3.3.2. Consideraciones sobre el terapeuta.....	37
3.3.3. Compromiso.	37
3.3.4. Orientando al cliente al tratamiento.....	38
3.3.5. Psicoeducación.	39
3.3.7. Normalización de la psicosis.	41
3.3.8. Entender el efecto en los individuos de la estigmatización y la discriminación	42
3.3.9. Pensamientos automáticos.....	43
3.3.10. Descatastrofización.....	44
3.3.11. Formulación del caso e intervención en delirios.	45
3.3.12. Desarrollo del plan de tratamiento de los delirios.	45
3.3.13. Uso del descubrimiento guiado para entender los antecedentes de las creencias delirantes.....	46
3.3.14. La imagen del periodo prodrómico: eventos, creencias, imágenes.	46
3.3.15. Encontrar conexiones entre eventos activadores, creencias y consecuencias.	47
3.3.16. Discutir y debatir los delirios.....	48

3.3.17. Generación de Explicaciones alternativas e investigación adicional para explorarlas.	49
3.3.18. Generación de hipótesis verificables.	50
3.3.19. Uso de investigación y tareas para explorar las explicaciones de eventos específicos o creencias.	51
3.3.20. Seguir la lógica de la creencia (encadenamiento inferencial).....	51
3.3.21. Delirios persistentes.....	52
3.3.22. Alucinaciones auditivas.	53
3.3.23. Formulación del caso e intervención con alucinaciones.	55
3.3.24. Otras alucinaciones.....	55
3.3.25. Alucinaciones visuales.	56
3.3.26. Sugerir un modo de evaluar cuál es la alternativa más adaptativa y que se ajusta mejor a la realidad.	56
3.3.27. La importancia del ritmo.	60
3.3.28. La importancia de la precisión y consistencia de las palabras.	60
Procedimiento.....	60
3.3.29. <i>Uso de la formulación</i>	62
4. Resultados de la Intervención	64
4.1. Evaluación.....	64
4.1.1. Datos generales del paciente.....	64
4.1.2. Análisis de las sesiones.	65
Análisis de la sesión 1 (11/09/19) “¿Esto que tengo se cura o se puede controlar?”	65
Análisis de la sesión 2 (18/09/19) “Las voces dicen que estoy loca y que ella (la amante) se va a quedar con mis hijos”.....	67
Análisis de la sesión 3 (25/09/19) “A veces me altero y digo cosas”	69
Análisis de la sesión 4 (02/10/19) “Tengo 3 días que no tomo los medicamentos”.....	70
Análisis de la sesión 5 (09/10/19) “Como que no razono, por la enfermedad que tengo”	72
Análisis de la sesión 6 (16/10/19) “Me siento desesperada... como que se está acabando el amor de mi marido”.....	74
Análisis de la sesión 7 (30/10/19) “Como que me falta algo de la cabeza”	76

Análisis de la sesión 8 (13/11/19) “Yo creo que ella se quiere quedar con mis hijas y que mi marido le da dinero”	78
Análisis de la sesión 9 (20/11/19) “La navidad pasada mi marido no la pasó conmigo”	79
Análisis de la sesión 10 (27/11/19) “Desde que me dijo que no lo hiciera (molestar a su marido y pelear con la vecina) no lo he hecho”.	81
Análisis de la sesión 11 (04/12/19) “He pensado que me gustaría trabajar”	82
Análisis de la sesión 12 (11/12/19) “Es que no me puedo controlar”	84
Análisis de la sesión 13 (18/12/19) “Ya tengo un plan sobre la fiesta de navidad”	85
Análisis de la sesión 14 (08/01/20) “Quiero encontrar trabajo”	86
Análisis de la sesión 15(15/01/20) “Es que no dejo de pensar en esa muchacha”	88
Análisis de la sesión 16 (12/02/20) “He estado bien y mal”	89
Análisis de la sesión 17 (12/02/20) “¿Me puedo cortar el cabello?”	90
Análisis de la sesión 18 (26/02/20) “¿Puedo tener relaciones con mi esposo?”	91
Análisis de la sesión 19 (04/03/20) “¿Sí razono?”	93
Análisis de la sesión 20 (11/03/20) “Ya no les hago caso (a las voces)”	94
4.1.3. Formulación del Caso.....	95
4.1.4. Resultados de los efectos sobre los síntomas positivos.....	96
4.1.5. Resultados de la Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluadas por el clínico	99
4.1.6. Resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).....	100
4.1.7. Escala PSYRATS	100
5. Discusión y conclusiones	102
Referencias.....	106
Apéndices.....	118
Apéndice 1. Relatoría de las sesiones.	118
Relatoría de la sesión 1 (11/09/19) “¿Esto que tengo se cura o se puede controlar?”	118
Relatoría de la sesión 2 (18/09/19) “Las voces dicen que estoy loca y que ella (la amante) se va a quedar con mis hijos”	123
Relatoría de la sesión 3 (25/09/19) “A veces me altero y digo cosas”	129
Relatoría de la sesión 4 (02/10/19) “Tengo 3 días que no tomo los medicamentos”	137

Relatoría de la sesión 5 (09/10/19) “Como que no razono, por la enfermedad que tengo”	142
Relatoría de la sesión 6 (16/10/19) “Me siento desesperada... como que se está acabando el amor de mi marido”	149
Relatoría de la sesión 7 (30/10/19) “Como que me falta algo de la cabeza”	156
Relatoría de la sesión 8 (13/11/19) “Yo creo que ella se quiere quedar con mis hijas y que mi marido le da dinero”	161
Relatoría de la sesión 9 (20/11/19) “La navidad pasada mi marido no la pasó conmigo”	172
Relatoría de la sesión 10 (27/11/19) “Desde que me dijo que no lo hiciera (molestar a su marido y pelear con la vecina) no lo he hecho”	177
Relatoría de la sesión 11 (04/12/19) “He pensado que me gustaría trabajar”	183
Relatoría de la sesión 12 (11/12/19) “Es que no me puedo controlar”	188
Relatoría de la sesión 13 (18/12/19) “Ya tengo un plan sobre la fiesta de navidad”	192
Relatoría de la sesión 14 (08/01/20) “Quiero encontrar trabajo”	195
Relatoría de la sesión 15 (15/01/20) “Es que no dejo de pensar en esa muchacha”	199
Relatoría de la sesión 16 (12/02/20) “He estado bien y mal”	202
Relatoría de la sesión 17 (12/02/20) “¿Me puedo cortar el cabello?”	205
Relatoría de la sesión 18 (26/02/20) “¿Puedo tener relaciones con mi esposo?”	208
Relatoría de la sesión 19 (04/03/20) “¿Sí razono?”	213
Relatoría de la sesión 20 (11/03/20) “Ya no les hago caso (a las voces)”	216
Apéndice 2. Estrategias que funcionan para Judith	218

RESUMEN

La terapia cognitivo-conductual (TCC) para la esquizofrenia consiste en explorar y desarrollar la conceptualización de los síntomas por parte del paciente, para encontrar explicaciones que partan de su propia experiencia y mejoren la comprensión de la psicosis utilizando un modelo de vulnerabilidad-estrés. La TCC de Kingdon y Turkington ha demostrado ser beneficiosa para reducir la severidad de los síntomas positivos, como delirios y alucinaciones, en personas con esquizofrenia que, pesar de llevar adecuada farmacoterapia, presentan síntomas psicóticos persistentes (Dixon et al., 2010; Turkington et al., 2008). Utilizando la guía de tratamiento individualizado de TCC para la esquizofrenia de Kingdon y Turkington (2005), se realizó un estudio de caso de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas positivos resistentes a fármacos. La terapia se llevó a cabo en 20 sesiones programadas a lo largo de 6 meses, sin suspender el tratamiento farmacológico, con metodología de evaluación pretest-postest, utilizando la Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales -PSYRATS) (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999), El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz Guerrero (1975), La Escala de la gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluadas por el clínico (American Psychiatric Association, 2016) y el Análisis de las sesiones.

Las técnicas de intervención propuestas en la TCC de Kingdon y Turkington (2005) dieron resultados favorables para los síntomas positivos resistentes a fármacos de la paciente que participó en el estudio. El hecho de que las intervenciones cognitivo-conductuales se hayan mostrado eficaces en la reducción de síntomas refractarios de la psicosis contribuye a la extensión del modelo hacia áreas en las que anteriormente se mostraba mayor reticencia en su abordaje psicológico (Gutiérrez, Sánchez, Trujillo y Sánchez, 2012).

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Planteamiento del problema.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que se asocia a una marcada disfunción personal, social y laboral, condicionando la dependencia del paciente hacia terceras personas y una inversión económica para familiares y para el Estado. Los trastornos psicóticos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos. Estos trastornos tienen una profunda raíz biopsicosocial, por lo que la influencia ambiental, el estrés y otros factores psicológicos influyen en el comienzo y el curso de la enfermedad (Lemos, Fonseca, Paino y Vallina, 2015). Los progresos académicos y la conservación de un empleo a menudo se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas. La mayoría de los sujetos consigue un empleo de categoría inferior al de sus padres y la mayoría, en especial los hombres, no se casa o tiene escasos contactos sociales más allá de la familia (American Psychiatric Association, 2016).

La esquizofrenia suele brotar durante la adolescencia o durante los primeros años de la vida y se asocia con un trastorno generalizado del funcionamiento mental que pone en peligro la trayectoria de una vida normal y la calidad de la vida de la persona. La primera fase de la enfermedad se caracteriza por varios años de recaídas con empeoramiento del clima familiar, sufrimiento y angustia, período en el que se intercalan los episodios o crisis de enfermedad, un riesgo significativo de suicidio y, finalmente, en la mayoría de los casos, una aminoración del trastorno con el paso del tiempo a medida que madura la persona o que se reduce la

vulnerabilidad. Esto último se contempla a través del grado del daño irreversible sufrido durante los picos de los períodos de crisis de la enfermedad y del riesgo de no sobrevivir a la furia de los primeros años de la enfermedad adulta (Perris y McGorry, 2004).

Hay un grupo numeroso de pacientes con presentaciones “resistentes” de la esquizofrenia, es decir: casos en los que no se obtiene un grado mínimo de remisión con los tratamientos convencionales (fármacos antipsicóticos). Estos casos dejan en evidencia el hecho de que todavía hoy carecemos de un modelo de tratamiento integrador que esté armado a partir de intervenciones específicas cuya eficacia sea verificable. Se entiende por “resistencia” la falta de cambios suficientes y verificables de los síntomas después de haber recibido tratamientos convencionales de forma correcta. Se estima que los casos de esquizofrenia resistente al tratamiento pueden sumar entre el 20 y el 50% del total. Los pacientes que no mejoran con ninguno de los tratamientos convencionales plantean un reto especial. Las expectativas de recuperación a largo plazo bajan, y además persisten todos los síntomas positivos, los cuales entorpecen la reinserción del paciente en la familia y comunidad para el tratamiento psicosocial previstos en cualquier modelo de tratamiento integral (Quintero, Barbudo del Cura, López-Ibor y López-Ibor, 2011). La mayoría de las investigaciones sobre la TCC para la psicosis han mostrado ser efectivas en la reducción de la severidad de los síntomas psicóticos resistentes a los medicamentos (Erickson, 2010).

El tratamiento psicosocial de la esquizofrenia está encaminado a mejorar las relaciones interpersonales y a dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación del déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia. Debe brindar apoyo al paciente, familiares y cuidadores para afrontar la discriminación y el rechazo (Campero-Encinas, Campos-Lagrava y Campero, 2009).

Quienes padecen esquizofrenia, más allá de la sintomatología clínica (distorsiones en los procesos de pensamiento, de percepción y alteraciones de la afectividad (OMS, 2001,) sufren un enorme coste económico y social; en particular un alto grado de estigmatización, siendo la esquizofrenia la condición que más a menudo se asocia a la enfermedad mental, y la afección considerada más seria por parte de la comunidad (De Toledo y Blay, 2004). Por ello, es previsible que la calidad de vida de los pacientes y el funcionamiento familiar resulten seriamente alterados.

La TCC para el tratamiento de la esquizofrenia se abrió camino frente al intenso escepticismo motivado por el fracaso de otras psicoterapias individuales en los pacientes con esquizofrenia. En concreto una serie de ensayos controlados, realizados en los años sesenta y setenta, demostraron que la psicoterapia de orientación psicoanalítica era ineficaz, y en ocasiones, incluso perjudicial, para los pacientes con esquizofrenia (Stanto et al, 1984; Gunderson, et al., 1984; Turkington, Kingdon y Weiden, 2005).

Los resultados exitosos obtenidos en estos casos llevaron a profundizar en el estudio de dichas técnicas y, en última instancia, a una serie de estudios controlados, aleatorizados, prospectivos que evaluaban la terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Los resultados fueron tan concluyentes que la TCC es aceptada actualmente en el Reino Unido en el marco de un tratamiento basado en la evidencia de la esquizofrenia resistente a la medicación.

La evidencia empírica acumulada indica que la terapia cognitiva combinada con tratamientos estándar provee una mejora significativa en los síntomas resistentes a los fármacos, así como en síntomas residuales (Beck y Rector, 2000).

La TCC parece mejorar el cumplimiento terapéutico de un modo más eficaz que la psicoeducación individual tradicional, cuyos resultados han sido sistemáticamente decepcionantes al no mejorar el cumplimiento terapéutico.

1.1.2. Justificación.

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (2008), al menos 26 millones de personas a nivel mundial viven con esquizofrenia. Debido a la naturaleza crónica de la condición afecta al bienestar de la persona, acorta la vida en las personas que padecen la enfermedad 15 y 20 años antes que la población general y se encuentra dentro de las 10 causas de discapacidad a nivel mundial (Fleischhacker et. al, 2014).

Según el estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2004 de la Organización Mundial de la Salud (2008), en los países con ingresos medios y bajos, la esquizofrenia es la sexta causa de discapacidad.

La incidencia anual de la esquizofrenia se estima en el rango de 8 a 16 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, con tasas bastante similares en todo el mundo; no obstante, aumenta cuando existen antecedentes de psicosis en los familiares de primer grado, por lo que se especula que los factores genéticos podrían contribuir hasta en un 80% en el riesgo de presentar el trastorno (Lemos, Fonseca, Paino y Vallina, 2015).

En México la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; esta cifra no incluye a individuos de riesgo para desarrollar el padecimiento (Secretaría de Salud, 2017). La esquizofrenia es la sexta causa de discapacidad entre la población derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE) de acuerdo con el Informe Financiero y Actuarial 2018 (ISSSTE, 2018).

Las conductas suicidas son significativamente más prevalentes entre las personas con psicosis que en la población general. La tasa de suicidios consumados varía del 5% al 13% entre las personas con esquizofrenia y otras psicosis, en comparación con 1.14 por cada 10000 en población general (Bakst, Rabinowitz y Bromet, 2009).

De acuerdo con la American Psychiatric Association (2016) alrededor del 20% de los pacientes con esquizofrenia intenta suicidarse en al menos una ocasión y muchos más tienen ideación suicida significativa. El comportamiento suicida a veces responde a alucinaciones que ordenan hacerse daño a uno mismo o a otros. El riesgo de suicidio se mantiene alto a lo largo de toda la vida en los varones y en las mujeres, aunque podría ser especialmente elevado en los varones jóvenes con consumo comórbido de sustancias. Otros factores de riesgo son los síntomas depresivos o los sentimientos de desesperanza, la situación de desempleo y el período posterior a un episodio psicótico o a un alta hospitalaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), en los países con ingresos medios y bajos, la esquizofrenia es la sexta causa de discapacidad a nivel internacional. También señala que las intervenciones para las condiciones prioritarias no pueden ejecutarse como actividades independientes, sino que deben prestarse como parte de una variedad de paquetes y en diferentes niveles del sistema de salud. La implementación de las intervenciones en forma de paquetes tiene muchas ventajas y es la opción más rentable en cuanto a capacitación, ejecución y supervisión. Muchas intervenciones van naturalmente juntas, dado que puede llevarla a cabo la misma persona en el mismo momento (por ejemplo, antipsicóticos e intervenciones familiares y comunitarias para el tratamiento de la esquizofrenia).

La TCC, demostró en un grupo de pacientes con esquizofrenia del Reino Unido, que puede proveer reducciones significativas en la ideación suicida al final de la terapia y su mantenimiento durante el seguimiento, aunque aún se requieren futuras investigaciones para sostener estos descubrimientos (Bateman, Hansen, Turkington y Kingdon, 2007).

Las tasas de comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias son elevadas en la esquizofrenia. Más de la mitad de los individuos con esquizofrenia tiene un trastorno por consumo de tabaco y fuman cigarrillos de manera habitual (American Psychiatric Association, 2016). Las personas con esquizofrenia presentan una prevalencia de tabaquismo dos o tres veces superior a la población general, con mayor grado de dependencia nicotínica y mayor número de recaídas durante los periodos de abstinencia (Marqués de Oliveira y Ferreira, 2012). Otros estudios afirman que la prevalencia en el consumo de tabaco en los pacientes con esquizofrenia es cinco veces más alto que otros grupos clínicos y no clínicos (Beck, Baker y Todd, 2015).

Cada vez se reconoce más la comorbilidad con los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia. Las tasas de trastorno obsesivo-compulsivo y de trastorno de pánico son elevadas en los individuos con esquizofrenia en comparación con la población general. El trastorno de la personalidad esquizotípica o paranoide a veces puede preceder al inicio de una esquizofrenia.

La esperanza de vida está acortada en las personas con esquizofrenia debido a las afecciones médicas asociadas. El aumento de peso, la diabetes, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares son más habituales en los individuos con esquizofrenia que en la población general. El escaso compromiso para realizar conductas dirigidas a mantener la salud (por ejemplo, ejercicio físico) aumenta el riesgo de presentar enfermedades crónicas, pero también pueden intervenir otros factores asociados al trastorno, como la medicación, el estilo de vida, fumar cigarrillos y la dieta. Podría haber una

vulnerabilidad compartida para la psicosis y los trastornos médicos que explicaría parte de la comorbilidad médica de la esquizofrenia.

Las personas con esquizofrenia presentan dificultades para comprometerse en actividades físicas y ejercicio, tales como altos niveles de estrés percibido, comorbilidades somáticas, bajo humor, sentimiento de baja autoconfianza y apoyo social (Vancampfort et al., 2017). La ganancia de peso y la obesidad son problemáticas cruciales en los pacientes con esquizofrenia (Manu, Dima, Shulman, Vancampfort, De Hert y Correll, 2015). El riesgo de padecer obesidad abdominal es más de cuatro veces más elevado para personas con esquizofrenia que para la población general (Vancampfort et al., 2013).

1.1.3. Propósito general del trabajo terminal

El propósito del presente trabajo fue presentar, a partir de un estudio de caso clínico único, una intervención encaminada a disminuir la angustia relacionada con los síntomas positivos de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia resistente a fármacos.

1.1.3.1. Preguntas de investigación.

¿Reduce la angustia ocasionada por los síntomas positivos la psicoterapia cognitivo-conductual propuesta por Kingdon y Turkington (2005) en un paciente con esquizofrenia resistente a fármacos en Mérida, Yucatán?

¿Disminuirán la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos conforme avanza la intervención cognitivo-conductual en el paciente con esquizofrenia resistente a fármacos?

1.1.3.2. Objetivo general de la intervención.

Disminuir la angustia en un paciente con esquizofrenia resistente a la medicación al mejorar las estrategias de afrontamiento de los síntomas positivos mediante la TCC Turkington y

Kingdon (2005) y disminuir la Emoción Expresada en los familiares o cuidadores primarios mediante la psicoeducación familiar.

1.1.3.3. Objetivos específicos de la intervención.

Realizar una conceptualización del caso que permita identificar las necesidades a intervenir en el paciente con esquizofrenia con síntomas positivos resistente a fármacos.

Implementar una intervención de acuerdo con la conceptualización del caso, considerando las estrategias de la TCC de Turkington y Kingdon (2005).

Evaluar la diferencia pretest-postest de los instrumentos *Escala para la valoración de los síntomas psicóticos*, la *Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis*, evaluada por el clínico propuesta en el DSM-5, y la *Escala de Ansiedad Estado-Rasgo*.

Disminuir la Emoción Expresada de los familiares y/o cuidadores primarios de los enfermos con esquizofrenia resistente a la medicación como resultado de la participación en las estrategias de psicoeducación del enfoque cognitivo-conductual.

Evaluar los cambios en la reducción de la angustia del sujeto con esquizofrenia resistente a la medicación, como resultado de la intervención cognitivo-conductual.

1.2. Marco Teórico/Referencial

1.2.1. Vulnerabilidad al estrés en la esquizofrenia.

El estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984), como pueden ser la muerte de un ser querido, la pérdida de trabajo, la enfermedad, una mala experiencia, etc.

El estrés ambiental y psicosocial es considerado un importante factor de riesgo para el desarrollo y curso de la esquizofrenia, ya que se ha encontrado asociación hacia la vulnerabilidad hacia psicosis con aumento de reactividad emocional ante el estrés de la vida diaria (Bedoya, Ardila, Cañas y Vázquez, 2017). El modelo de vulnerabilidad al estrés de Zubin y Spring (1977) se ha tomado como un marco de referencia para el estudio del inicio y curso de la esquizofrenia, explicando que ante una vulnerabilidad orgánica endógena y la interacción con factores estresores externos o internos que sobrepasan la vulnerabilidad de la persona los síntomas emergen o se exacerban. Las personas con esquizofrenia son más propensas a reaccionar de manera negativa a estresores agudos y crónicos, respondiendo a los mismos con una hiperactivación psico-somato-sensorial que genera errores atribucionales, hipervigilancia (paranoia) y alucinaciones o delirios, resultantes de una dificultad para integrar las percepciones con representaciones afectivas y cognitivas.

Algunos estudios han encontrado que las personas con esquizofrenia son más propensas a verse afectadas por estresores cotidianos que por eventos vitales desafiantes, debido a que reportan más niveles de estrés frente a molestias menores, atribuyen la exacerbación de síntomas a estresores de baja gravedad (Norman y Malla 1993) presentan menos apoyo social, utilizan estrategias de afrontamiento mal-adaptativas orientadas a la emoción, mostrando también deficiencias en el uso de estrategias activas focalizadas en la resolución de problemas, limitada flexibilidad y uso de pasividad y evitación.

La asociación entre psicosis y un rango de factores psicosociales, incluyendo los eventos vitales estresantes, sugieren que es un factor de riesgo importante para el comienzo o la exacerbación de los síntomas (Fusar-Poli, et al., 2017).

1.2.2. Angustia y ansiedad en la esquizofrenia.

La angustia es un estado de malestar caracterizado por una expectativa negativa con respecto a los acontecimientos futuros y no sólo de un pesimismo hipotético, sino de la certeza de que las cosas irán a peor sin posibilidad de intervención (Nardone, 2016).

Una persona que experimenta angustia siente estar sufriendo una condena de la que no puede escapar y que vive un estado de pesadumbre a la espera de que ésta se cumpla. La sensación de impotencia transforma la espera en algo aún más trágico, pues convierte al sujeto en alguien indefenso y le conduce a crisis depresivas. No es fruto de la casualidad que el constructo clínico de angustia encuentre en el existencialismo filosófico su definición de condición humana inevitable frente a la impotencia en lo que respecta al destino y a la muerte. La angustia existencial es el resultado claro, aunque negativo, del enfrentamiento entre el individuo y su existencia limitada sin posibilidad de cambio. Desde tiempos inmemoriales, el hombre ha ideado maneras de evitar dicho enfrentamiento: desde la fe religiosa a los autoengaños más sutiles.

El equivalente sintomático más frecuente de la angustia es un estado depresivo y una sensación de pesadumbre constante, con frecuentes efectos psicósomáticos y alteraciones del sueño. Incluso en este caso, la solución al malestar no puede pasar por una sedación de los efectos fisiológicos, sino por el cambio en la percepción de condena en el que vive el sujeto.

El estigma y las consideraciones negativas de la sociedad relacionadas con la esquizofrenia pueden hacer su diagnóstico angustiante (Cooke et al., 2007). La conciencia de enfermedad y los problemas relacionados con ella están asociados con mayor angustia en la esquizofrenia. Unas de las estrategias de afrontamiento relacionadas con la angustia en personas con esquizofrenia son la evitación y el aislamiento.

La angustia genera que el sujeto no se sienta capaz de iniciar una acción que alivie el sentimiento que está provocando esa angustia, lo que genera una percepción de indefensión,

deteriorando el funcionamiento psicológico y social del individuo, presentando una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y su voluntariedad de actuación (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

La ansiedad es una respuesta adaptativa cuando se manifiesta en grado moderado, sin embargo, puede experimentarse como una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato sintomático. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras que el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

La ansiedad como rasgo, se refiere a la tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo a la misma con ansiedad. La ansiedad como estado, se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración, que es vivida en un momento particular. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real.

La ansiedad crónica está presente en múltiples psicopatologías, como la esquizofrenia (Barlow y Di Nardo, 1991). La ansiedad juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento

de los síntomas psicóticos. Los modelos cognitivos de la psicosis han encontrado interacciones con las distorsiones cognitivas, los estilos atribucionales con uno mismo y los demás, los esquemas disfuncionales y fallos en la percepción y procesamiento de las propias emociones. Las consecuencias de esta interacción pueden ser una retroalimentación entre la severidad del malestar emocional y el mantenimiento y gravedad de los síntomas psicóticos, una baja tolerancia al estrés y un pobre ajuste social (Navarro y Carrasco, 2009).

La ansiedad influye en los síntomas psicóticos. Mientras que la ansiedad rasgo correlaciona con los síntomas positivos, la ansiedad estado no lo hace. Sin embargo, se ha encontrado una cierta relación entre la ansiedad estado con los años de evolución lo que podría señalar una tendencia estable en el tiempo a responder con un estado subjetivo de tensión percibida en situaciones de estrés y conflicto. La ansiedad rasgo podría reforzar los delirios mediante distorsiones cognitivas y procesos de razonamiento sesgados provenientes de la alteración emocional en que se está inmerso (abstracción selectiva, salto a las conclusiones, atribuciones erróneas externas, etc.). Esta ansiedad mantenida junto a la depresión generaría creencias y conductas específicas (escape y evitación, conductas de seguridad, estrategias cognitivas defensiva, ideas negativas del yo y los otros, etc.) que pueden influir en el mantenimiento de las creencias delirantes. Su identificación podría facilitar tanto la comprensión como el desarrollo de estrategias de intervención de los síntomas psicóticos (Navarro y Carrasco, 2009).

1.2.3. El impacto de los síntomas positivos en la esquizofrenia.

Los síntomas positivos en la esquizofrenia se notan por un exceso o distorsión del comportamiento o la cognición normales (ejemplo, alucinaciones o delirios), y son usualmente una experiencia angustiante para el cliente (Rollins, Bond, Lysaker, McGrew y Salyers, 2010).

Dentro de los síntomas de la esquizofrenia, es común que los síntomas positivos sean experimentados como más estresantes que los síntomas negativos, y que se utilicen más estrategias de afrontamiento para hacerles frente.

El objetivo de la TCC no consiste en persuadir o forzar al paciente a admitir que padece síntomas de una enfermedad mental, sino en reducir la gravedad de los síntomas o el malestar que causan, con independencia de que el paciente acepte o no una etiqueta diagnóstica.

La TCC explora y desarrolla la conceptualización de los síntomas por parte del paciente. El objetivo consiste en encontrar explicaciones que partan de su propia experiencia y que sean aceptables tanto para el paciente como para el terapeuta. La terapia pretende mejorar la comprensión de la psicosis utilizando un modelo de vulnerabilidad-estrés. Se identifican los puntos fuertes y los puntos débiles. Se explora minuciosamente el periodo precedente, se identifican los posibles factores estresantes y se analizan los efectos del estrés. Se elabora, de forma colaborativa, una redefinición intentando que ni el paciente ni los cuidadores se sientan culpables de los síntomas ni de la enfermedad.

En un metaanálisis desarrollado por Bighelli et al. (2018) sobre la eficacia de diferentes terapias cognitivo-conductuales para la esquizofrenia encontraron una disminución de los síntomas positivos entre el 20 y 50% que ocurrió en un 52.9% y un 24.8%, respectivamente. Sin embargo, las mayores tasas de mejorar se observaron en pacientes que no son resistentes al tratamiento, quienes están más severamente afectados en su línea base y cuando el tratamiento fue otorgado por un terapeuta experto.

1.2.4. Síntomas negativos en la esquizofrenia.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia hacen referencia a la disminución/ausencia de funcionamiento mental normal (aplanamiento afectivo, aislamiento, disminución de la

motivación o energía y anhedonia). Aunque estos síntomas no son tan prominentes como los positivos, constituyen a largo plazo, los mejores indicadores de la discapacidad relacionada con la enfermedad, pues interfieren con la capacidad del paciente para funcionar en la vida diaria. Recientemente se suma a las principales TCC para la esquizofrenia la terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación, pues ha mostrado resultados sin precedentes, en especial respecto al manejo de los síntomas negativos y a las creencias disfuncionales acerca de las habilidades, experiencias emocionales y socialización de los pacientes.

La implementación de la TCC orientada a la Recuperación (TCC-R) resulta la de mayor efecto sobre los síntomas negativos que tanto dificultan la vida independiente y el funcionamiento psicosocial de los pacientes (Morales, Fresán, Robles y Domínguez, 2015). Su implementación en combinación con el tratamiento farmacológico y el psicosocial de la sintomatología positiva puede constituir un avance significativo en la atención que requieren y merecen las personas que padecen esquizofrenia.

1.2.5. Normalización de los síntomas psicóticos.

La normalización es el proceso por el cual creencias, comportamientos, estados de ánimo y experiencias de las personas con esquizofrenia son comparados y entendidos en términos de creencias similares, comportamientos, estados de ánimo y experiencias atribuidos a otros individuos que *no* están diagnosticados como enfermos (con enfermedades mentales, especialmente). Estas experiencias están usualmente relacionadas a algunas formas de estrés, pero a menudo, la diferencia entre si son seriamente angustiantes o si interfieren en la vida de las personas sólo temporalmente o más bien empeoran para convertirse en enfermedades a largo plazo es que no están lo suficientemente bien entendidas como primariamente relacionadas con el estrés.

Los objetivos de la normalización son: promover el entendimiento de los fenómenos psicológicos que también se parecen a los síntomas de la esquizofrenia; reducir el temor a “volverse loco”; facilitar la reatribución de las alucinaciones, y las explicaciones alternativas de los delirios; mejorar la autoestima; reducir el aislamiento y los sentimientos de aislamiento; reducir el estigma de los demás y del propio enfermo.

Las alucinaciones hipnagógicas, o el ir caminando a un cuarto ruidoso que repentinamente se pone en silencio cuando la persona se acerca y que ella se pregunte si las personas estaban hablando sobre ella, son ejemplos de síntomas psicóticos. Estas experiencias fugaces no persisten como problemas y son distinguibles entre creencias psiquiátricas y no psiquiátricas. Pero el fenómeno, sin embargo, se mantiene en un continuo con la psicosis. Mucho de este conocimiento es “sentido común”, pero continuamente no es aplicado donde podría ser más útil: al comprender situaciones o percepciones confusas. El uso del descubrimiento guiado con el cliente puede aclarar su propio entendimiento y conocimiento.

Esta filosofía de cuidado reconoce que las personas que experimentan enfermedades psicóticas no son un tipo diferente de personas, a pesar de que puedan estar teniendo experiencias diferentes de las que las demás personas tienen.

1.2.6. Psicoeducación.

Por definición, la esquizofrenia representa una alteración en el funcionamiento social, familiar y laboral de los pacientes que la padecen; con respecto a la población sana, tienen menor probabilidad de casarse y tener empleo, con las consecuencias que esto tiene para los mismos pacientes, sus familias y la sociedad (Thara y Srinivasan 1997). No obstante, la relación es bidireccional; las alteraciones en la esfera familiar, por ejemplo, influyen directamente en el pronóstico de la enfermedad.

La psicoeducación ha sido la característica clave de los programas terapéuticos, por su valor como herramienta de ayuda para los pacientes y los cuidadores para el conocimiento de la enfermedad, el diagnóstico, y cómo ha sido desarrollada la condición. Específicamente en la esquizofrenia, siendo un trastorno tan estigmatizado, que es constantemente ligado a la agresión y a una pobre prognosis, es crucial que los clientes tengan un entendimiento claro sobre lo que se sabe de la enfermedad y lo que es un mito o suposición.

Los recientes avances científicos en torno al tratamiento médico han demostrado la importancia del manejo psicosocial como componente necesario para el cuidado de individuos que padecen esquizofrenia (Fresán, Apiquian, Ulloa, Loyzaga y García, 2001). Tanto la familia como el individuo deben participar en los programas de rehabilitación en salud mental para lograr la reintegración del individuo a la sociedad. La psicoeducación se define como la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad (Glick, Burti, Okonogi y Sacks, 1994). Uno de los principales obstáculos en los programas de psicoeducación ha sido el estigma. Se ha observado que frente al diagnóstico puede haber un incremento de la negación de la enfermedad, lo que provoca falta de apego al tratamiento farmacológico y terapéutico o, por el contrario, conduce a una aceptación de la enfermedad y mayor interés y participación en el proceso de rehabilitación.

La psicoeducación otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental, cuando es dirigida a los pacientes y sus familiares, buscando disminuir el número de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente.

El índice de recaídas es mayor en los pacientes que sólo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que reciben tratamiento psicosocial y

psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico (Goldstein, 1995; Hogarty, Anderson y Reiss, 1987). La mayoría de estos programas se han centrado en reducir la “emoción expresada” en la familia, seleccionándola como una variable de pronóstico.

La psicoeducación se compone de 5 etapas: la primera consiste en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad. En la segunda de ellas se da información sobre las recaídas. La tercera etapa se avoca a la revisión de síntomas y señales de recaídas. En la cuarta se da información sobre el tratamiento y sus efectos colaterales. La última etapa se dirige hacia eventos de vida propios del paciente, así como hacia las conductas que agudizan los síntomas psicóticos (Goldstein, 1995).

La falta de conocimiento para entender la enfermedad y su manejo inciden en la autopercepción de una capacidad limitada para enfrentar una crisis; el establecimiento inadecuado de expectativas claras y objetivas, y el incumplimiento de estas expectativas por parte del enfermo (Hogarty, Anderson y Reiss, 1987). Sentimientos de culpa por tener un familiar enfermo, aunque este último pueda ser poco frecuente, representa una limitación en el manejo que dé la familia a las manifestaciones de la enfermedad.

Tener un miembro de la familia con esquizofrenia conlleva trastornos y limitaciones en la vida cotidiana en los familiares a cargo de él, principalmente los padres e hijos. Además de implicar un mayor costo, producto de los días laborales perdidos por razones relacionadas con la enfermedad (hospitalizaciones, conductas, cuidados) tales limitaciones originan la percepción de tener un control restringido sobre la propia vida (Abramowitz y Coursey, 1989; Birchwood, Smith y Cochrane, 1992; North, Pollio, Sachar, Hong, Isenberg y Bufe, 1998).

1.2.7. Funcionamiento familiar.

Las personas que padecen esquizofrenia generalmente necesitan el apoyo y cuidado de individuos que puedan velar por su salud y seguridad. Debido a las constantes necesidades de las personas con esquizofrenia, así como por diversas condicionantes culturales y económicas, es común que su cuidado recaiga sobre familiares directos que puedan responder a sus problemas. Este cuidado también afecta las diferentes dimensiones de la salud de los familiares cuidadores poniéndoles un mayor riesgo de estrés emocional y diversas enfermedades tanto físicas como mentales. Esta situación se vuelve una carga creciente para los individuos involucrados que posteriormente genera agotamiento, disminución de la calidad de vida tanto de los afectados por el trastorno mental como de sus cuidadores y claudicación familiar (Alvarado et al. 2011; Li-Quiroga, Alipázaga-Pérez, Osada y León-Jiménez, 2015).

Las familias en países latinoamericanos brindan, con mayor frecuencia que en otras realidades, apoyo directo a las personas enfermas, lo que les hace más vulnerables a los problemas mencionados. Entre 60 y 85% de los pacientes con esquizofrenia vive con su familia (Valencia, Rascón y Quiroga, 2003). Sin embargo, en la institución médica-psiquiátrica se le brinda poca orientación y ayuda profesional, es decir, ésta tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento de la enfermedad, ni entendimiento de la naturaleza biopsicosocial, ni de la importancia del tratamiento integral de la esquizofrenia (León, 2013).

El funcionamiento familiar se ha definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar, y es un importante concepto que ayuda a la comprensión de los esfuerzos para manejar las situaciones creadas por las enfermedades mentales severas (Caqueo y Lemos, 2008). Una enfermedad crónica como la esquizofrenia, puede dar lugar a un incremento en el malestar emocional y físico de la familia y un funcionamiento familiar deteriorado (Miller, Kabacoff,

Keitner, Epstein y Bishop, 1986). La enfermedad mental severa afecta a todos los aspectos del funcionamiento familiar, encontrándose alterados tanto los roles como las relaciones familiares. Estas alteraciones incluyen finanzas, empleo, vida social, salud física, relaciones maritales y familiares, y actividades de la vida diaria. Además, se pueden experimentar cambios en la identidad familiar.

Se ha observado que un buen funcionamiento familiar está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo social familiar, menos estrés psicológico familiar y pocos problemas conductuales del paciente (Saunders, 1999).

1.2.8. Intervenciones familiares.

Incluso en las primeras fases de los trastornos psicóticos tanto los pacientes como sus cuidadores o familiares encuentran dificultades en sus relaciones mutuas, y esto se relaciona con elevados niveles de angustia (Tomlinson, Onwumere y Kuipers, 2014). Las intervenciones familiares se consideran actualmente imprescindibles dentro de una atención organizada y compleja a un problema también complejo: la esquizofrenia. Estas intervenciones familiares han demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en mejorar el clima familiar y el funcionamiento social (Ingloff, Touriño, Baena y Fernández, 2004).. Se ha recomendado la a intervención familiar durante un periodo de al menos 9 meses, incluyendo una combinación de educación sobre la enfermedad, apoyo, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis (Lehman y Steinwachs, 1998).

La intervención psicoeducativa familiar es un medio para proveer al paciente con esquizofrenia y sus familiares la información relevante sobre esta condición donde se entrenan con técnicas para reducir el malestar asociado a los síntomas (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013). Asimismo, los objetivos consisten en orientar los problemas de conducta y los conflictos en las

relaciones, brindar asesoría para reducir los niveles de estrés en la familia, al igual que aumentar la comunicación familiar. De acuerdo con el autor, otras modalidades llevadas a cabo han sido el entrenamiento en habilidades sociales, las psicoterapias y los paquetes integrados multimodales. Todas estas intervenciones han contribuido a mejorar la calidad de vida del paciente esquizofrénico y sus familias.

Aunque las familias, en principio, expresan sus necesidades de información y apoyo, no siempre están dispuestas o tienen la disponibilidad para asistir. Pueden vivir la intervención como una carga por pensar que se les van a exigir más responsabilidades, o como una nueva “oportunidad” para que los clínicos les culpabilicen. La reticencia de las familias es más habitual en casos de evolución avanzada, en los que la desesperanza se mezcla con posibles malas experiencias en el pasado en su contacto con los clínicos. Muchos familiares son reacios a compartir su realidad con otros familiares por vergüenza, y ante el estigma que supone la enfermedad. Es necesario adaptar la intervención a la realidad sociocultural local y a las características de la familia, tanto en el contenido del programa como en el horario y en el formato (unifamiliar o multifamiliar).

La intervención psicoeducativa con la familia, considera los siguientes componentes (Thornicroft y Susser, 2001; De la Higuera, 2005):

- Búsqueda de una alianza de cuidado activo con los familiares cercanos al usuario.
- Reducción de la atmósfera familiar adversa.
- Mejora de la capacidad familiar para anticipar y solucionar problemas.
- Reducción de los sentimientos de miedo y culpa en el familiar.
- Desarrollo de expectativas razonables sobre la ejecución del paciente.
- Potenciación de la puesta en práctica de límites apropiados.

- Eliminación de creencias disfuncionales acerca de sí mismo, el paciente y/o la posibilidad de afrontamiento-control.

1.2.9. Emoción Expresada en el ambiente familiar.

Desde las primeras descripciones de la esquizofrenia se ha sospechado acerca de la contribución de la familia al establecimiento y curso de la esquizofrenia (García, Moreno, Freund y Lahera, 2012). En la década de los 50 en los Estados Unidos, surge la terapia de familia a raíz de que muchas observaciones clínicas indicaran que los familiares de los pacientes podían influir poderosamente, tanto a favor como en contra, en el curso de la esquizofrenia (Wynne, 1981). En Inglaterra, el interés por la familia del paciente con esquizofrenia surgió a raíz de que los estudios de seguimiento tras el alta de las instituciones psiquiátricas revelaban que los pacientes experimentaban un mayor número de recaídas al regresar a aquellos hogares donde predominan las interacciones hostiles y las relaciones personales insatisfactorias.

La línea de estudios que contempla los mecanismos familiares estresantes ha creado el término “emoción expresada” (EE) en el ambiente familiar. Esta se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia (Dixon y Lehman, 1995). Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas a los dos años después de haber sido dados de alta del hospital, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas semanales. Se ha encontrado que cuando los familiares responsables con EE alta están en contacto estrecho con el enfermo, este último tiene un riesgo de experimentar la sintomatología, aumentando de dos a cuatro veces su riesgo de

recaída (Miklowitz, Goldstein, Faloon y Doane, 1984; Rascón, Gutiérrez, Valencia y Murow, 2008).

Es entonces cuando surge el concepto de emoción expresada para referirse al estilo de comunicación prevalente dentro de una familia, en donde una alta *emoción expresada* se caracteriza por altos niveles de criticismo, hostilidad, sobreimplicación emocional hacia el paciente esquizofrénico.

En un estudio sobre la emoción expresada (Brown, Birley y Wing, 1972) se encontró una asociación significativa entre el nivel de emoción expresada mostrada por los familiares al ingreso hospitalario del paciente y la recaída sintomática durante los 9 meses siguientes a la alta médica, y sugirieron que la medicación habitual con antipsicóticos y un menor contacto con familiares con alta emoción expresada ofrecían cierta protección. En este estudio, las familias con baja emoción expresada se correlacionaban con bajas tasas de recaída sintomática durante los 9 meses siguientes al alta hospitalaria, independientemente del tratamiento neuroléptico. En una revisión de los estudios realizados sobre el tema concluyen lo mismo: la emoción expresada se asocia significativamente a un curso más severo de esquizofrenia (Butzlaff y Hooley, 1998) y aun mayor número de recaídas (Bebbington y Kuipers, 1994; Linszen, et al. 1997). La ratio de recaída de los pacientes procedentes de familias con alta emoción expresada es entre 2.5 – 4 veces superior a los de baja emoción expresada, lo que sugiere un valor clínico semejante a la medicación: 30% de recaídas con tratamiento neuroléptico y 65% con placebo (Davis, 1975; Freund y Lahera, 2012).

Por este motivo, la alta emoción expresada familiar está reconocida como uno de los mejores predictores ambientales de recaída en esquizofrenia reconocidos hasta el momento.

Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo. Aspectos positivos como la calidez, la crítica y el sobreinvolucramiento, son percibidos en general como estresantes, pues la crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control. Ambos generan ansiedad en el paciente, y se describen de la siguiente manera:

- a) La crítica. Definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o la personalidad del individuo al que se refieren. Es decir, muestran aversión o desaprobación hacia la conducta o las características de una persona.
- b) El sobreinvolucramiento o sobreprotección. Se presenta más comúnmente en los padres que en otro familiar y se caracteriza por la sobreprotección o el consentimiento, el autosacrificio y el malestar emocional. Es similar al trato que normalmente se le da a un niño. El familiar muestra niveles inapropiados de preocupación por el paciente, el cual es visto como menos competente que antes y más vulnerable.
- c) La hostilidad. Generalmente se presenta si existe crítica. Se considera que la hostilidad está presente cuando el paciente es atacado más por lo que es que por lo que hace. Lo que refleja esta actitud es una dificultad para tolerar y algunas veces comprender la situación del familiar enfermo.

Los síntomas más frecuentemente criticados por los familiares con alta EE fueron las conductas inadecuadas como poca higiene o descuido personal, manifestaciones de irritabilidad y de violencia, así como aislamiento. La crítica y hostilidad expresada por el familiar responsable puede causar mayor estrés familiar y por consiguiente exacerbación de la sintomatología clínica

en el paciente y, a su vez, la sintomatología del paciente puede provocar la presencia de expresión emocional alta.

Al observar la importancia que tiene proporcionar información, se facilita la comprensión y la aceptación de la enfermedad por parte de los familiares. A partir del conocimiento que el familiar tenga de la esquizofrenia es posible disminuir actitudes negativas, mejorar la manera en la cual interactúa con el paciente y disminuir la EE alta, lo que sería potencialmente efectivo para la rehabilitación y la reinserción del paciente en su entorno social (Rascón, Gutiérrez, Valencia y Murow, 2008).

La presencia de EE alta en los familiares es uno de los predictores de recaída en personas con esquizofrenia (Leff y Vaughn, 1985). Por tanto, brindar intervenciones terapéuticas y psicoeducativas a las familias será conveniente para disminuir el nivel de EE, lo que conlleva a su vez, beneficios en la reducción de los costos por parte de la familia y por parte de los servicios de salud mental (Rascón, Gutiérrez, Valencia y Murow, 2008).

2. Evaluación diagnóstica del problema

2.1. Descripción del escenario y participantes

La evaluación diagnóstica para este estudio de caso clínico único se llevó a cabo en las instalaciones del DIF Municipal de Umán, que es una Dirección del gobierno municipal del Municipio de Umán, Yucatán, que brinda apoyo y servicios profesionales a residentes de Umán y sus comisarías, con especial atención a los grupos más vulnerables a través de programas de asistencia social, fortaleciendo la integración familiar y de la sociedad en general, con el fin de mejorar su condición de vida.

La participante de este estudio de caso clínico único fue elegida por conveniencia, tomando como criterio de inclusión el diagnóstico de Esquizofrenia con síntomas positivos

(delirios, alucinaciones y/o pensamiento/lenguaje desorganizado) causantes de angustia o disfunción. La intervención psicoeducativa se llevó cabo con la paciente y se intentó incluir a los familiares y/o cuidadores primarios del paciente, en las instalaciones del DIF Municipal de Umán.

2.1.1. Objetivo general

Disminuir la angustia en un paciente con esquizofrenia resistente a la medicación al mejorar las estrategias de afrontamiento de los síntomas positivos mediante la TCC Turkington y Kingdon (2005) y disminuir la Emoción Expresada en los familiares o cuidadores primarios mediante la psicoeducación familiar.

2.1.2. Objetivos específicos

Realizar una conceptualización del caso que permita identificar las necesidades a intervenir en el paciente con esquizofrenia con síntomas positivos resistente a fármacos.

Implementar una intervención de acuerdo con la conceptualización del caso, considerando las estrategias de la TCC de Turkington y Kingdon (2005).

Evaluar la diferencia pretest-postest de los instrumentos *Escala para la valoración de los síntomas psicóticos*, la *Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis*, evaluada por el clínico propuesta en el DSM-5, y la *Escala de Ansiedad Estado-Rasgo*.

Disminuir la Emoción Expresada de los familiares y/o cuidadores primarios de los enfermos con esquizofrenia resistente a la medicación como resultado de la participación en las estrategias de psicoeducación del enfoque cognitivo-conductual.

Evaluar los cambios en la reducción de la angustia del sujeto con esquizofrenia resistente a la medicación, como resultado de la intervención cognitivo-conductual.

2.1.1. Definición operacional de las variables

A continuación, se presenta una descripción operación de las variables que se consideraron en el presente estudio.

2.1.2. Terapia cognitivo conductual

La TCC para la esquizofrenia consiste en explorar y desarrollar la conceptualización de los síntomas por parte del paciente, para encontrar explicaciones que partan de su propia experiencia y mejoren la comprensión de la psicosis utilizando un modelo de vulnerabilidad-estrés. La TCC de Kingdon y Turkington ha demostrado ser beneficiosa para reducir la severidad de los síntomas positivos, como delirios y alucinaciones, en personas con esquizofrenia que, pesar de llevar adecuada farmacoterapia, presentan síntomas psicóticos persistentes (Dixon et al., 2010; Turkington et al., 2008).

La TCC es una modalidad de intervención que ha demostrado su eficacia en la prevención de recaídas y en el manejo de problemas de pacientes con esquizofrenia; promueven su recuperación e integración a la comunidad debido a que dirigen hacia componentes clave para la funcionalidad como la estabilidad sintomática, la promoción de una vida independiente, el establecimiento laboral y el adecuado funcionamiento social. La terapia cognitiva para los síntomas positivos tiene por objetivo principal brindar herramientas para el manejo de experiencias psicóticas, enseñando al paciente no sólo a reestructurar las creencias sobre la naturaleza de estas experiencias sin a dar sentido psicológico a sus síntomas positivos (Morales, Fresán, Robles y Domínguez, 2015)

2.1.3. Sujeto

La paciente que participó en este estudio es una mujer de 50 años, de nacionalidad mexicana, con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, otorgado por un médico psiquiatra. La paciente toma tratamiento farmacológico, que no elimina la presencia de los síntomas positivos.

2.1.4. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno que afecta al pensamiento, los afectos y la conducta de una persona y se caracteriza por la presencia de pensamiento anormal, trastornos perceptivos y expresión emocional disminuida o exagerada (Lemos, Fonseca, Paino, y Vallina, 2015).

Los diagnósticos incluyen la presencia de delirios (creencias no basadas en la realidad), alucinaciones (experiencias sensoriales sin base real), lenguaje desorganizado (comunicación verbal incoherente), conducta desorganizada o catatónica (acciones o movimientos inusuales o inadecuados) y síntomas negativos (disminución de la motivación o de ciertas conductas habituales en las personas sanas). En los criterios descritos en el DSM-5, se requiere que al menos uno de los dos síntomas presentes sean delirios, alucinaciones o desorganización y los síntomas deben causar deterioro funcional y persistir durante 6 meses, bien en su fase activa o bien de manera residual (American Psychiatric Association, 2016).

2.1.5. Fármacos

La paciente que participó en el estudio tomaba, en el momento de la intervención el siguiente tratamiento farmacológico: Clonazepam 1mg/día, Velafaxina 150mg/día, Olanzapina 10mg/día, Carbamazepina 400mg/día.

2.2. Instrumentos y técnicas utilizados.

2.2.1. Técnicas.

A continuación, se definen las técnicas que se utilizaron durante la presente investigación.

2.2.1.1. Entrevista.

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa, que adopta la forma de un diálogo coloquial, que se propone a obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el tema propuesto, que permite obtener información más completa y profunda, que el cuestionario, además de que presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz, 2013)

2.2.1.2. Observación participante.

Método interactivo de recogida de información que requiere de la implicación del observador en los acontecimientos observados, ya que permite obtener percepciones de la realidad estudiada, que difícilmente podríamos lograr sin implicarnos de una manera afectiva (Rodríguez, Gil y García, 1996).

2.2.2. Instrumentos.

A continuación, se describen los instrumentos que fueron utilizados para la intervención con el paciente con esquizofrenia. Tomando en cuenta los peligros en el uso de los instrumentos de cuantificación de los síntomas en el proceso de adherencia y compromiso en la relación terapéutica con los pacientes con esquizofrenia, los instrumentos de evaluación fueron introducidos después de que la relación con la persona hubo sido establecida, los problemas iniciales comprendidos y la historia personal hubo sido clarificada, lo que significa que no es posible el uso de la primera o primeras sesiones para cuantificar los síntomas en ningún detalle, sino hacerlo de forma subsecuente (Kingdon y Turkington, 2006). Por lo tanto, en el caso de pacientes con esquizofrenia, las escalas de medida deben ser introducidas cuidadosamente.

2.2.2.1. Historia clínica.

La historia clínica es el instrumento básico y fundamental para el diagnóstico de enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos, dispuestos de una forma ordenada, permiten establecer hipótesis diagnósticas y sirven como fuente para el análisis de otros facultativos. Además de incluir datos de la anamnesis (o interrogatorio), consigna la discusión diagnóstica, la evolución y el tratamiento de los enfermos (Romero, et al., 2010).

2.2.2.2. La Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales -PSYRATS) (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999).

Miden la gravedad de los síntomas de la esquizofrenia y, en particular, el carácter multidimensional de las alucinaciones y los delirios. La PSYRATS son escalas semiestructuradas de 17 ítems, de los cuales 11 estudian las alucinaciones auditivas y 6 las ideas delirantes. Constituye uno de los instrumentos más útiles para evaluar los efectos del tratamiento cognitivo-conductual sobre la frecuencia y duración de las alucinaciones, así como las actitudes del paciente hacia las mismas, el grado de malestar asociado a dichas experiencias, las creencias sobre la controlabilidad de las voces, la intensidad de las voces, el contenido positivo-negativo y las creencias sobre el origen de la alucinación. La subescala de valoración de los delirios explora igualmente el grado de preocupación que originan, la duración del delirio, el grado de convicción de la idea delirante, el malestar asociado al delirio y el grado de perturbación que la creencia origina en la vida del paciente. Ambas dimensiones son evaluadas sobre una escala tipo *Likert* de cinco puntos.

Las PSYRATS no son, propiamente, un instrumento diagnóstico y no se utilizan puntos de corte, sino que su utilidad radica en medir los cambios experimentados por un paciente en sus síntomas y en su funcionamiento, de modo que la diferencia de un punto en un determinado ítem

puede suponer un cambio clínicamente significativo. Es decir, permite monitorear el progreso y revisar los objetivos de tratamiento. Se utilizará la adaptación al español de la PSYRATS (González, Sanjuán, Cañete, Echánove y Leal, 2003).

2.2.2.3. El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz Guerrero (1975)

Distingue entre la ansiedad como rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo) y como un estado emocional transitorio (ansiedad estado). La *ansiedad-estado* es definida como una condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; tal estado puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. La *ansiedad-rasgo* se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la *ansiedad-estado*.

El (IDARE) es un inventario autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como *estado* (escala de estado), con 20 proposiciones y cuatro posibles respuestas: “no”, “un poco”, “bastante” y “mucho”, valoradas con 1, 2, 3 y 4, respectivamente; en las instrucciones se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en este momento, “ahora mismo”. En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como *rasgo* (escala de rasgo); también tiene 20 proposiciones y cuatro posibles respuestas: “no”, “un poco”, “bastante” y “mucho”, valoradas con 1, 2, 3 y 4, respectivamente; sin embargo, las instrucciones indican aquí que los sujetos describan cómo se sienten generalmente.

2.2.2.4. La Escala de la gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluadas por el clínico.

Propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2016) fue considerada para la evaluación de la presencia y gravedad de los síntomas tal y como los ha experimentado el individuo en los últimos 7 días. Se considerarán los dominios I. Alucinaciones y II. Delirios, ya que son los considerados como objeto de estudio del presente trabajo.

2.2.2.5. Análisis de las sesiones.

Se centra en el estudio del proceso de cambio tanto en la relación terapéutica, como en el proceso de cambio que se experimenta durante la relación de ayuda. De forma secuencial se requiere que en el proceso terapéutico el consultante reconozca y acepte su propia responsabilidad o participación en las situaciones de su vida, que van a impactar en nuevas representaciones cognitivas, afectivas, así como en comportamientos (Farkas, Hernández y Santelices, 2009).

2.3. Procedimiento

El primer paso para el desarrollo de la evaluación e intervención consiste en la formulación del caso y plan de tratamiento individualizado para el paciente con esquizofrenia resistente a fármacos.

La formulación del caso se desarrolla fuera del proceso de evaluación y en algunos momentos la guiará. Esta formulación provee de un marco de referencia desde el cual se desarrollarán las intervenciones terapéuticas.

El entendimiento de los antecedentes de la persona es el primer paso, e incluye los siguientes puntos:

- *Predisposición o factores de vulnerabilidad:* aquellos problemas que pueden hacer a la persona más sensible al estrés y específicamente a desarrollar enfermedades psicóticas

(por ejemplo: historia familiar de problemas de salud mental, especialmente psicóticos; características de personalidad, tales como la tendencia a ser muy solitario (“esquizoide”), sensible o paranoide; daños cerebrales, que puede contribuir al desarrollo de síntomas).

- *Factores precipitantes:* aquellas experiencias relevantes que preceden inmediatamente a la enfermedad de la persona -una discusión detallada del periodo de construcción del primer episodio que permita la identificación de factores que la persona también identifica o está de acuerdo en que son relevantes.
- *Factores perpetuantes:* aquellos problemas que hacen que la recuperación total sea más difícil o las recaídas más probables (por ejemplo, la falta de ingresos, viviendas pobres, pobre adherencia al tratamiento, aislamiento y dificultad en las relaciones.
- *Factores protectores:* las fortalezas que pueden ayudar a la recuperación (por ejemplo, inteligencia, relaciones, intereses y aptitudes).

Lo siguiente es identificar los problemas actuales. Verificar si el problema inicial que se presentó (incluso si este hubiera ocurrido años atrás) se mantiene como un problema con el cual lidiar.

Después, clarificar cuáles pensamientos, sentimientos y comportamientos predominan y su relevancia para la enfermedad. De manera similar, los síntomas físicos y circunstancias sociales de relevancia -sí o no los identifica como problemas- necesitan estar incluidos en la formulación.

Finalmente, si tiene alguna idea subyacente que haya sido identificada, tales como creencias esquemáticas, reglas de vida, o más simples factores sociales o psicológicos generales que parezcan estar conduciendo a creencias y comportamientos delirantes (por ejemplo, “necesito una novia”, “mis parientes me odian”) se incluirían aquí.

Para la planeación del tratamiento se debe considerar que el trabajo específico con los síntomas sale de la formulación. La discusión que emerge sobre las causas iniciales de los delirios y las alucinaciones hará que sobrevenga una discusión sobre ellas, por lo que habrá exploración de ellos y de sus alternativas mediante el acopio de información relevante del propio conocimiento de las personas, del terapeuta o buscado en algún otro lugar (por ejemplo, amigos o bibliotecas), esto es el desarrollo de una formulación.

Una vez que se encuentra la formulación, se ofrecen las alternativas al cliente, con la intención de normalizar las experiencias, de tal forma que se trabaje con las creencias acerca de las alucinaciones y se debatan los delirios y creencias subyacentes. Después de trabajar con los síntomas positivos se entienden y trabajan los síntomas negativos, el pensamiento desorganizado, etcétera. Todo este proceso de la relación terapéutica va de la evaluación al compromiso.

2.3.1. Uso de la formulación.

El proceso de desarrollo de la formulación con el cliente puede ser terapéutica en sí misma como una estructura que comienza a emerger de un grupo desorganizado de síntomas y experiencias. Frecuentemente, algunos pensamientos y experiencias vinculados forman un eje clave de trabajo. Encontrar conexiones relevantes puede ayudar en el proceso de reatribución de los síntomas; las fortalezas pueden ser movilizadas y los comportamientos desadaptativos pueden ser identificados. En la Figura 1 se propone el siguiente esquema para la formulación del caso. Con el cliente es posible identificar y acordar en las áreas clave de trabajo, por ejemplo, voces, aislamiento, pérdida de peso, o todas ellas.

3. Programa de Intervención

3.1. Fundamentación

El presente programa de Intervención se basa en la guía de intervención de terapia cognitiva para personas que tienen esquizofrenia (Kingdon y Turkington, 2005). Los autores lo describen como una aproximación que es consistente con las evidencias de investigación de la efectividad de la terapia cognitiva en la esquizofrenia y enfatiza el papel de generar colaborativamente la formulación como guía del proceso de terapia.

La terapia cognitiva puede ayudar en la esquizofrenia complementando cualquier efecto benéfico de la medicación. De la misma forma, este modelo permite explorar y comprender los síntomas angustiantes y debilitantes, como suelen ser los síntomas psicóticos. Este trabajo promueve la identificación y el uso de los propios recursos internos del paciente para manejar sus consecuencias negativas.

3.2. Objetivo general

Reducir la angustia y mejorar la colaboración en la persona con experiencia psicótica, a través de la intervención con estrategias de TCC propuestas por Kingdon y Turkington (2005).

3.2.1. *Objetivos específicos.*

Implementar un programa de intervención de acuerdo con la conceptualización del caso, considerando las estrategias de la TCC de Turkington y Kingdon (2005).

Evaluar la diferencia pretest-postest de los instrumentos *Escala de síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia*, la *Escala para la valoración de los síntomas psicóticos*, la *Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis*, evaluada por el clínico propuesta en el DSM-5, y el *Cuestionario para la evaluación de la discapacidad* de la Organización Mundial de la Salud.

Disminuir la Emoción Expresada de los familiares y/o cuidadores primarios de los enfermos con esquizofrenia resistente a la medicación como resultado de la participación en las estrategias de psicoeducación del enfoque cognitivo-conductual.

3.3. Terapia Cognitivo-Conductual para pacientes con esquizofrenia: El modelo de Kingdon y Turkington

Para el desarrollo del programa de intervención, desde el enfoque CC que plantean Kingdon y Turkington (2005) para el tratamiento individualizado basado en evidencias de personas con esquizofrenia, se consideraron los elementos de la guía que se describen a continuación:

3.3.1. Sobre la relación terapéutica.

El primer paso para el desarrollo de cualquier tratamiento psicológico es el desarrollo de confianza y colaboración. Esto es esencial para la terapia. Es más importante que cualquier otra consideración. Si la evaluación o las intervenciones interfieren con la adherencia, en lugar de facilitarla será necesario reconsiderar la forma en que se están realizando. Frecuentemente es necesario comenzar con una plática informal de contenido casual, o parar la intervención de la sesión terapéutica para mantener y fortalecer la adherencia. Aunque la adherencia terapéutica puede parecer un mayor obstáculo para las personas con esquizofrenia, especialmente donde la paranoia es prominente, no es imposible.

La adherencia terapéutica requiere de un estilo terapéutico que enfatice la colaboración, la calidez y el respeto mutuo. Para las personas que pueden estar angustiadas por la presencia de alucinaciones auditivas, experiencias de inserción de pensamiento o miedos persecutorios, toma tiempo confiar en cualquier forma de interacción terapéutica.

3.3.2. Consideraciones sobre el terapeuta.

La esquizofrenia puede ser una enfermedad atemorizante para muchas personas - incluyendo algunos clínicos- pues la relacionan desproporcionadamente con imágenes de agresión, inaccesibilidad y deterioro progresivo. Esto está ampliamente reforzado por los medios de comunicación. También se encuentra asociada la esquizofrenia a causas exclusivamente biológicas, lo que conlleva a la suposición de que sólo se vea solución efectiva en el tratamiento biológico, ignorando la evidencia de la efectividad de la psicoterapia en su tratamiento.

Algunas experiencias de intervención psicodinámicas generaban el temor de la imposibilidad para relacionarse con las personas con esquizofrenia. El trabajo con las personas con esquizofrenia usando la terapia cognitiva se presenta como una experiencia excitante y enriquecedora.

3.3.3. Compromiso.

El compromiso hacia la terapia varía de persona a persona, a continuación, se mencionan algunos aspectos que pueden perjudicarlo. Tenerlos en cuenta puede ayudar a seleccionar tácticas para facilitarlos: las diferencias culturales, abuso de sustancias, presencia de trastornos de la personalidad, presencia de paranoia, hostilidad, grandiosidad, que no considere que necesita ayuda, creencia de que expresar sentimientos está “mal”, creencia de que aceptar la ayuda es igual a debilidad, experimentar actitudes negativas por parte de la familia y amigos, baja capacidad de insight, con fuertes convicciones delirantes, malas experiencias pasadas en hospitalización, efectos secundarios de los fármacos.

Por otro lado, existen factores, cuya presencia, puede beneficiar el compromiso con la terapia, tales como: trastorno de personalidad límite (aunque estas personas pueden fácilmente desinteresarse del proceso en otro momento), alucinaciones abusivas (porque nada más está

ayudando), un fuerte deseo de salir del hospital, especialmente si está recluido contra su voluntad, una buena experiencia con los servicios.

Las técnicas que pueden ayudar a generar este compromiso terapéutico contemplan que la comunicación sea, lo más posible, entre iguales, con respeto a las creencias de ambos, aunque puedan parecer bizarras e irracionales. Puede parecer difícil aceptar que tales creencias tengan algún significado, pero es raro que no puedan ser comprensibles, aunque lograrlo tome tiempo. Con perseverancia y asistencia del cliente eventualmente serán comprensibles. Ser amistoso, tanto como sea posible en una relación profesional, se presenta como una técnica remarcable de intervención para el mantenimiento y el compromiso de la persona. Esta técnica ha sido utilizada como tratamiento control en otros estudios, y demostró ser una intervención efectiva por sí misma.

Se recomienda evitar tecnicismos, buscar un lenguaje común, utilizar vocabulario adecuado para el nivel educativo del cliente, verificar el nivel de entendimiento de la persona y del propio terapeuta, dar explicaciones simples de qué quieres hacer o aprender y por qué, dejar que el cliente se vaya de la sesión “con algo”, una nueva forma de ver su situación o síntomas, o con una sonrisa en su rostro, sintiéndose amigable.

3.3.4. Orientando al cliente al tratamiento.

Se debe buscar un balance entre ser abierto y decir lo suficiente. Decir demasiado puede confundir a la persona, especialmente cuando el pensamiento se encuentra seriamente desordenado por los delirios o las alucinaciones. Hay que considerar, además, el balance entre enfocar la discusión sobre la terapia, más que hablar sobre las preocupaciones y necesidades inmediatas de la persona. Lo mejor es procurar que la persona dirija la discusión sobre sus

necesidades. Aunque esto pueda limitar la discusión introductoria, la discusión introductoria sobre la terapia puede hacerse después.

Los estudios que sustentan los beneficios de la TCC en la esquizofrenia abogan por la combinación con adecuada medicación. Esta propuesta de TCC se propone sin discontinuar el medicamento otorgado por médicos o psiquiatras en sus dosis apropiadas.

3.3.5. Psicoeducación.

La base para que el cliente sea capaz de comprender las experiencias angustiantes y confusas que se presentan en la esquizofrenia es la psicoeducación basada en la conceptualización del caso. Esto implica, proveer, o en el mejor de los casos provocar que la persona, por sí misma, explicaciones psicológicas para sus síntomas.

Es una herramienta que ha demostrado su utilidad para ayudar a los clientes y a sus cuidadores, a comprender sus enfermedades, saber qué es lo que tienen, qué significa el diagnóstico y cómo es que la condición pudo haberse desarrollado. Especialmente con la esquizofrenia -un trastorno altamente estigmatizado ligado constantemente con agresión una pobre prognosis- es crucial para los clientes tener un entendimiento clarificado de lo que es sabido de la condición y de qué puede ser una suposición. Sin embargo, se recomienda una especial sensibilidad con el uso del término “esquizofrenia” por las asociaciones erróneas con el término, por lo que se recomienda el uso de otros términos o expresiones alternativas al dirigirnos con los clientes, tales como: sensibilidad, trauma, ansiedad, condiciones relacionadas con el uso de drogas o medicamentos.

La psicoeducación individualizada ayuda a las personas a sentirse escuchadas y comprendidas, y esta aproximación ayuda a su efectividad. Por otra parte, las discusiones acerca de si tienen esquizofrenia son potencialmente dañinas para la adherencia al tratamiento. Lo más

importante es la consideración de que ellos tienen problemas que pueden beneficiarse de la colaboración con los servicios de salud mental y las opciones de tratamiento al alcance.

Sin importar cuál es la actitud del cliente hacia el diagnóstico de esquizofrenia, lo que es clave es la aceptación de la persona de que se encuentra incómoda, estresada o sólo que las cosas “no están bien”. Es en este contexto, en el que la educación acerca de los factores de vulnerabilidad y la interacción con eventos estresantes es invaluable. Sin embargo, lo mejor es que esta información se explique desde la propia vulnerabilidad del paciente, y no como una explicación teórica impersonal. Describir las vulnerabilidades del cliente, fortalezas y estresores puede ser altamente instructivo.

Es importante mantener una discusión colaborativa acerca de esto, corroborando lo que ha sido entendido, los acuerdos y los desacuerdos.

La educación que normaliza puede ser altamente valorada. El uso de términos técnicos puede estar fuera de lugar si no son explicados completamente a la persona y deben ser usados sólo cuando explicaciones más simples no sean suficientes. Sin embargo, hay un momento para su uso para los clientes para comprender mejor sus experiencias, darles un nombre, y en el proceso alejarse de ellos. Esto les puede ayudar a comprender sus experiencias más objetivamente.

La psicoeducación individualizada ayuda a las personas a sentirse escuchadas y entendidas, y esta aproximación ayuda en su efectividad (Kingdon y Turkington, 2005). En el proceso de evaluación, algunas preguntas que pueden ser consideradas son las siguientes:

- ¿Qué te gustaría saber acerca de lo que te ha pasado?
- ¿Cómo se te ha descrito anteriormente?
- ¿Cómo te sientes al respecto?

- ¿Qué significa esto para ti?

Si la persona no está consciente del diagnóstico, se siente intranquila, o lo rechaza, no se debe continuar enfatizándolo. Tres componentes del *insight* han sido delineados (David, 1990):

- Aceptar la necesidad del tratamiento.
- Aceptar que él o ella tiene una enfermedad.
- Aceptar que las voces o los delirios se originan dentro de él o ella.

Hay evidencia de que el aumento en la aceptación de la necesidad de tratamiento y que el reconocimiento de que las voces o los delirios están originados dentro de la persona, correlacionan positivamente con mejores resultados.

Las discusiones acerca de si la persona tiene o no esquizofrenia son potencialmente dañinas en el proceso de adherencia terapéutica. La consideración más importante es que ellos tienen problemas que pueden beneficiarse de la colaboración con los servicios de salud mental y con las opciones de tratamiento disponibles.

3.3.7. Normalización de la psicosis.

Una forma específica de psicoeducación es la normalización, en la cual los síntomas - tales como voces y paranoia- que parecen ser “anormales” o relacionadas con “locura” se discuten. Estas pueden ser comparadas con las experiencias descritas por personas voluntarias, sin trastornos, que habiendo sido deprivados sensorialmente o privados de sueño, o personas sometidas a formas inusuales de estrés (por ejemplo, las personas tomadas como rehenes), o solamente por personas sobresensibilizadas (por ejemplo, la fugaz sensación paranoide que ocurre cuando un sujeto entra a un cuarto donde había personas platicando y callan cuando esta persona irrumpe, e inmediatamente le surge el pensamiento: “¿Estaban hablando de *mi*?”

Gran parte del objetivo de la terapia tiene su raíz en la filosofía de reconocer que las personas que están experimentando trastornos psicóticos no son diferentes a las otras personas, sino que están teniendo experiencias diferentes a las comunes.

La normalización es el proceso en el que los pensamientos, conductas, humores y experiencias son comparadas y entendidas en términos de similares pensamientos, conductas, humores y experiencias de las de otros individuos que no están diagnosticados con trastornos, especialmente trastornos mentales. Estas experiencias están relacionadas a algunas formas de estrés, pero comúnmente la diferencia entre ser seriamente angustiantes o si interfieren en la vida de las personas sólo temporalmente o si empeoran en términos de enfermedades de largo plazo es si no son suficientemente bien entendidas como fuentes primarias de estrés.

Experiencias tales como las alucinaciones hipnopómpicas son ejemplos de síntomas psicóticos que no se consideran patológicos. Esta fluctuación de experiencias no persiste como un problema permanente y se reconocen por lo que distingue la creencia psiquiátrica de la no psiquiátrica. Pero el fenómeno, sin embargo, se mantiene en un continuo con la psicosis. Mucho de este conocimiento es de sentido común, pero suele no aplicarse donde puede ser más útil: en la comprensión de situaciones y percepciones que causan perplejidad. El uso del descubrimiento guiado con el cliente puede favorecer su propio entendimiento y conocimiento.

3.3.8. Entender el efecto en los individuos de la estigmatización y la discriminación

La normalización es un concepto muy importante por su influencia en la estigmatización y discriminación hacia las personas que experimentan o han experimentado previamente psicosis. Tal estigmatización puede ocurrir por parte de otros (extraños e incluso amigos del barrio, lugares de trabajo, hospitales, etc.), por parte de terapeutas, por familiares y cuidadores primarios o incluso por la propia persona (efectos la autoestima y expectativas).

Las psicosis, especialmente la esquizofrenia, han sido tratadas clásicamente como “diferentes” de otras condiciones, tanto físicas como mentales. Mucha de la angustia y de la discapacidad experimentada por las personas con psicosis puede ser atribuida a este fenómeno. Las personas con psicosis pueden ser estigmatizadas por los vecinos o los compañeros de trabajo, incrementando de este modo el estrés experimentado y la paranoia sentida. En centros médicos, similares temores impiden que se desarrollen más investigaciones, disminuyendo los recursos destinados a los servicios para las personas con esquizofrenia. Incluso los familiares y cuidadores primarios pueden verse influidos por la exagerada o errónea información expuesta por los medios y otras personas lo cual puede causar en ellos miedo innecesarios o distanciamiento del individuo, aunque usualmente, el conocimiento de la persona en particular, su relación personal, contradiga tales supuestos.

3.3.9. Pensamientos automáticos

Aunque se trata de un fenómeno universal, los pensamientos automáticos no es un tema que sea ampliamente comprendido. Además, la introspección que ocurre cuando las personas están deprimidas o confundidas puede llevar a connotaciones de angustia mayores asociándolos con los pensamientos automáticos. Ayudarle al cliente a distinguir entre pensamientos y acciones es central en el modelo de terapia cognitiva de la esquizofrenia.

Cuando los clientes están confundidos con sus propios pensamientos, quizás presentan creencias psicóticas o voces, los pensamientos o voces pueden ser negativos y vistas como verdaderos, o alternativamente pueden ser normales, pero no aceptados como pensamientos propios porque “puedan resultar demasiado estúpidos”.

Dar una explicación de la forma de cómo ocurren los pensamientos, que son, algunas veces guiados voluntariamente, por ejemplo, cuando estamos hablando y pensando sobre lo que

vamos a decir, pero que en otras ocasiones los pensamientos continúan sin importar lo concentrados que estemos, por ejemplo “quisiera una taza de café”, “me pregunto cuánto tiempo falta”, o “¿de qué está hablando?”.

La naturaleza automática de pensamientos puede ser discutida, describiendo como eventos activadores como una palabra específica o una mirada pueden ser asociadas con personas o eventos significativos y luego los pensamientos fluyen en esa dirección. También puede ser relevante la asociación de los pensamientos con el humor. Cuando uno está deprimido, los pensamientos tienden a ser negativos (e igualmente, pensamientos negativos pueden llevar a humor depresivo). Una cuestión particular es la intrusión de pensamientos agresivos, hostiles, sexuales o sólo extraños. La simple presencia de estos puede llevar a la persona a acusarse de ser malo o mala, especialmente si están relacionados con una persona específica, por ejemplo, hijos o padres. La creencia que subyace es que si piensas algo debe indicar que “subconscientemente” es algo que deseas hacer incluso contra tu propia voluntad. La explicación del “flujo de la consciencia” puede ser esclarecedora y reducir el autocastigo.

Es importante normalizar la relación entre pensamiento y acciones. Esencialmente, esto implica distinguir un pensamiento de un intento de hacer algo y subsecuentemente una acción basada en él. Los pensamientos no son acciones, pueden dirigirlos, pero sólo si la persona lo desea o permite que se realicen

3.3.10. Descatastrofización.

El objetivo es evitar hacer una catástrofe de una crisis, o cuando la catástrofe parezca estar ocurriendo, ayudarle a la persona a reevaluar lo que le está pasando de modo que lo pueda entender mejor, se enganche menos en autoculparse y se regresa como un miembro más de la raza humana.

El miedo subjetivo de volverse loco es el síntoma más frecuente de un evento así (Hirsch y Jolley, 1989).

3.3.11. Formulación del caso e intervención en delirios.

Los delirios comúnmente contienen un núcleo de verdad relacionados con intereses e ideas premórbidos. Discutir la evidencia de los delirios sin necesariamente contradecir al cliente puede llevar a un cambio en las características del delirio. Las creencias están en un continuo entre la verdad y la falsedad. Se propone la siguiente definición del delirio:

Un delirio es una creencia (probablemente falsa) al extremo final de un continuo de acuerdo consensual. No es categóricamente diferente de ideas sobrevaloradas y creencias normales. Se mantiene a pesar de las ideas que evidencian lo contrario, pero puede ser sensible al cambio cuando la experiencia es explorada colaborativamente. En tal caso, la creencia puede aproximarse más a ideas que se mantienen con los antecedentes sociales, culturales, educativos y religiosos de la persona (Turkington, John, Siddle, Ward y Birmingham, 1996). Conforme continúe con el proceso de terapia, cuando se conozca el contexto en el que se desarrolló la idea, se podrá entender ampliamente.

3.3.12. Desarrollo del plan de tratamiento de los delirios.

El desarrollo de la estrategia para explorar y manejar las creencias delirantes mediante la evolución de la formulación del caso.

Algunas creencias pueden ser fácilmente entendibles (la voz de una persona que solía abusar o atormentaba al cliente en años anteriores). Otras son menos entendibles: el cuerpo de la persona está poblado por alienígenas. Cualquiera que sea la creencia, escucharla y comprenderla es central para ayudar a la persona para lidiar con ella efectivamente y con sus posibles consecuencias.

3.3.13. Uso del descubrimiento guiado para entender los antecedentes de las creencias delirantes.

Entender los eventos iniciales que llevaron al desarrollo de las creencias delirantes es de gran importancia. Esto es más fácil cuando el inicio fue abrupto. Es más difícil cuando hubo un desarrollo gradual de los síntomas. En otros casos, los eventos relevantes pueden haber ocurrido en un número de meses o años, con un momento no precisamente determinable de inicio. Sin embargo, la mayoría de las personas eventualmente señalarán eventos o circunstancias que ellos creen que fueron relevantes. En algunos casos se tendrán que buscar con los miembros de la familia o examinar viejos registros médicos. Puede que no hayan sido los causantes de la psicosis, pero el significado de esos momentos en su futuro manejo puede ser incalculable para asistir en la comprensión de cómo y por qué se desarrollaron esas creencias.

Los clientes regularmente describirán eventos vitales que claramente han sido severos y angustiantes, como un divorcio, la muerte de un esposo, ser testigo de un homicidio o un ataque severo, haber sido abusado sexualmente o atacado, un accidente serio o haber sido acusado injustamente de un crimen o un delito que le hizo perder un trabajo o le causó daños en sus relaciones interpersonales. En otros casos, el evento puede parecer irrelevante hasta que el significado personal se vuelve claro. Para otros, pueden ser estresores menores, como dejar la casa para ir a la universidad.

3.3.14. La imagen del periodo prodrómico: eventos, creencias, imágenes.

Cuando la persona parece no querer recordar, vale la pena verificar, hay que actuar con cautela, hacer preguntas con sensibilidad. Algunas personas se sienten más cómodas cuando responden a preguntas de sí o no. Si la persona se niega a contestar, hay que cambiar el tema a uno más general, sin ser específico y regresar después a las preguntas cuando la persona está

relajada y con más disposición de otorgar información. Si el cliente se altera excesivamente, este proceso también se debe seguir.

Cuando emergen los detalles de los eventos relevantes, es posible crear una imagen que muestre lo que pasó. Esta discusión permite construir un reporte claro, lógico y cronológico. A veces hay que llevar a la persona hacia el pasado, a veces se tendrán pedazos de información de diferentes momentos, hasta que se complete la secuencia y se tenga en un orden correcto.

Este proceso involucra identificar eventos e incidentes vitales relevantes. Aunque esto es una extensión del proceso de evaluación, es también terapéutico. Puede incluso ser la primera vez que el cliente puede discutir toda la secuencia de eventos y, por lo tanto, comenzar a evaluar sus significados y consecuencias. Si la persona ya lo ha hecho antes, pudo haberlo intentado en un estado demasiado psicótico o su pensamiento demasiado desorganizado o simplemente no confiaba en la persona que le estaba solicitando la información. Para muchos puede ser la primera vez, en mucho tiempo, en que puede discutir terapéuticamente y ese compromiso puede ser muy apreciado.

Cuando la historia del cliente parece estar completa, uno puede comenzar a examinarla. Generalmente, proceder con la intervención terapéutica antes de completar la historia del cliente puede ser peligroso. El terapeuta puede cometer el riesgo de llegar a conclusiones de cuestiones que podrían parecer completamente delirantes, que pueden en realidad estar sustentadas con hechos. Este error puede dañar la relación y la capacidad para trabajar con la persona.

3.3.15. Encontrar conexiones entre eventos activadores, creencias y consecuencias.

El marco ABC usado en otras áreas de la terapia cognitiva puede ayudar a clarificar la relación entre eventos y creencias. Se puede usar para distinguir entre los eventos activadores (A's), creencias (B's) y consecuencias (C's), ya que estas generalmente, se vuelven confusas,

con las personas saltando de A's a C's, sin considerar la creencia intermedia. En esta etapa otros pensamientos negativos pueden emerger y pueden afectar a los individuos tanto como otras condiciones (como la depresión), entre las cuales están:

- Personalización (Tomar las cosas personalmente)
- Abstracción selectiva (sacar las cosas del contexto)
- Inferencia arbitraria (llegar a conclusiones precipitadamente)
- Minimizar
- Maximizar
- Sobregeneralizar
- Razonamiento dicotómico (Pensamiento todo o nada)

3.3.16. Discutir y debatir los delirios.

Es mejor comenzar explorando el contenido del delirio, contemplando la información obtenida acerca de su desarrollo. Al hacerlo, se establece con el cliente la naturaleza de la evidencia para el delirio, lo que sea que apoye a la creencia, acompañándolo de evidencia con información relevante que el terapeuta tenga, si es posible. Es necesario considerar los siguientes aspectos para discutir los delirios:

- Establecer alianza terapéutica.
- Rastrear los orígenes del delirio
- Construir una imagen del periodo prodrómico
- Identificar elementos vitales y circunstancias significativas
- Identificar percepciones relevantes (por ejemplo, cosquilleo, vista borrosa) y pensamientos (por ejemplo, ideas suicidas o violentas)

- Revisar pensamientos negativos y suposiciones disfuncionales, especialmente tomando las cosas personalmente y tomar las cosas fuera de contexto.

Una discusión abierta de los delirios no va a empeorarlos o reforzarlos. Por el contrario, mejora la relación terapeuta-cliente por tomar la creencia en serio y permite tratar de comprenderla a través del uso apropiado de evidencia que lo apoye. También mejora la capacidad del cliente y el deseo de ser autocrítico al focalizar la discusión en circunstancias relacionadas.

La exploración de evidencia que desconfirme el delirio necesita ser realizada con sensibilidad y socráticamente, utilizando el descubrimiento guiado como la aproximación predominante. Obtener información del cliente es mucho más persuasivo que presentársela por parte del terapeuta. Hay que procurar evitar la reactancia psicológica, evitando el conflicto directo. Señalar las anomalías de la persona puede ser útil, pero es una aproximación mucho menos exitosa que dejar que la persona identifique las anomalías por sí misma.

En otras ocasiones, traer a otros a quien la persona respete o quiera puede ayudar, pero debe ser realizado de una forma gentil, y de ser posible, con su consentimiento. Pedirle al cliente que verifique sus creencias con amigos cercanos o familiares puede ser útil para explorar creencias de una forma no confrontativa.

3.3.17. Generación de Explicaciones alternativas e investigación adicional para explorarlas.

Introducir la idea de que puede existir una interpretación alternativa de los eventos o percepciones que pueden aparentemente haber sido interpretadas de forma delirante requiere mucho cuidado, ya que el cliente puede llegar rápidamente a la conclusión de que “Tú tampoco me crees, todos son iguales”.

Si la persona puede ser llevada a considerar posibilidades alternativas con una presión mínima, a veces la guía no verbal, fruncir levemente el ceño, y si es necesaria una aportación puntual. A menudo, el desarrollo de la formulación lleva a la persona a cuestionar, aunque silenciosamente, creencias que previamente él o ella tomaba como evidente por sí misma.

Hasta dónde se puedan explorar alternativas depende de qué tan abierto está a hacerlo. Si se resiste a hacerlo, puede ser apropiado explorar el desarrollo del delirio, pero llevarlo a métodos para tratar con los delirios persistentes, pero hay que estar seguro de que están suficientemente explorados. Encontrar significado a los delirios puede ser enormemente tranquilizador y reductor de ansiedad, pero no necesariamente sugiere que el significado encontrado es la explicación correcta.

3.3.18. Generación de hipótesis verificables.

Verificar las creencias puede asistir para clarificarlas, y en los casos en los que no están fuertemente sostenidas, a desarrollar maneras alternativas de mirar los eventos y las situaciones. Los diarios son útiles para identificar cuando ocurren las creencias y son precisos al respecto. Sin embargo, cualquier tarea que se vea como objetivo necesita ser simple y valiosa desde el punto de vista de la persona para que complete la tarea, de otra forma no tendrá éxito.

La contradicción hipotética, que requiere preguntar a la persona si existe *alguna* circunstancia bajo la cual pueda invertir su creencia también se presenta como una forma de trabajo. Esta técnica puede tener limitaciones terapéuticas, como perjudicar el enganche terapéutico.

3.3.19. Uso de investigación y tareas para explorar las explicaciones de eventos específicos o creencias.

La exploración o la investigación de evidencia para las creencias puede ser considerada. Muchas personas con esquizofrenia tienen aversión al término “tarea”, y pueden tender a evitarla. Sin embargo, cualquier proposición teórica puede guiar a futura investigación.

El uso de material de autoayuda, o el uso de enciclopedias o internet puede ser muy útil. La experiencia muestra que los clientes no suelen llevar información, pero aprecian el esfuerzo y la dedicación del terapeuta cuando éste la lleva. Cuando el cliente busca información, puede considerarse un desarrollo importante de la terapia. Puede pasar que entre más en serio tomes el delirio de la persona y lo investigas más y más, tiende a perder el interés en él, pero emerge la posibilidad de trabajar en sus asuntos personales y los comportamientos basados en la influencia de los delirios comienzan a cambiar.

3.3.20. Seguir la lógica de la creencia (encadenamiento inferencial).

Esta técnica consiste en preguntar:

“Si otras personas están de acuerdo contigo acerca de tu creencia acerca de (la creencia del cliente), ¿Qué significaría para ti? ¿Cómo te haría sentir?”:

Esta es una forma no amenazante y muy efectiva de encontrar la importancia de la creencia. Con delirios de grandeza, la gente frecuentemente hablará de cosas que tienen que ver con su autoestima como “Sería respetado”, “tendría una novia”, “sería más feliz”, “no estaría solo”. Habiendo identificado la idea general, podría hacerse un cuestionamiento más específico, por ejemplo: “¿Pero por quién en particular quisieras ser respetado?”. Frecuentemente estas cadenas de inferencias proveen de información específica acerca de las circunstancias con las

que se debe trabajar. Entender las dificultades del cliente puede llevar a generar cambios en las relaciones o en las percepciones de ellas.

Claro que hay un momento en que se debe parar razonar directamente con las creencias delirantes. De hecho, después de la evaluación completa, exploración, y trabajo en la búsqueda de explicaciones alternativas alejar la atención de las creencias puede ser necesario para el progreso. El trabajo puede cambiar la atención a resolver problemas y establecer metas a futuro de corto plazo (en términos de días o semanas) y largo plazo (meses y años). A veces los problemas más importantes pueden ser aquellos del día a día, y la presencia de las voces ayudan a la persona a evitar confrontarlos.

3.3.21. Delirios persistentes.

Cuando los delirios son persistentes, es perfectamente razonable dejar de intentar razonar con los clientes para moverse a otros temas de importancia personal. Si no emergen nuevos temas, hay que buscar cuáles son los problemas prominentes para la persona, las metas que tiene, qué se puede hacer para que el cliente alcance sus metas a pesar de sus creencias y las consecuencias de las mismas.

El propio terapeuta puede preguntarse ¿para qué propósito parece estar sirviendo la creencia? Hay numerosas posibilidades:

- Da un propósito en la vida.
- Mejora la autoestima y protege de la desesperación.
- Afecta las relaciones personales, por ejemplo, con los padres.

Generalmente hay un elemento de verdad en las creencias. No hay que temer aceptar eso con el cliente.

3.3.22. Alucinaciones auditivas.

Es crucial identificar la naturaleza y el impacto exactos de la experiencia alucinatoria: “¿Cómo es que se escucha?, ¿Es como cuando yo te hablo a ti, o es alguien que te grita a ti?” Las modalidades y activadores, así como las respuestas afectivas y conductuales, las actuales aproximaciones de afrontamiento, cogniciones relacionadas y el imaginario deben ser gentilmente explorados y registrados.

Se debe confirmar con retroalimentación y un resumen para tener un acuerdo exacto de la naturaleza de los problemas. Una vez realizado esto construir una agenda colaborativa.

El modelo de la experiencia de escuchar voces debe trabajarse, desde el principio, de una forma sistemática y no confrontativa.

A través del conocimiento guiado y el uso de conocimiento del mundo real y puede ser asignado un porcentaje que refleje la convicción (por ejemplo, “El 90% de las veces es Dios hablando”). Algunos otros modelos pueden ser mencionados entonces y trabajados a través de una forma similar (por ejemplo, “20% es debido al estrés”). Si las voces se encuentran activas durante la sesión, entonces la persona y el terapeuta pueden intentar buscar cualquier posible explicación y modelos de transmisión. Frecuentemente los clientes no han sido llevados a través de este proceso antes.

Se puede intentar la grabación de las voces, especialmente cuando no hay seguridad acerca del origen y naturaleza de las voces, pero muchas veces, por primera ocasión pueden considerar si se están volviendo locos o están sufriendo esquizofrenia.

Se pueden usar diarios de voces para tener un registro de línea base de la actividad de las voces en un periodo de 7 días, si no recordar la última semana precedida puede cumplir la misma

función. Se le anima al cliente a anotar la intensidad, respuesta afectiva, y cualquier intento de afrontamiento hechos en relación a las situaciones encontradas.

En la siguiente sesión, con el uso del descubrimiento guiado se pueden intentar distinguir factores asociados con las voces, que reflejan el grado de estrés, afecto, pensamientos y memorias, grado de aislamiento y socialización y la naturaleza exacta de las actividades comprometidas.

Cuando hay una fuerte reacción emocional a las voces, las aproximaciones de respuestas racionales o conductuales tienen el objetivo de reducir la intensidad de la frustración, el enojo o la ansiedad, también son útiles para reducir la angustia ligada a la experiencia.

La actitud que la persona toma hacia la voz es la causa determinante de angustia provocada por ella.

Ejemplos de estrategias de afrontamiento para alucinaciones auditivas

- Control conductual: Por ejemplo, omar un baño, salir a caminar o hacer algún tipo de ejercicio físico, usar un audio de relajación, usar una grabadora personal, escuchar música clásica o rock, retirarse a un lugar silencioso.
- Socialización: Por ejemplo, amigos, centros comunitarios, decirle a una persona de confianza que la voz está activa y recordarse a sí mismo que nadie más puede oír la voz.
- Cuidado de la salud mental: Por ejemplo, uso de medicamentos, llamar a un profesional de la salud mental.
- Comportamiento sintomático (no recomendado): Por ejemplo, tomar o usar drogas, golpear a un oficial, gritarles a las voces.
- Control cognitivo: Por ejemplo, jugar un videojuego, ver la televisión, escuchar música, responder crucigramas, desarrollar un pasatiempo, hacer algo diferente a la rutina normal,

probar una técnica de meditación, rezar, un mantra o subvocalización (por ejemplo, tararearse a uno mismo).

- Enfocarse: Por ejemplo, dejar que la voz se manifieste y relajarse con ella.
- Respuestas racionales: Por ejemplo, uso de respuestas de reducción de ansiedad o ira al contenido de las voces; hacer algo para provocar las voces (para demostrar controlabilidad), darle un espacio de 10 minutos al día en una hora especificada; utilizar explicaciones normalizadoras: Por ejemplo, explicándolo como el rol de la esquizofrenia; combatiendo la aparente naturaleza omnisciente y omnipotente de las voces; recordarse a uno mismo que las voces no son acciones y no tienen que provocarlas; empezar a ser asertivos con las voces realizando un diálogo con las mismas.

3.3.23. Formulación del caso e intervención con alucinaciones.

Las alucinaciones están conceptualizadas por el modelo cognitivo como pensamientos automáticos que son percibidos por el cliente como originados en el exterior, esto es, fuera de su mente. Nuevamente, una tendencia a externalizar, combinada con eventos y circunstancias estresantes, precipitan estas experiencias. Las alucinaciones se pueden mantener por conductas de seguridad (por ejemplo, la evitación) así como explicaciones disfuncionales (por ejemplo, “es el diablo el que me está hablando”) y altos niveles de afectación (por ejemplo, angustia severa como respuesta al contenido ofensivo de las voces). El cliente se puede beneficiar con el trabajo de reatribución, debate del contenido, desarrollo de estrategias de afrontamiento y la búsqueda de que las alucinaciones reflejen creencias que la persona mantiene acerca de sí misma.

3.3.24. Otras alucinaciones.

Las alucinaciones visuales, táctiles y somáticas (otras sensaciones corporales) pueden ocurrir en la esquizofrenia.

3.3.25. Alucinaciones visuales.

Las visiones comúnmente toman forma de recuerdos asociados a eventos específicos, por ejemplo, trauma o relacionados con drogas, pueden ser bizarros y aparentemente sin sentido. Pueden ser malinterpretaciones, pueden ser fugaces y menos angustiantes (dependiendo del contenido).

Terapia involucrada:

- Definición precisa del fenómeno experimentado.
- Uso de diarios o recuerdo detallado.
- Exploración del significado y asociaciones de la visión de la persona.

3.3.26. *Sugerir un modo de evaluar cuál es la alternativa más adaptativa y que se ajusta mejor a la realidad.*

En las etapas iniciales se intenta que el paciente se dé cuenta de que las creencias problemáticas son no solamente una actividad mental común, sino que en algunas circunstancias o cuando uno tiene experiencias anómalas estas creencias pueden ser necesarias para la adaptación inicial.

- Continuo de funcionamiento

Se puede departir con el paciente sobre la evidencia que apunta a que los síntomas de la psicosis están en un continuo con la conducta normal, siendo formas exageradas o más extremas de responder al estrés, pero no cualitativamente distintas en cuanto al tipo de respuesta. Por ejemplo, las ideas sobrevaloradas o las ilusiones son un punto intermedio en un continuo funcional con los delirios, en el primer caso, o las alucinaciones, en el segundo.

- Experiencia normal

Se puede dialogar con el paciente sobre la evidencia que apunta a que sujetos normales en estudios experimentales pueden tener síntomas similares, si no iguales, a los pacientes psicóticos. Por ejemplo, las alucinaciones y los delirios pueden estar presentes en estados confusos por consumo de drogas alucinógenas, infecciones graves, como la neumonía, o por factores situacionales, como privación sensorial o de sueño. Para muchos pacientes es alentador escuchar que la falta de sueño, la cual es frecuente en períodos prodrómicos o de crisis, es un posible factor implicado en su enfermedad, que además se puede corregir con una relativa facilidad.

- Creencias culturales

Se puede hablar con el paciente sobre cómo creencias culturales, como la telepatía, a pesar de tener poca base científica, tienen muchos seguidores en las diferentes comunidades y son muy similares a algunos síntomas psicóticos. Asimismo, se puede dialogar sobre cómo creencias culturales populares, como los fenómenos sobrenaturales, astrología o creencias religiosas, guardan cierta semejanza con delirios de control por fuerzas externas; la diferencia suele estar en el afecto asociado. Una discusión abierta sobre los datos científicos que se disponen en relación a estas creencias suele ser beneficiosa.

- Creencias normales

Se puede charlar con el paciente sobre cómo ideas pasajeras de grandeza, de referencia o paranoides son muy comunes, incluso universales para todo tipo de personas. Por ejemplo, la idea de que seríamos mejores presidentes o que podríamos hacerlo mejor que nuestro jefe actual es muy común y posiblemente muy grandilocuente. Asimismo, es también frecuente cuando entramos en una habitación y todos se callan que pensemos referencialmente o pensemos mal (por ejemplo, “¿Qué les pasa conmigo?”, “están todos

contra mí”). La diferencia suele estar en que estas ideas normalmente surgen espontáneamente y se desvanecen rápidamente. Sin embargo, en momentos en los que se está abrumado por la incertidumbre, por el estrés, aislados de los demás o en entornos aversivos se suele tener tanta necesidad de entender lo que pasa, que se puede aceptar este tipo de creencias más rápidamente y de forma más duradera.

- Diferencia entre acciones y pensamiento

Muchos de los pacientes temen ser violentos, por la naturaleza de sus síntomas o por el propio estigma asociado a la psicosis. Por eso es muy importante recalcar la diferencia entre pensamientos y acciones, que uno tenga ideas o alucinaciones agresivas o sexuales no significa que tenga que llevarlas a cabo. La autodeterminación humana, carga de responsabilidad, pero al mismo tiempo brinda la capacidad de elegir lo que se quiere hacer, aun cuando los pensamientos o las alucinaciones lleguen a nosotros aparentemente de una forma incontrolada y a pesar de sentirnos fuera de control.

- Vulnerabilidad y estrés

Los problemas mentales son tan frecuentes como los problemas dentales, no hay nadie que se libre de una caries. Sin embargo, no todo el mundo contrae todas las enfermedades, sino que algunos son más vulnerables a unas que a otras. El concepto de vulnerabilidad se debe explicar incluyendo componentes genéticos y neuropsicológicos que se manifiestan en trastornos de la atención y en el procesamiento de la información (por ejemplo, pobre comprensión de temas sociales por lo que son más propensos a desarrollar creencias fuera de lo normal), así como los componentes adquiridos a través del desarrollo (por ejemplo “mi madre tuvo una vida muy dura y no se fiaba de nadie”). No obstante, no todos los individuos vulnerables desarrollan la enfermedad; se necesita una combinación

particular de vulnerabilidad y un evento lo suficientemente estresante para provocar un brote psicótico. El estrés afecta a las personas de diferentes maneras, dependiendo de su constitución-vulnerabilidad biológica y adquirida y su capacidad de afrontamiento. Después de una discusión general de la vulnerabilidad y el estrés, se explorarán estos factores para el caso en cuestión.

- Naturaleza de las creencias

Dada la importancia de las cogniciones en este tipo de intervención es conveniente educar a los pacientes sobre la naturaleza de las creencias, enfatizando que existe un amplio rango de creencias, que las creencias son ideas o asociaciones, que son aprendidas y no innatas y que se pueden revisar, reaprender o cambiar. Se puede dialogar con el paciente sobre cómo se forman las cogniciones y los diferentes tipos de cogniciones, su forma y su interrelación. Beck (1995) resume lo más importante a transmitir sobre la naturaleza de las creencias centrales en los siguientes puntos:

- Son ideas, no necesariamente verdaderas.
- Pueden vivirse como verdaderas aun siendo totalmente falsas.
- Pueden ser examinadas para comprobar si tienen alguna validez.
- Tienen sus raíces en eventos y circunstancias del desarrollo que pueden haber sido verdaderos o no.
- Se mantienen por sesgos autoconfirmatorios, por lo que se reconocen con facilidad datos que las confirman y se ignoran datos que las cuestionan.

Pueden usarse variedad de técnicas a través del tiempo para modificarlas para que así uno se pueda ver manera más realista.

A lo largo del proceso de terapia, las reflexiones informativas pueden ayudar al paciente a entender su problema de otra forma (Valiente, 2005). Además, esta información ayudará al paciente a entender los mecanismos a través de los cuales sus creencias problemáticas se han mantenido o exacerbado. Utilizando las sesiones informativas y el cuestionamiento guiado se pretende que el paciente sea capaz de darse cuenta que significación y función han tenido sus creencias problemáticas.

3.3.27. La importancia del ritmo.

El ritmo de la terapia y el cambio necesitan ser considerados cuidadosamente. La terapia cognitiva para la esquizofrenia puede ser un proceso lento. Puede ser apropiado fijarse un solo objetivo por sesión, con el trabajo cognitivo seguido por una pertinente y alcanzable tarea que sea realizable entre sesiones. La terapia no debe sentirse como un proceso apresurado si se desea que sea efectivo.

3.3.28. La importancia de la precisión y consistencia de las palabras.

Cuando se le da la oportunidad al paciente de que exprese sus ideas y preocupaciones, se muestra muy interesado en la actitud y opiniones del terapeuta y la forma en que las expresa. La mejor forma de expresarlas es de forma precisa y consistente, evitando la colusión y la confrontación. Se trata de no apoyar las ideas delirantes, sino moverse desde su posición, con trabajo sistemático, a un mayor número de modelos explicativos.

Procedimiento

El primer paso para el desarrollo de la evaluación e intervención consiste en la formulación del caso y plan de tratamiento individualizado para el paciente con esquizofrenia resistente a fármacos.

La formulación del caso se desarrolla fuera del proceso de evaluación y en algunos momentos la guiará. Esta formulación provee de un marco de referencia desde el cual se desarrollarán las intervenciones terapéuticas y la construcción en sí misma puede ser terapéutica, ya que se provee una forma de entender los diferentes elementos en la vida de la persona que se han combinado para guiar los problemas presentes puede permitirle a la persona apoyo futuro para su identificación.

El entendimiento de los antecedentes de la persona es el primer paso, e incluye los siguientes puntos:

- *Predisposición o factores de vulnerabilidad:* aquellos problemas que pueden hacer a la persona más sensible al estrés y específicamente a desarrollar enfermedades psicóticas (por ejemplo: historia familiar de problemas de salud mental, especialmente psicóticos; características de personalidad, tales como la tendencia a ser muy solitario (“esquizoide”), sensible o paranoide; daños cerebrales, que puede contribuir al desarrollo de síntomas).
- *Factores precipitantes:* aquellas experiencias relevantes que preceden inmediatamente a la enfermedad de la persona -una discusión detallada del periodo de construcción del primer episodio que permita la identificación de factores que la persona también identifica o está de acuerdo en que son relevantes.
- *Factores perpetuantes:* aquellos problemas que hacen que la recuperación total sea más difícil o las recaídas más probables (por ejemplo, la falta de ingresos, viviendas pobres, pobre adherencia al tratamiento, aislamiento y dificultad en las relaciones).
- *Factores protectores:* las fortalezas que pueden ayudar a la recuperación (por ejemplo, inteligencia, relaciones, intereses y aptitudes).

Lo siguiente es identificar los problemas actuales. Verificar si el problema inicial que se presentó (incluso si este hubiera ocurrido años atrás) se mantiene como un problema con el cual lidiar.

Después, clarificar cuáles pensamientos, sentimientos y comportamientos predominan y su relevancia para la enfermedad. De manera similar, los síntomas físicos y circunstancias sociales de relevancia -si o no los identifica como problemas- necesitan estar incluidos en la formulación.

Finalmente, si tiene alguna idea subyacente que haya sido identificada, tales como creencias esquemáticas, reglas de vida, o más simples factores sociales o psicológicos generales que parezcan estar conduciendo a creencias y comportamientos delirantes (por ejemplo, “necesito una novia”, “mis parientes me odian”) se incluirían aquí.

Para la planeación del tratamiento se debe considerar que el trabajo específico con los síntomas sale de la formulación. La discusión que emerge sobre las causas iniciales de los delirios y las alucinaciones hará que sobrevenga una discusión sobre ellas, por lo que habrá exploración de ellos y de sus alternativas mediante el acopio de información relevante del propio conocimiento de las personas, del terapeuta o buscado en algún otro lugar (por ejemplo, amigos o bibliotecas), esto es el desarrollo de una formulación.

Una vez que se encuentra la formulación, se ofrecen las alternativas al cliente, con la intención de normalizar las experiencias, de tal forma que se trabaje con las creencias acerca de las alucinaciones y se debatan los delirios y creencias subyacentes. Después de trabajar con los síntomas positivos se entienden y trabajan los síntomas negativos, el pensamiento desorganizado, etcétera. Todo este proceso de la relación terapéutica va de la evaluación al compromiso.

3.3.29. Uso de la formulación.

El proceso de desarrollo de la formulación con el cliente puede ser terapéutica en sí misma como una estructura que comienza a emerger de un grupo desorganizado de síntomas y experiencias. Frecuentemente, algunos pensamientos y experiencias vinculados forman un eje clave de trabajo. Encontrar conexiones relevantes puede ayudar en el proceso de reatribución de los síntomas; las fortalezas pueden ser movilizadas y los comportamientos desadaptativos pueden ser identificados.

Con el cliente es posible identificar y acordar en las áreas clave de trabajo, por ejemplo, voces, aislamiento, pérdida de peso, o todas ellas.

4. Resultados de la Intervención

4.1. Evaluación

A continuación, se presenta el impacto de las intervenciones orientadas a disminuir la angustia relacionada con los síntomas positivos en una persona con esquizofrenia resistente a fármacos, tomando como base el modelo de TCC de Kingdon y Turkington descrito en el apartado 3.3. En el apartado Apéndice, se podrá encontrar el diálogo en extenso de las intervenciones por sesión de la paciente y el terapeuta.

En primer lugar, se presentarán los datos generales de la paciente, para dar paso al análisis de las primeras 6 sesiones, en las que se obtuvo la información para completar el esquema para la formulación del caso.

4.1.1. Datos generales del paciente

Sexo: Femenino

Nombre: Judith (el nombre y otros datos ha sido cambiado para proteger los datos personales)

Edad: 50 años.

Ocupación: Ama de casa.

Religión: Cristiana presbiteriana.

Nivel socioeconómico: Bajo.

Estado civil: Casada. Tiene dos hijas que viven con su

Familiograma:

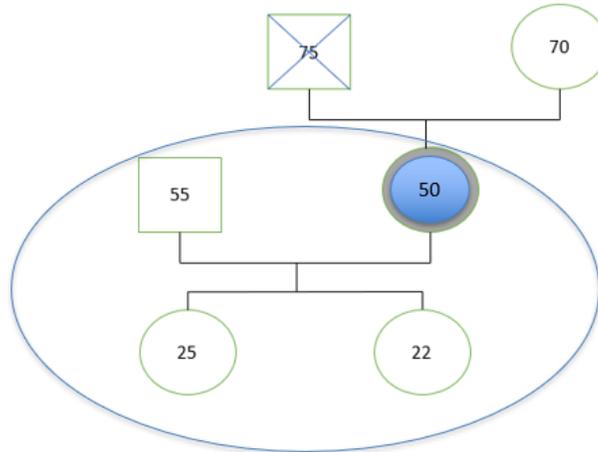


Figura 1. Familiograma de la paciente Judith

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide, última evaluación por un psiquiatra del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tratamiento farmacológico actual: Clonazepam 1mg/día, Velafaxina 150mg/día, Olanzapina 10mg/día, Carbamazepina 400mg/día.

4.1.2. Análisis de las sesiones.

Análisis de la sesión 1 (11/09/19) “¿Esto que tengo se cura o se puede controlar?”

En esta sesión se recibe a la madre de la paciente, la Señora Martha y a la paciente Judith en consulta de manera simultánea. La presencia de la madre se juzgó necesaria, ya que la anterior terapeuta de Judith informó previamente que ella siempre mostraba interés en el proceso terapéutico de su hija, por lo que se consideró una alianza importante y una posible intermediaria con la familia nuclear de la paciente. Se realizan las presentaciones formales y se les introduce el objetivo de la psicoterapia. Al manifestarse de acuerdo con participar en el trabajo terapéutico, se le pide a la madre de Judith que abandone el consultorio, para comenzar con la primera plática con la paciente, quien se muestra cooperadora y atenta.

Destaca que la paciente se muestra preocupada por la falta de conocimiento de su enfermedad. Conoce el nombre de su enfermedad, pero asegura que no sabe a qué se refiere, por lo que se identifica un área de oportunidad importante en la psicoeducación sobre la esquizofrenia. A pesar de la falta de conocimiento de la enfermedad, se presenta una buena adherencia al tratamiento farmacológico que, sin embargo, no eliminan la presencia de síntomas positivos (alucinaciones visuales y delirios de tipo celotípicos), como lo señala al final de la sesión.

Se identifica una fuerte tendencia a guiar el comportamiento por el delirio celotípico, en cuyo contenido, su marido tiene una amante, lo que le explica que entre ellos no haya actividad sexual desde su segundo embarazo (hace aproximadamente 23 años). Judith también cree que este rechazo por parte de su esposo hacia tener sexo con ella puede deberse a que ella está enferma (de esquizofrenia) y probablemente él, tema un “contagio”.

Respecto a las alucinaciones visuales, el contenido recurrente es ver personas desnudas, quienes espían a sus hijas mientras se bañan. También se presentan alucinaciones auditivas, en forma de voces que le dicen que está loca o que su marido tiene una amante.

Tanto el delirio como las alucinaciones tiene contenido sexual, relacionada con el deseo, que no se cumple, de tener relaciones sexuales con su esposo.

No existe una buena relación entre ella y sus cuñadas, con quienes su marido tiene una relación estrecha. Esta dinámica se mantiene desde antes de que surgiera el primer episodio de enfermedad.

Tabla 1. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 1

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Desarrollo de la confianza y colaboración en la relación terapéutica	Adaptación del lenguaje a la posibilidad y ritmo del paciente. Deseo de participar en el trabajo terapéutico.
Compromiso	Manifestación del respeto por las creencias, o por la ignorancia respecto a las creencias sobre la enfermedad del paciente.
Orientar al cliente al tratamiento	Se le permitió a la persona hablar de sus necesidades más importante para dirigir la terapia en esas áreas de interés.
Identificación de delirios	Se identifican delirios de celos hacia su esposo.
Identificación de alucinaciones	Se identifica la presencia de alucinaciones auditivas y visuales.

Análisis de la sesión 2 (18/09/19) “Las voces dicen que estoy loca y que ella (la amante) se va a quedar con mis hijos”

En esta sesión se le presentaron a Judith las características más relevantes de la esquizofrenia, con el objetivo de facilitar el abordaje a los síntomas que presenta. La información se presentó con el uso de un lenguaje muy básico, evitando los tecnicismos, adaptando la información a los síntomas que ella misma dijo que había presentado. Esta estrategia psicoeducativa fue bien recibida por la paciente, quien al parecer, no tenía ideas claras sobre la enfermedad y sus síntomas.

Las alucinaciones auditivas, que parecen presentarse en forma de muchas voces, le ocasionan una fuerte angustia, aunque la frecuencia es baja (la última vez fue hace una semana). Se facilita el cambio de tema y se aborda por su parte, con mayor desenvoltura la relación disfuncional con su esposo. Menciona que él se expresó celoso de que asistiera a terapia, lo que a ella le hace sentirse bien. Que su esposo hubiera sentido celos la hace sentir deseada y ríe satisfecha al respecto. Se le explica que es importante que en su casa vean la terapia como una

forma de apoyo para ella, que puede tener beneficios familiares y que no se sugiere que represente una amenaza para su relación matrimonial.

Se vuelve a expresar la preocupación y deseo de tener relaciones sexuales con su esposo. Se manifiesta una dinámica de intimidad disfuncional, en dónde él le hace propuestas sexuales como masturbación, o sexo oral, ante las cuales ella se muestra reacia, pues las considera vulgares o incorrectos. Sin embargo, ninguno de los dos ha intentado mantener una conversación sobre sus deseos sexuales más allá de las insinuaciones o las demandas sexuales explícitas por parte de él. El tema del sexo no es abordado abiertamente entre ambos. Ante este elemento se otorga educación sexual, para normalizar tanto los deseos del esposo como la importancia de expresar los de la paciente.

El tema del sexo lo aborda con timidez, evidenciando ignorancia y prejuicios al respecto (por ejemplo, expresa que sólo piensa en “puerquezas” o en “cosas malas” cuando se refiere al deseo sexual, o que cuando su esposo le ha expresado su deseo por tener sexo oral, lo identifique como algo “que no está bien”, haciendo una correlación limitante entre las relaciones sexuales y el coito), pero se procura abordarlo con naturalidad, lo que hace que fluya mejor la conversación.

Destaca la idea de que antes del embarazo de su segunda hija (que coincide con el período prodrómico de la enfermedad) la vida sexual y el romance entre la pareja era bueno.

Tabla 2. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 2

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Psicoeducación	Se le explica a Judith con detenimiento el objetivo de la TCC para la esquizofrenia. Se abordan temas de sexualidad para evitar prejuicios asociados a actividades como el sexo oral o la masturbación.

Normalización	Se explica a Judith que muchos de los síntomas de la esquizofrenia son normales, que en mayor o menor medida todas las personas las han tenido alguna vez.
Compromiso	Se adapta al lenguaje y creencias la intervención del terapeuta.
Obtención de información para la formulación del caso	Se investiga la frecuencia e intensidad de las alucinaciones, siendo esta baja. Para el caso de los delirios, parece encontrarse mayor frecuencia e intensidad, siendo estas, al parecer mayores generadores de angustia.
Seguir la lógica de la creencia	Judith valora ampliamente hasta la mínima expresión de interés de su esposo hacia ella. Su relación parece ser violenta de ambas partes.

Análisis de la sesión 3 (25/09/19) “A veces me altero y digo cosas”

Destaca que Judith intentó hablar con su esposo sobre la necesidad de que la ingresen al hospital psiquiátrico, porque no se sentía bien, pero él reaccionó violentamente, exigiéndole a Judith que se fuera con su madre a dormir. Al parecer esta dinámica de violencia es recurrente.

En la última semana no se han presentado alucinaciones visuales ni auditivas.

Judith había expresado su deseo de platicar con su esposo acerca de su deseo de ser más cariñosos entre ellos, pero dice que no pudo hacerlo, porque su marido llegaba tarde del trabajo, y lo que quería era descansar. Sin embargo, por su actitud, parece haberlo intentado, pero no haber obtenido un buen resultado.

En esta sesión se expresan síntomas negativos, como falta de deseo de salir de casa, por lo que se le exponen el significado de estos síntomas en la esquizofrenia. También se explica cómo se forma un delirio, desde la teoría cognitiva.

Se manifiestan nuevamente ideas distorsionadas sobre la sexualidad, como la apreciación de que la masturbación es mala. Se le ofrece información para que disminuyan los prejuicios al respecto. También se hace necesario, aclarar el carácter crónico de su enfermedad.

La paciente manifiesta tristeza al sentirse rechazada por sus hijas y su esposo.

Tabla 3. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 3

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Identificación de delirios persistentes	Se señala y comprueba la presencia de los delirios de celos hacia su marido.
Seguir la lógica de la creencia	Se comprende y manifiesta empatía acerca de la creencia de que su esposo se masturba.
Discutir y debatir los delirios	Se le propone, brevemente, la crítica hacia la creencia delirante, obteniendo colaboración y abriendo la posibilidad a hacerlo nuevamente.
Psicoeducación	Se habla la presencia de los síntomas negativos dentro de la esquizofrenia y de su similitud con la flojera. Se explica la importancia de la adherencia terapéutica y farmacológica, así como el ajuste de conductas saludables para la mejora de su salud. Se aborda el tema de la homosexualidad como una preferencia sexual y no como una patología.
Normalización	Se le presenta la preocupación de sus familiares por ella como una muestra de cariño. Se habla de las prácticas sexuales que la paciente consideraba inadecuadas.

Análisis de la sesión 4 (02/10/19) “Tengo 3 días que no tomo los medicamentos”

La paciente no ha tenido alucinaciones auditivas ni visuales. No tomó medicamentos en los últimos tres días, pero dice sentirse bien. Se le alienta a conseguir los medicamentos lo antes posible y se intenta reforzar la adherencia al tratamiento farmacológico. Ella muestra buena disposición y reconoce no haber tomado los medicamentos simplemente porque no los había ido a recoger y no como un deseo de suspenderlos.

Se muestra contenta porque su marido le regaló un teléfono móvil, porque considera que se ha portado muy bien. Dijo, nuevamente no haber platicado con él sobre sus deseos de intimidad, pero nuevamente, se intuye que lo intentó con malos resultados. Se le expresa que lo más importante no es haber tenido oportunidad o no de hacerlo con el esposo, sino que ella se

sienta más cómoda consigo misma. Habla de la buena relación que tiene en ocasiones con sus hijas, al parecer mejor que la que mantiene con su marido. Después de media hora, aproximadamente, se le pide a Judith su permiso para hablar con su mamá, se le recuerdan los compromisos de confidencialidad y se muestra de acuerdo, se le explica que es muy importante que la familia se involucre para que se les comparta información, aclaren dudas y reciban recomendaciones para comprender y reaccionar mejor a las necesidades de ella.

En la segunda parte de la sesión se le invita a salir para invitar a la Señora Martha, quien acompaña a su hija en todas las sesiones y la espera fuera del consultorio. Se le agradece por los esfuerzos que ha hecho por hacer que Judith asista a su terapia. Considera que las hijas de Judith son muy buenas, que apoyan a su hija.

Manifiesta preocupación por los síntomas negativos de su hija, sobre todo los relacionados con los hábitos de higiene. Aporta información importante al periodo prodrómico de la enfermedad de su hija, relacionada con la muerte por enfermedad de un sobrino de ella en el momento en que lo intentaba ayudar. Este tema resulta de gran relevancia para explorar en las posteriores sesiones con Judith.

Habla de las recaídas relacionadas con el inicio de la enfermedad. Ha sido ingresada en el Hospital Psiquiátrico en tres ocasiones, la última vez hace 10 años.

Cuando la Señora Martha habla de su yerno, se manifiesta que no tiene una relación estrecha con él, pero le reconoce haberse hecho cargo económicamente de Judith. Señala que hay varios elementos que hacen sospechar que él es homosexual. Esta nueva información explicaría por qué no mantiene relaciones sexuales con Judith, quien parece no estar enterada de estos hechos, o que, incluso si tuviera sospechas, podría estar desplazando sus celos hacia figuras femeninas, lo que es socialmente más aceptable.

Tabla 4. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 4

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Compromiso	Se respeta el ritmo de la paciente para abordar sus problemáticas.
Fortalecimiento de la relación terapéutica.	Como parte del fortalecimiento de la relación terapéutica se refuerzan los éxitos que se presentaron en su semana y se alienta a continuar con su terapia para seguir teniendo buenos resultados. Se recuerda a la paciente la confidencialidad que se respetará al hablar con la mamá.
Psicoeducación	Se refuerza la importancia de la toma de los medicamentos, por cualquier resultado favorable que le puedan dar.
Involucrar a la familia	La señora Martha muestra interés por que su hija asista a la terapia y que otorgue información sobre los síntomas de su hija. En la sesión la señora también expone su interés por la mejora en la estabilidad mental de su hija.
Obtener una imagen del periodo prodrómico	Se obtiene información de la Señora Martha sobre el acontecimiento que ella considera más relevante para el desarrollo de la esquizofrenia de Judith.

Análisis de la sesión 5 (09/10/19) “Como que no razono, por la enfermedad que tengo”

Judith tuvo una alucinación somática (sentía que le faltaba una parte de la cabeza, como un hueco en la cabeza) el día anterior a la terapia y explicó su actuar al respecto. Al parecer ha sido una alucinación que se ha presentado en otras ocasiones. La paciente expresa que en varias ocasiones ha presentado delirios nihilistas, como no tener cabeza o cerebro, o que le falta una parte de la cabeza, por lo que expresa “no razono”. Otras ideas extravagantes, que no constituyen delirios por sí mismas son el hecho de que teme cortarse el cabello por temor a tener una recaída en sus síntomas. En estas ocasiones la paciente mostraba su preocupación haciendo preguntas como “¿me puedo cortar el cabello? Es que me da miedo a quedar loquita”. Estas delirantes

mostraban posibilidad de confrontación y mostraban una disminución de la angustia después del uso de la técnica del descubrimiento guiado.

Explica que cuando se da cuenta que está viviendo una alucinación, comienza a actuar diferente, y quienes se encuentran con ella lo notan. Esta reacción le angustia. La alucinación se presentó momentos después de haberse sentido estresada por la presencia de pensamiento automáticos relacionados a que su esposo se masturba (la masturbación le parece un acto aberrante).

Explicó su estrategia ante la angustia durante la alucinación, que parece haberle funcionado. Por lo que se le da mayor énfasis al buen uso de sus recursos internos y se le plantea el ejercicio de reforzar las estrategias funcionales de acuerdo con su experiencia personal. Las estrategias que utilizó fue irse a su casa, cenar y acostarse a descansar. Explica que la ansiedad por la presencia de la alucinación somática aumenta en presencia de otras personas, porque sabe que se dan cuenta de que algo extraño le está ocurriendo, pues deja de poner atención en las conversaciones y tiene comportamientos extraños.

Se explican y normalizan los pensamientos automáticos, así como la relación entre pensamiento y conducta. Se retoma el tema de la masturbación y se intenta hacer un repaso de lo elementos abordados y comprendidos durante la sesión, reforzando los aciertos, y terminando con la reflexión de que sí razona, preocupación con la cual dio inicio la sesión.

Tabla 5. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 5

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Identificación de alucinaciones	Se presentó un nuevo tipo de alucinación somática, relacionada con sentir que le falta una parte de la cabeza.
Desarrollo de un plan de tratamiento para las alucinaciones	Se le reconocen las propias fortalezas, como lo son la identificación y puesta en marcha de las estrategias

	para hacer frente a las alucinaciones somáticas. Estos recursos internos, se deberán recordar en las sucesivas sesiones, cuando se hable de la presencia de alucinaciones. Las estrategias son retirarse a su casa, cenar y dormir.
Entender el efecto de la estigmatización y la discriminación	Se comprende que la ansiedad aumenta cuando experimenta alucinaciones y pensamientos automáticos en presencia de otras personas, por el temor a ser considerada extraña.
Normalización	Se normaliza la presencia de los pensamientos automáticos, así como la estrategia de ponerlos en marcha. Se normaliza el aumento de tensión emocional en presencia de malestar físico.
Psicoeducación	Se normaliza además la masturbación como una actividad natural, placentera y esperable. Se explica la influencia de las creencias sobre las emociones y la conducta. Se aclara que la esquizofrenia no es una enfermedad contagiosa.

Análisis de la sesión 6 (16/10/19) “Me siento desesperada... como que se está acabando el amor de mi marido”.

Destaca que, en esta sesión, había avisado la Señora Martha que su nieta acudiría, sin embargo, no se presentó. Al entrevistar a Judith, explica que prefirió continuar dormida, por lo que se evidencia el escaso interés en la familia nuclear por participar en el proceso de psicoeducación que se le había propuesto a Judith. Sin embargo, se estima muy importante la presencia de la Señora Martha.

Judith, habla de la alta EE de su familia hacia ella, donde se manifiestan constantes descalificaciones sobre sus ideas. Las estrategias que le proponen, como salir a pasear le parecen poco viables, por su temor a que se burlen de ella en la calle por estar enferma.

Narra un acontecimiento importante en el que tanto él como su esposo beben de más en casa de sus cuñadas. Hubo un momento que menciona con singular detenimiento: escuchó a una

de sus cuñadas decirle a su marido que necesitaba una mujer. Este puede ser el inicio de la preocupación por los celos hacia el marido, que actualmente se convierte en un delirio. A pesar de este evento, parecía que todo iba bien, divertido, hasta que llega a su casa y cuando se percata de la ausencia de sus hijas, se altera, intentando despertar a su esposo, que estaba encerrado en el cuarto donde duerme, sin lograrlo. Entonces pierde el control y grita obscenidades, rompe cosas, hasta que los vecinos se involucran, llamando a la Señora Martha, que acude rápidamente y la golpea, a manera de regaño y le recrimina por tomar alcohol. Al día siguiente su madre acude, molesta, a casa de sus cuñadas, para exigirles que no le vuelvan a dar alcohol a su hija. Las cuñadas se Judith se enojan y hablan con su hermano, quien ahora enojado, le dice que no volverá a ir a casa de ellas. Este evento es muy triste para Judith, pues había representado, de manera fugaz, un evento en que fue tratada como una persona igual a las demás, y lo vive como si fuera un arrebato a su posibilidad de socializar.

Esta sesión es muy importante, pues habla del periodo prodrómico a su enfermedad, narrando el acontecimiento de la muerte de su sobrino, del cual, a pesar de haber dado su ayuda, fue culpada por la familia de su esposo. Destaca que la familia de su esposo, y él mismo, creen en brujerías, por lo que el pensamiento mágico se hace presente hasta la fecha. Parece que la muerte del sobrino está relacionada con envenenamiento, por influencia de un supuesto “remedio” que el brujo le recomendó a la madre del niño. El esposo en la actualidad se baña con hierbas para evitar “daños”. Judith lo interpreta como un intento de evitar ser contagiado por ella.

En esta sesión se explica el modelo de vulnerabilidad/estrés, y se toman como referencia estos acontecimientos como cúspide para el desarrollo.

Tabla 6. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 6

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Identificación de delirios persistentes	La paciente vuelve a manifestar su delirio de celos en la relación de una amante con quien tiene relación su esposo. Se puede considerar el comentario de la cuñada sobre la necesidad de su hermano (esposo de Judith) de tener una mujer como la génesis del delirio de celos.
Entender el efecto de la estigmatización y la discriminación	La paciente expresa temor de recibir burlas o acoso relacionados con su condición y esto limita sus salidas a la calle, donde se distrae del estrés de su hogar.
Formulación del caso	Se obtiene información trascendental para la formulación del caso clínico, como la relación con las cuñadas y eventos detonantes de la historia clínica.
Uso del descubrimiento guiado	Se le guía a considerar que el acontecimiento de la muerte de su sobrino es un evento estresante, que se relaciona con el modelo de vulnerabilidad/estrés.
Obtención de la imagen del periodo prodrómico	Se habla de la época anterior a las crisis en la que, sin saber a ciencia cierta lo que le sucedía, identifica que su salud mental comenzó a deteriorarse.
Desarrollo del plan de tratamiento	A partir de este momento se puede tener una imagen más clara para considerar la influencia de la familia, específicamente la familia de su esposo, en el mantenimiento de las crisis.

Análisis de la sesión 7 (30/10/19) “Como que me falta algo de la cabeza”

La paciente faltó a una sesión sin cancelar. La mamá no pudo llevarla en esa ocasión y ella no va, inventando, al parecer, un pretexto. Se aborda esta situación intentado tomar un acuerdo para evitar inasistencias en el futuro, por lo que se cambia el horario de las sesiones a una hora más tarde. en que sea más posible para la paciente atender. Parece apreciar el gesto. Sin embargo, se sospecha que, sin el apoyo e insistencia de su madre, la paciente no atenderá las sesiones. Es importante considerar fortalecer la alianza con la madre.

La paciente explica haber tenido un par de semanas malas, en donde se cuestiona a sí mismas y con sus hijas, si no fuera mejor estar en el hospital psiquiátrico. Habla de preferir estar en el hospital durante la navidad. Se considera a sí misma como anormal, con dificultades de razonamiento. Se le explica que mientras se mantenga tranquila, tomando sus medicamentos y asistiendo a la terapia, puede hacer una vida funcional fuera del hospital.

Expresa temor a las burlas de la gente por su enfermedad. Habla también de las posibles burlas de las vecinas por su enfermedad y sugiere que con una de ellas su marido habla sobre su vida sexual con Judith. Se presenta el delirio persistente de celos hacia su esposo. También se expresa, aunque no de manera grave, un delirio de referencia, en el cual considera que sus vecinas hablan de ella.

Tabla 7. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 7

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Compromiso	Se respeta el ritmo de la paciente y se intenta adaptar los horarios de terapia a sus posibilidades.
Sobre la relación terapéutica.	Se intenta fortalecer la adherencia terapéutica, mostrándole lo importante que es el proceso tanto para el terapeuta como para ella misma.
Discusión de los delirios/delirios persistentes	Se identifica la presencia del delirio de celos nuevamente. Se presenta con claridad un delirio de referencia con las vecinas, creyendo que constantemente hablan de ella.
Entender el efecto de la estigmatización y la discriminación	La paciente muestra recelo en salir de vacaciones por miedo a recibir rechazo por parte de otras personas. Se comprende que, en parte, su aislamiento social se debe al temor a ser objeto de burlas en la calle, por su enfermedad.
Generación de explicaciones alternativas	Se discute el delirio de celos y el de referencia, acepta las dos posibilidades que se le plantea, con lo que se le resta fuerza a la creencia.

Análisis de la sesión 8 (13/11/19) “Yo creo que ella se quiere quedar con mis hijas y que mi marido le da dinero”

La cliente vuelve a faltar una sesión, en que su madre no puede ir por ella. Esto a pesar de haber acordado el cambio de horario en su favor. La semana siguiente, cuando acude a la sesión con su madre, expresa un pretexto para su inasistencia. Se sospecha, nuevamente, que es falso, al ser el mismo que en la inasistencia anterior. Se comprende que, si la mamá no va por ella, entonces no acudirá a la sesión, por lo que, después de hablar con ambas, se llega a establecer la estrategia de que Judith se irá a dormir a casa de la Señora Martha un día antes de la sesión, para que la señora Martha no tenga que trasladarse, temprano, a casa de su hija. Se le felicita a la Señora por su labor y su interés en la terapia. Se considera muy importante fortalecer la alianza con ella, como un miembro importante de la familia.

La hija de Judith, quien se supone que asistiría, no lo hace.

La madre ha observado y le señala a su hija que si asiste a las sesiones con regularidad estará más tranquila. Cuando no lo hace es más susceptible de reaccionar de más a las circunstancias estresantes.

En esta sesión se habla de una vecina, enfermera, como la posible amante del esposo de Judith. Después de obtener un poco de información al respecto, se le explica a Judith que este objeto del delirio paranoide, puede responder a la admiración de las características que se ven en ella, que son básicamente las que admira y de las que ella carece, tales como belleza, juventud, independencia económica, estabilidad laboral. Se muestra de acuerdo con la idea. Se le hace la explicación usando el modelo ABC, al que parece comprender.

Se normalizan los celos y se habla de la diferencia entre pensamiento y acción, ya que en ocasiones le ha gritado insultos a su vecina.

Habla de las dificultades económicas, propiciadas por el poco dinero que el da el esposo para hacerse cargo de la compra y preparación de los alimentos. Se normaliza la situación y se habla de la capacidad para sentir emociones displacenteras como tristeza, frustración o celos y se borda la importancia de reconocerlos y no intentar desplazarlos a otras personas.

Tabla 8. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 8

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Compromiso	Reconocimiento de que asistir a las sesiones de terapia es importante para mantener mayor estabilidad.
Sobre la relación terapéutica.	Se fortalece la relación con la mamá de Judith y, sin mostrar molestia ni ansiedad por las faltas de Judith, se les agradece su participación.
Discusión de los delirios/delirios persistentes	Se identifica la presencia del delirio de celos nuevamente, delirio de referencia con las vecinas, y el delirio paranoide con una de ellas.
Generación de explicaciones alternativas	Se llega a la conclusión de que el delirio paranoide está relacionado con las carencias que la cliente observa como virtudes en su vecina, que es el objeto con quien, en el delirio de celos hacia el esposo, se materializa a la amante.
Seguir la lógica de la creencia	Se usan los eventos relacionados con los celos para explicar las consecuencias que han tenido en su malestar emocional.
Normalización	Se señalan las emociones (como la tristeza o la ira) y sentimientos como los celos, como normales y que, a pesar de ser displacenteros, son totalmente válidos.
Psicoeducación	Se explica la posible independencia de un pensamiento y la acción que se puede tomar contra alguien (concretamente la vecina).
Encontrar conexiones entre eventos activadores, creencias y consecuencias	Mediante el uso del esquema ABC se explica la influencia de los pensamientos y las consecuencias.

Análisis de la sesión 9 (20/11/19) “La navidad pasada mi marido no la pasó conmigo”

La paciente se presenta 20 minutos tarde. Vuelve a hablar de su deseo de ser internada en el periodo navideño. Al indagar en el tema, queda expuesto que, el problema que tuvo con las

cuñadas y el esposo hace casi un año (evento del que habló en la sesión 6) se dio en estas fechas. Se descubre la relación entre el recuerdo de estos acontecimientos y la creencia de que todo el malestar se puede repetir en la misma temporada, o que ella pueda perder el control y hacer que los demás sufran por su culpa. Se destaca en el recuerdo la violencia por parte de casi todos los miembros de la familia.

La angustia que le genera el hecho de que el esposo no pasara la última navidad en casa, sino con sus hermanas es un asunto doloroso para Judith. Sin embargo, se abre a la posibilidad de poder disfrutar de sus hijas y madre, y permitir que su esposo haga lo que considere conveniente para él.

Se han presentado alucinaciones auditivas en formas de voces de varias personas. No parece haber gran malestar por ellas, y la cliente tiene identificadas estrategias para dejarlas de escucharlas, como ver televisión, escuchar música y bailar.

Se normaliza el hecho de que embriagarse tiene como consecuencia la pérdida de control de impulsos, y que ella debe evitarlo a toda costa. De lograrlo, se le explica, puede disfrutar del convivio con sus hijas de manera totalmente funcional. Lo comprende y acepta.

A pesar de que la creencia paranoide sobre la enfermera se mantiene, reconoce que es probable que no sea cierta, por lo que no la ha insultado en la última semana (esto se reconocer como un progreso significativo).

Tabla 9. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 9

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Encontrar conexiones entre eventos activadores, creencias y consecuencias.	Se relacionó el hecho de que en varias sesiones había expresado el deseo de estar ingresada en el psiquiátrico durante la navidad, con el recuerdo de haber tenido un conflicto serio en las mismas fechas el año pasado con su marido. Parece intentar evitar la

	navidad, por una creencia irracional de peligro por la fecha.
Descatastrofización	Se le explica que, a pesar de las consecuencias negativas obtenidas de la borrachera del año pasado, ella puede disfrutar de la alegría de la temporada sin tener que revivir o generar nuevos conflictos.
Normalizar	Se le explica que una consecuencia normal de beber en exceso es la pérdida de control de impulsos, que la pudo haber llevado a generar un conflicto grave con su marido y cuñadas.
Entender el efecto en los individuos de la estigmatización y discriminación	Se le explica que la pérdida de control debido a la borrachera se ve maximizada por sus familiares por el hecho de estar enferma.
Intervención con alucinaciones	La cliente habla de la presencia de alucinaciones auditivas y de sus estrategias para enfrentarlas, tales como escuchar música, bailar y ver televisión.

Análisis de la sesión 10 (27/11/19) “Desde que me dijo que no lo hiciera (molestar a su marido y pelear con la vecina) no lo he hecho”.

En esta sesión se buscó afianzar la alianza terapéutica con la madre de Judith, reconociéndole su esfuerzo y dedicación en el proceso de su hija, su asistencia, etc. De la misma forma, se alentó a la paciente a que expresara su agradecimiento por todo lo hecho hasta el momento por ella.

Destaca que entregaron los números de teléfono de sus hijas, pero temen que ellas reaccionen mal si reciben una llamada o si se enteran de que voluntariamente y sin su consentimiento entregaron sus números. Las hijas de la paciente no han mostrado iniciativa para ponerse en contacto con el terapeuta.

Aunque madre y paciente expresaron mejoras en el comportamiento de Judith, no se ha tratado de cuestiones relacionadas de manera directa con las actividades de la terapia, ya que las mejoras observadas se relacionan más con la disminución de los síntomas negativos. Sin embargo, no se desestima esta observación, ya que cualquier mejora en la calidad de vida de la

paciente es importante. Es un éxito que las involucradas identifiquen una mejora desde la participación de Judith en la terapia. La importancia de que detectaran puntos de mejora era para motivar a la mamá de Judith a que les dijera a sus nietas los beneficios de la terapia, para ver si de esa forma podría fungir como el nexo entre las hijas y el proceso de su madre.

Se realizó el primero de los cuestionarios de evaluación PSYRATS en español. Parece existir una buena adherencia al proceso terapéutico.

Tabla 10. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 10

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Compromiso	Reconocimiento de que asistir a las sesiones de terapia es importante para mantener mayor estabilidad.
Fortalecimiento de la relación terapéutica.	Se le expresa de manera clara el agradecimiento por la perseverancia en el proceso de terapia a la paciente.
Involucrar a la familia	La madre de Judith expresa una mejora en la disminución de los síntomas negativos de la paciente. Se le invita a la Señora Martha a mencionar los cambios positivos identificados con las hijas de Judith, buscando despertar su interés en participar en la terapia.
Evaluación de resultados durante el proceso, respetando el ritmo de la terapia.	Se realizó la primera parte de la evaluación cuantitativa, contando con el apoyo de la paciente.

Análisis de la sesión 11 (04/12/19) “He pensado que me gustaría trabajar”

Como parte de las estrategias planteadas por el supervisor del caso, se continúa incluyendo a la madre de la paciente para fortalecer su alianza con el tratamiento, ya que mostró interés en el tratamiento de su hija desde el primer momento. Se le reconoce su esfuerzo e interés y después se le invita a salir para continuar con el proceso individual de la paciente.

En esta sesión destaca el hecho de que el esposo de la paciente intentó reprocharle el retraso en la actividad de cocinar para un compromiso religioso, pero la paciente había estado atendiendo a su cuñada, por lo que su hija mayor defiende a la paciente, explicando a su papá la situación, quien se siente protegida por el gesto. Esto resulta significativo, ya que, en la mayor parte de las situaciones, la paciente se considera atacada por su esposo y esa hija.

Nuevamente la paciente expresa ser víctima de violencia económica y psicológica por parte del esposo, quien se muestra celoso de compartir hasta la información relacionada con haber recibido su aguinaldo. Se le refuerza a la paciente por no haber respondido a las agresiones verbales de las que fue víctima en reiteradas ocasiones durante ese día.

La paciente se muestra emocionada por haber podido platicar con sus cuñadas durante la celebración del evento religiosos, y ellas la invitan a pasar navidad en su casa, cuestión que resulta relevante a la paciente dados los resultados obtenidos en la navidad anterior. Se le propone atender la invitación, con el apoyo de sus hijas, tomando como condición no tomar alcohol.

Se le proponen estrategias para demostrar una buena administración del dinero recibido por su esposo para cubrir los gastos de la comida, que son mínimos, considerando que debe preparar comida para 4 personas.

No reporta en la sesión presencia de síntomas positivos en la última semana. Se aprecia una mejora considerable en el hecho de que expresa su deseo por trabajar. Se refuerza la idea considerando todos los beneficios adicionales que esto representaría, procurando ajustar el deseo a sus posibilidades.

Después de haber aplicado el cuestionario IDARE, se cierra la sesión agradeciendo y felicitando por su constancia en el proceso terapéutico.

Tabla 11. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 11

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Compromiso	Reconocimiento de que asistir a las sesiones de terapia es importante para mantener mayor estabilidad.
Fortalecimiento de la relación terapéutica con la familia.	Se fortalece la relación con la mamá de Judith, quien es una pieza clave para la asistencia de la paciente al proceso de terapia.
Psicoeducación	Se le ofrecen estrategias para demostrar un manejo adecuado del dinero, ya que ha sido víctima de violencia económica.
Evaluación de resultados durante el proceso respetando el ritmo de la terapia.	Se realizó la segunda parte de la evaluación cuantitativa, contando con el apoyo de la paciente.

Análisis de la sesión 12 (11/12/19) “Es que no me puedo controlar”

En esta sesión la paciente expresa malestar relacionado con los episodios de violencia vividos en casa, como consecuencia de los reclamos de ella hacia su esposo, producto del delirio de celos, que la paciente manifestaba con reclamos y gritos. Las reacciones del esposo llegaron al punto de golpearla.

Se intenta investigar la causa del aumento de la idea delirante y al analizar las variables, destaca que la paciente no había estado tomando la medicación en los últimos días, por no haberlos ido a recoger al seguro. La paciente se mostró amedrentada ante la posibilidad de que el terapeuta estuviera enojado con ella. Se le exhorta vigilar con esmero el uso de los fármacos y se le explica la importancia y la correlación existente entre el aumento del malestar y haber dejado de tomar el medicamento.

En la explicación que se le brinda a la paciente, se le recuerda que ella debe actuar como la principal responsable de la búsqueda de su estabilidad, y se hace un repaso de las estrategias que ella había señalado como funcionales para enfrentar el malestar relacionado con sus delirios

y se refuerza la idea de que pelear con el esposo se presenta como una estrategia disfuncional, que puede terminar, como en estas ocasiones, en violencia.

Se le señalan los progresos alcanzados en la terapia para fomentar la alianza terapéutica.

Tabla 12. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 12

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Psicoeducación	Se le brinda una explicación de la relación entre el uso inconstante de los medicamentos. el aumento de las ideas delirantes. Se promueve el apego al tratamiento farmacológico.
Intervención en delirios persistentes	Se le recuerdan las estrategias generales que ella ha encontrado satisfactorias para disminuir el malestar relacionado con la presencia de los delirios y la paciente se compromete a seguirlas en futuras ocasiones.
Fortalecimiento de la relación terapéutica.	Se fortalece la relación con la paciente, disminuyendo el temor a ser abandonada en su proceso terapéutico.
Compromiso	Se llega al acuerdo de recordarle constantemente a la paciente que debe tomar el medicamento, pero recordándole que ella es la principal responsable de su <u>vigilancia</u>

Análisis de la sesión 13 (18/12/19) “Ya tengo un plan sobre la fiesta de navidad”

Se realiza un sondeo sobre el apego a tratamiento farmacológico, y en esta ocasión la paciente relata un seguimiento apropiado. Se le reconoce la constancia sobre este punto para reforzar el uso adecuado y puntual de los medicamentos.

La paciente se muestra más segura sobre los planes de navidad, su idea sobre el malestar relacionado con la fecha disminuyó ahora que se siente aceptada tanto por sus cuñadas, hijas y esposo. Se le recuerda que es preciso no consumir alcohol.

En la última semana no se presentamos ni delirios ni alucinaciones. Destaca que hay una constante entre no tener alucinaciones y que ella exprese “he estado tranquila”. Lo que demuestra una correlación significativa entre el aumento del estrés y la presencia de los síntomas positivos.

Se le entrega una copia de las Estrategias que funcionan para Judith (Ver Apéndice 2) y se le explican que son la compilación de las actividades de las que ella ha comprobado utilidad para hacer frente al estrés relacionado con la presencia de los síntomas positivos. Esta actividad promueve el uso de sus propios recursos y su repaso y posibilidad de consulta pretendieron funcionar como soporte durante el periodo vacacional.

Se toman acuerdos para las dos semanas de vacaciones (navidad y año nuevo) y se le recuerda que, sin importar la actividad que realice, es necesario que no tome alcohol.

Tabla 13. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 13

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Psicoeducación	Se le brinda una explicación de la relación entre el uso inconstante de los medicamentos. el aumento de las ideas delirantes. Se promueve el apego al tratamiento farmacológico.
Intervención en delirios y alucinaciones persistentes	Se le recuerdan las estrategias generales que ella ha encontrado satisfactorias para disminuir el malestar relacionado con la presencia de los delirios y alucinaciones. La paciente se compromete a seguirlas en futuras ocasiones.
Compromiso	Al encontrarse el periodo vacacional, el terapeuta se compromete a mantener la comunicación telefónica abierta con la paciente.

Análisis de la sesión 14 (08/01/20) “Quiero encontrar trabajo”

Esta sesión es la primera después de las fiestas decembrinas, por los que se hace un repaso sobre la forma en que ella festejó y se comprueba que fueron unas celebraciones

tranquilas, no hubo ninguna pelea, como en el año pasado, que era lo que durante muchas semanas había mantenido angustiada a la paciente. La paciente siguió la recomendación de no tomar alcohol, a pesar de que hubo disponibilidad, y afirmó haber estado alegre.

La paciente mantuvo su adherencia al tratamiento farmacológico y le dio seguimiento a la recomendación de leer constantemente las *Estrategias que funcionan para Judith*. No hubo presencia de los síntomas positivos, manifiesta encontrarse “muy tranquila”.

La paciente vuelve a preguntar si puede tener relaciones sexuales con su esposo. Se normaliza el deseo y se le recomienda no insistir, para propiciar una relación amable con su esposo. Cuando la paciente ha tenido un buen trato por parte de su esposo, muestra interés en mantener sexo, en forma de preguntar si esto es viable.

Un aspecto muy significativo fue que la paciente manifiesta el deseo, nuevamente de encontrar un trabajo, que se vio reforzado por sus hijas quienes le comentaron que la han visto muy bien. Se habla de los beneficios de comenzar una actividad laboral, por lo que se exploran alternativas viables para que ella busque alguna opción.

Dada la buena disposición y la experiencia de alegría y estabilidad durante las vacaciones por la paciente se realiza un repaso de las *Estrategias que funcionan para Judith*, como refuerzo a las estrategias, las cuales no han sido necesarias posiblemente porque su conocimiento disminuye la angustia.

Tabla 14. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 14

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Fortalecimiento de la relación terapéutica	Se le reconoce a la paciente el apego a las recomendaciones seguidas durante el periodo vacacional.

Intervención en delirios y alucinaciones persistentes	Se insiste en el uso de las Estrategias que funcionan para Judith cuando exista malestar relacionado con la presencia de alucinaciones o delirios.
Psicoeducación	La paciente comprende que es viable tener relaciones sexuales con su esposo, si ambos están de acuerdo, siendo más oportuno que ella no sea insistente sobre el asunto, ya que su esposo se ha mostrado muy sensible en este respecto.
Normalización	La paciente comprende que su deseo sexual es producto de una buena dinámica de pareja y del hecho de que ella está tan interesada en el sexo como cualquier persona.

Análisis de la sesión 15(15/01/20) “Es que no dejo de pensar en esa muchacha”

En esta sesión la paciente habla de su idea delirante sobre la existencia de una amante, pero lo hace con humor, lo que refleja una disminución de la angustia y/o una capacidad para criticar la propia creencia. Reconoce que no hay evidencias que confirmen su idea y explica que sólo son cosas que se imagina, por lo que el delirio ha perdido fuerza.

La paciente pone en marcha algunas de las actividades identificadas en las estrategias que han sido repasadas. Reconoce que ha tenido alucinaciones auditivas, congruentes con el delirio de celos, pero trata de no hacerles caso, por lo que el estrés asociado al síntoma parece estar disminuyendo.

Se normalizan las estrategias, como actividades que cualquier persona hace cuando se encuentra sola, para eliminar la relación de bailar cuando está sola y su expresión “a veces bailo, como si estuviera loquita, pero sólo cuando estoy sola”. Y se presenta el baile como una estrategia muy funcional para detener las alucinaciones auditivas.

Tabla 15. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 15.

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
---	--------------------

Normalización	La paciente reconoce que la estrategia de bailar cuando se encuentra sola, además de efectiva para enfrentar las alucinaciones auditivas, es una actividad común, que las personas realizan cuando se encuentran en casa.
Intervención en delirios persistentes	Se promueve la idea de que las ideas delirantes, que no muestran evidencia, no son más que sus propias ideas, ante las cuales no es preciso reaccionar de forma violenta.
Discutir los delirios	Se corrobora la inexistencia de evidencias que apoyen los delirios celotípicos.
Intervención en alucinaciones auditivas	Se promueve el acuerdo de que las voces no son más que sus propios pensamientos, y la paciente reconoce esa posibilidad.

Análisis de la sesión 16 (12/02/20) “He estado bien y mal”

Entre esta sesión y la anterior la paciente no se presentó en 3 sesiones, sin notificar su inasistencia. La paciente explica la causa de sus ausencias, aunque las explicaciones evidencian una carencia de lógica, que se atribuye a que, a causas más personales, como pereza para asistir a las sesiones. Sin embargo, se compromete a ser más constante y se reencuadra el proceso respecto a las posibles inasistencias.

La idea de buscar trabajo fue coartada por las hijas, quienes le proponen a la paciente llevar un pequeño negocio de venta de dulces desde su casa, para que ella pueda flexibilizar sus horarios. Sin embargo, este trabajo depende de un préstamo que iba a solicitar una de sus hijas. Este proyecto no se llevará a cabo, por lo que a pesar de la viabilidad que la inversión inicial representaba, resultó contraproducente, ya que no se permitió que la paciente explotara su iniciativa de llevar a cabo una actividad laboral.

La paciente afirma haber dado seguimiento adecuado a sus medicamentos y no haber tenido alucinaciones visuales ni auditivas, expresa haber estado “tranquilita”. Sin embargo, indicó un aumento de los síntomas negativos. Se le propone realizar una actividad que involucre

ejercicio físico al menos media hora al día. Se normaliza la flojera para realizar este tipo de actividades, pero se le alienta a llevarlas a cabo, haciendo énfasis en los beneficios que podrían brindar y en el compromiso con la búsqueda del bienestar personal.

Tabla 16. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 16

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Compromiso	Se le explica a la paciente que su terapia ha estado y estará disponible hasta que se dé por finalizada de manera formal. Se le invita a avisar en caso de una inasistencia, lo cual no representará un problema.
Normalización	La paciente comprende que la flojera por hacer ejercicio es normal, pero se motiva a realizar actividad física para tener más energía y contrarrestar la flojera que parece que ha imperado.
Sobre la relación terapéutica.	Se fortalece la relación con la paciente, motivando a no discontinuar su terapia, la paciente se compromete a no faltar.

Análisis de la sesión 17 (12/02/20) “¿Me puedo cortar el cabello?”

Se utiliza la técnica de *descatastrofización*, para que la paciente evalúe la preocupación por cortarse el cabello y “quedar loquita”. La anticipación del evento temido, sin base real, le produce una angustia. El terapeuta guía por medio de preguntas a la paciente sobre la posibilidad de la realización efectiva de la fantasía aversiva, así como del recordatorio de las capacidades desarrolladas hasta el momento para enfrentar cualquier malestar relacionado con sus síntomas delirantes y sus alucinaciones. El resultado es el rechazo de la idea inicial, ante la falta de evidencia del riesgo que supone cortarse el cabello, así como la disminución de la angustia expresada inicialmente.

Como se trata de la presencia de un delirio persistente, que ya se había presentado en la sesión 5, no se trata de combatir la idea delirante, puesto que ésta posiblemente cumpla una

función para la paciente, probablemente darle una explicación “orgánica” a la presencia de los síntomas, aunque la misma resulta irracional, por lo que se procede de manera breve a dar una explicación psicoeducativa sobre la ausencia de relación entre el corte de cabello y el aumento de los síntomas positivos. Además de que se le propone la verificación de la información como una hipótesis verificable.

Tabla 17. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 17

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Descatastrofización	Disminución de la angustia por el riesgo irracional percibido sobre el aumento de los síntomas
Intervención en delirios persistentes	Se le da una salida funcional al pensamiento delirante de cortarse el cabello, sin intentar la confrontación directa, dando una respuesta funcional ante la duda planteada. La paciente resuelve la duda y se muestra feliz y satisfecha con la indicación del terapeuta.
Psicoeducación	Se explica brevemente la ausencia de relación entre el aumento de los síntomas positivos y la actividad de cortarse el cabello.
Uso del humor para confrontar la idea delirante	Se aborda la creencia delirante con humor, que es bien recibido por la paciente, quien se muestra menos apenada por hablar del problema.
Generación de hipótesis verificables	La paciente se muestra de acuerdo en llevar a cabo la actividad de cortarse el cabello y poner a prueba la creencia.

Análisis de la sesión 18 (26/02/20) “¿Puedo tener relaciones con mi esposo?”

La paciente da muestra de alegría por haberse divertido en una fiesta familiar, en la que estuvo con sus hijas. Este hecho resulta relevante, dado que en otras ocasiones había expresado inquietud ante eventos sociales por el rechazo que percibía de parte de los demás.

Se felicita a la paciente por el apoyo que está dando a su mamá, ahora que ella se encuentra enferma, aunque esto haya generado un leve desfase en sus horas de sueño.

La paciente se cortó el cabello y al no tener ningún tipo de recaída se verificó la hipótesis de la ausencia de correlación entre estos dos eventos.

Se establece como tarea que durante la semana no despierte a su esposo, para evitar las reacciones molestas que tiene en contra de ella, cuando, por llamar su atención, lo despierta.

Ha seguido la indicación de salir a caminar, en una ocasión. No se han presentado alucinaciones y la paciente ha estado tomando el medicamento oportunamente, pero destaca que, en su cita con el médico, le pregunta si es necesario que la internen, y recibe una negativa como respuesta, así como la indicación de que puede trabajar.

Destaca que momentos antes de esta sesión, tanto su esposo, como sus hijas la alentaron para ir a su sesión de terapia. Aunque en las primeras sesiones rechazaron participar en la terapia, este interés hacia la asistencia a la sesión 18, indica una apreciación positiva sobre los logros alcanzados hasta este momento. La paciente afirma que se siente cómoda con las sesiones.

Al final de la sesión, la paciente expresa la duda sobre si puede tener relaciones sexuales con su esposo. Expresa su frustración y confusión, porque su esposo le pide que lo acaricie, pero él no la toca ni tiene relaciones sexuales. Ninguno de los dos expresa de forma abierta su deseo o rechazo por el sexo, pues parece ser un tema tabú. Se explica que las caricias y la convivencia son un elemento importante y sano de la expresión de la sexualidad. Se le indica que es importante disfrutar esos momentos, que ella también considera agradables.

Tabla 18. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 18

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Generación de hipótesis verificables	La paciente se cortó el cabello. El temor generado por su idea de la correlación entre la actividad y el empeoramiento de sus síntomas fue descartado.
Psicoeducación	La paciente comprende que las caricias y el acostarse junto a su esposo es una manifestación sana de la

	sexualidad entre ambos, más allá de su deseo por culminar en el acto sexual.
Fortalecer la relación terapéutica	Se felicita a la paciente por los resultados alcanzados, gracias a su constancia y al uso de las estrategias identificadas y reforzadas en la terapia.

Análisis de la sesión 19 (04/03/20) “¿Sí razono?”

La paciente se muestra alegre, ha tomado bien su medicación. Sin embargo, comenta que el día anterior a la sesión, en un momento en que su esposo se encontraba de buen humor, ella siente celos, pues le asalta la duda de que ese humor estuviera relacionado con infidelidad por parte de él y le reclama. En esta ocasión, más que un delirio, parece tratarse de la intención deliberada de generar molestia en el esposo, probablemente para demostrar su capacidad de influir sobre él. Ella parece percatarse de la ausencia de evidencia que sostengan sus creencias, por lo que asalta la duda de su capacidad para razonar. Le preocupa el juicio que los demás puedan hacer de ella, y ser considerada como una loca. Se normaliza la preocupación por hacer comentarios que puedan ser juzgados por los demás, pero se le exhorta a que evite los comentarios agresivos hacia su esposo, cuando ella se da cuenta de que, evidentemente, sus comentarios serán mal encajados por él.

No reporta la presencia de alucinaciones auditivas o visuales.

Tabla 19. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 19

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Normalización	Se normaliza la preocupación por ser juzgado por los demás, pero se le exhorta a que evite molestar a su esposo, para que la angustia que esto le genera no se presente.

Análisis de la sesión 20 (11/03/20) “Ya no les hago caso (a las voces)”

La paciente ha estado siguiendo la prescripción farmacológica. Ha tenido una relación física más frecuente con su esposo, siendo esta propiciada por su él. Este hecho la hace feliz, a pesar de que no han hablado sobre la posibilidad de tener sexo.

Se han presentado las alucinaciones auditivas frecuentemente en la semana, pero con la ventaja de que expresa que ahora ya no les hace caso. Este hecho es muy relevante, ya que las alucinaciones auditivas eran una fuente considerable de angustia, que ha disminuido considerablemente. Las alucinaciones visuales no se han presentado. Desde la tercera sesión dejaron de presentarse.

La paciente expresa haber leído, por iniciativa personal, la lista de las estrategias que se le entregaron desde la sesión 13. Ha encontrado en este apoyo, más seguridad para enfrentar su malestar.

Un hecho relevante fue que expresa su mayor capacidad para distinguir los momentos apropiados para hablar con su hija mayor, lo que revela una mayor capacidad para evaluar el entorno y los estados de ánimo de los demás. Se le reconoce esto como un éxito, para reforzarle esta conducta.

Tabla 20. Estrategias de intervención y resultados obtenidos sesión 20

Técnica y/o estrategia utilizada de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).	Resultado obtenido
Intervención en alucinaciones	La paciente afirma que, a pesar de la presencia de las alucinaciones auditivas, es capaz de no hacerles caso, por lo que la angustia generada por las mismas es mucho menor que en las sesiones anteriores.
Intervención en delirios y alucinaciones	Judith afirma que, de manera voluntario, se puso a repasar las <i>Estrategias que funcionan para Judith</i> , lo que le da una sensación de capacidad de control y enfrentamiento de sus síntomas positivos.

4.1.3. Formulación del Caso

Con base en la información obtenida hasta el momento, se presenta en la Figura 2 el esquema para la formulación del caso del Judith.

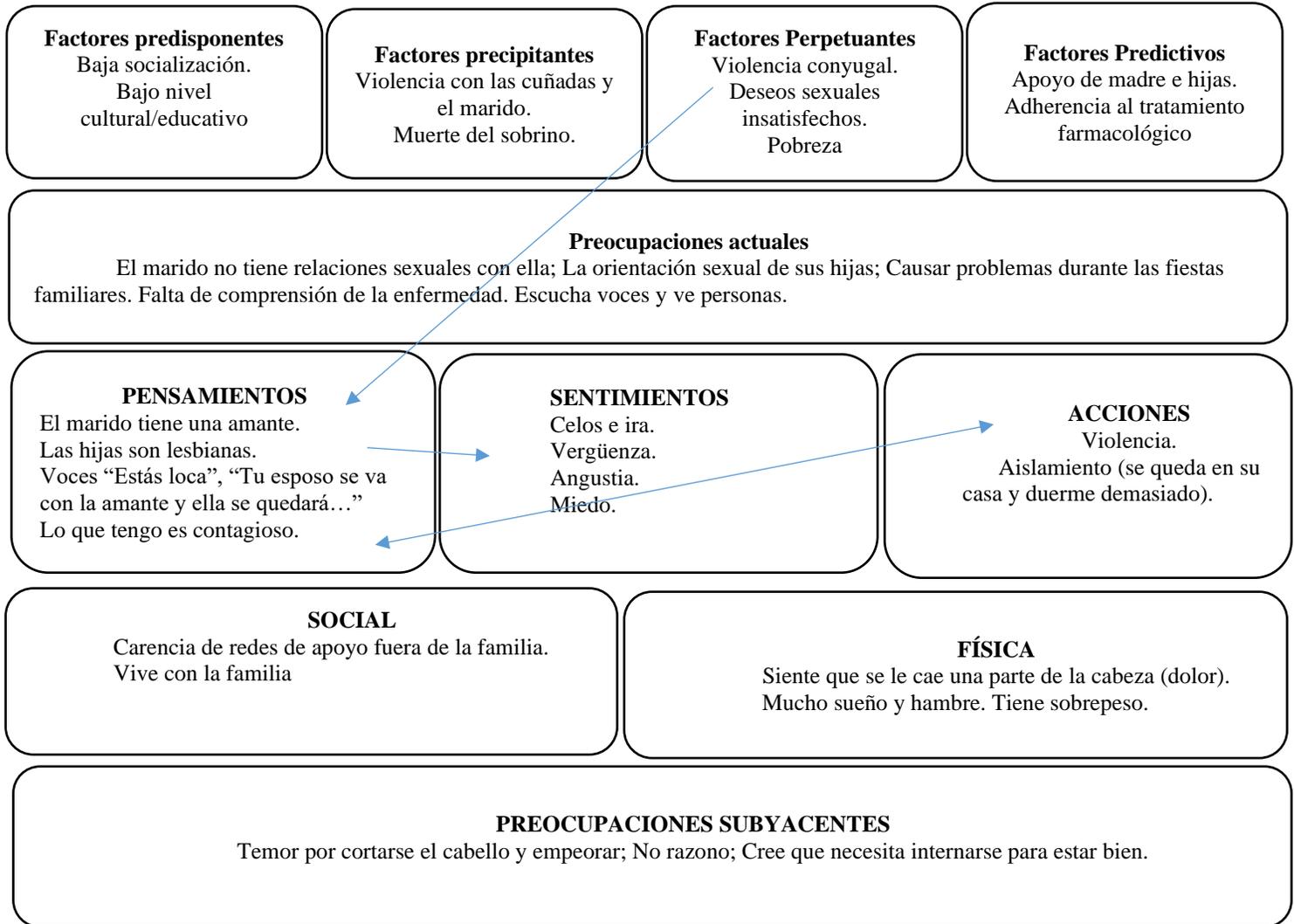


Figura 2. Esquema de Formulación del caso.

Judith es una mujer de bajo nivel cultural y educativo, con baja socialización fuera de las relaciones familiares, que ha experimentado en su pasado diversas formas de violencia por parte de su esposo y la familia de él, y con una relación conyugal en la cual considera insatisfechos sus deseos sexuales. Presenta alucinaciones auditivas y visuales que le ocasionan estrés, así como

delirios celotípicos hacia el esposo, en los que afirma la existencia de una amante, que amenaza la unión y permanencia de su familia. La paciente muestra adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo, los síntomas no remiten con la toma de los fármacos. La presencia de estos síntomas causa angustia, y tienen consecuencias negativas hacia su autoconcepto y mantienen las dinámicas de violencia en el hogar. Ante la angustia, la paciente se mantiene aislada y su nivel de activación disminuye, por lo que sus actividades se limitan a las tareas domésticas y actividades como dormir y comer, que ha tenido como consecuencia que actualmente tenga sobrepeso. Su capacidad para tomar decisiones de ha visto limitada y solicita ayuda constantemente para la realización de actividades cotidianas. Las personas de las que recibe apoyo y comprensión son su madre y sus hijas, pero de las últimas suele tener preocupaciones acerca de su orientación sexual. Los elevados niveles de estrés de las relaciones familiares, así como la presencia de los síntomas positivos la llevan a plantearse constantemente la necesidad de internarse en el hospital psiquiátrico.

4.1.4. Resultados de los efectos sobre los síntomas positivos

Al inicio del tratamiento:

La paciente presenta delirios celotípicos hacia su esposo, relacionados con la idea de que él tiene una amante y que esa es la causa de que no tenga relaciones sexuales con él desde hace ya muchos años (Sesiones 6, 7, 8, 9, 15, 18).

Una creencia delirante relacionaba la idea de que el cortarse el cabello con el aumento de los síntomas positivos, por lo que se veía en la necesidad de preguntar si podía realizar la actividad (Sesión 17 y durante la evaluación postest).

Las alucinaciones auditivas se presentaban como voces de varias personas que le decían que estaba loca, que su esposo tenía una amante, que la amante de su esposo se iba a quedar con sus hijas (Sesión 2, 8, 9).

La paciente reportaba alucinaciones visuales de personas desnudas que observan a sus hijas mientras se bañaban (Sesión 1).

En una ocasión, la paciente expresó alucinaciones somáticas: “*Sentía que se me caía algo de la cabeza* (Sesión 5)”.

Todos estos síntomas generaban angustia en la paciente. En sus propias palabras, cuando la paciente escucha voces afirmaba: “*Me pongo triste, con ganas de llorar [...] Cuando las escucho me siento con ganas de que no sirvo, de que no sé qué...* (Sesión 2)”.

Ante la confusión ocasionada por los delirios expresa su preocupación diciendo “*Como que no razono* (Sesión 5, 7, 18)”, lo que le genera ansiedad y angustia por sentirse incomprendida. Expresa la idea de que sería mejor que la internaran en el hospital psiquiátrico (Sesiones 3, 5, 9, 12, 18).

Al inicio del tratamiento, cuando exponía a su esposo las ideas delirantes, mostraba actitudes y comportamiento de agresividad física y verbal (Sesiones 1, 3). Alrededor de la mitad de la intervención, hubo una disminución de la agresión relacionada con los delirios celotípicos: “*Sigo teniendo esas ideas sobre la muchacha ésa. No lo puedo evitar [...] No la he ofendido ni le he gritado* (Sesión 9)”. “*Que él haga lo que quiera* (Sesión 9)”. “*Sí pienso a veces que ella tiene algo que ver con mi esposo... pero ya no le grito ni le insulto* (Sesión 10)”. En la última etapa de la intervención, la propia paciente critica su delirio: “*Sí, ya sé que no hay evidencias [...] Pues nomás son cosas que me imagino yo en mi cabeza* (Sesión 15)”.

También alrededor de la mitad de la intervención la disminución de la angustia y la frecuencia relacionada con la presencia de las alucinaciones auditivas disminuyó. Las voces sólo se presentan *“Sólo cuando no escucho música ni veo la tele (Sesión 9)”*. En la Sesión afirma haberlas escuchado *“Poco, sólo por ratos”*, después *“Poquito, pero me siento bien (Sesión 13)”*, y en la última sesión presencial, la paciente afirma que seguía escuchando las voces *“Poquito [...] pero ya no les hago caso”*.

Al inicio del tratamiento, la paciente ignoraba características elementales sobre la esquizofrenia, sobre la naturaleza de la enfermedad y posibilidad de remisión de los síntomas. Se impartió psicoeducación sobre la esquizofrenia desde las primeras sesiones, cuando la paciente llegó a expresar *“Yo quiero saber si esto (la esquizofrenia) se quita (Sesión 1)”*. También existían creencias irracionales relacionadas con la posibilidad de contagio de la enfermedad hacia su esposo, si llegaban a tener relaciones sexuales (Sesión 5), o la creencia de que, si su esposo tenía relaciones sexuales con ella, los síntomas no se presentarían más (Sesión 2).

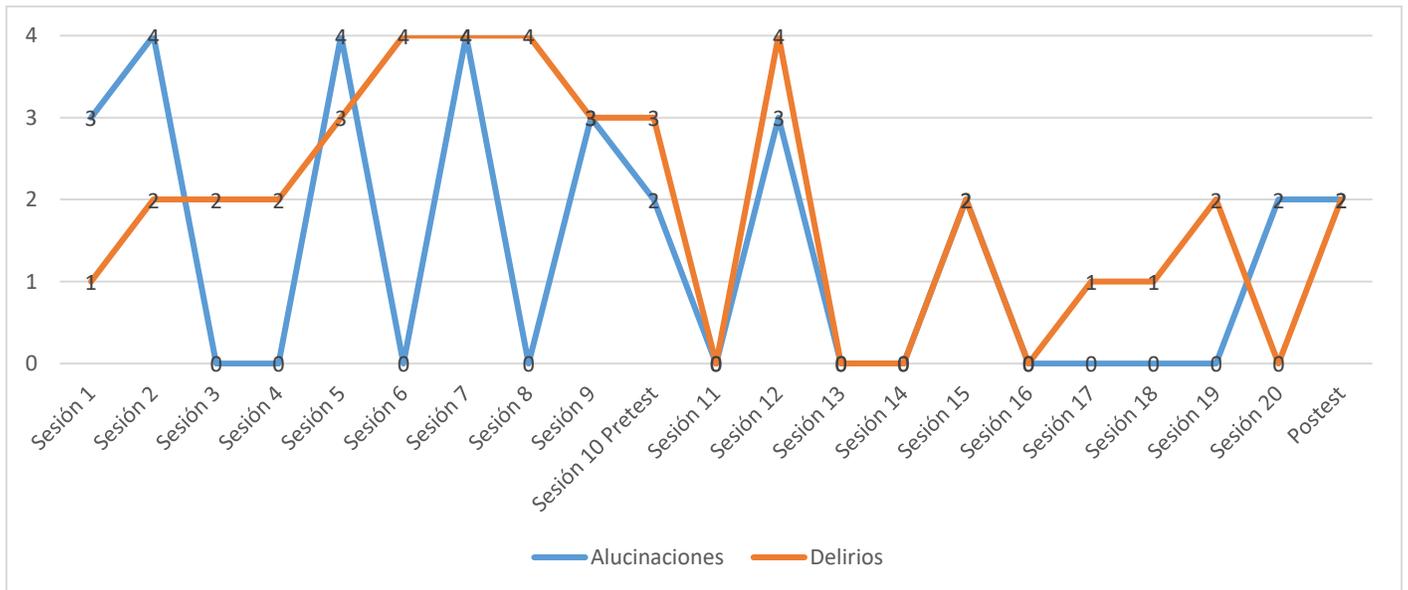
Los síntomas negativos eran muy fuertes al inicio del tratamiento, manifestándose por apatía por salir de casa (Sesiones 3, 6). La paciente justificaba su temor por salir de casa argumentando que *“Si salgo, algo me va a pasar, o se van a burlar de mí por mi enfermedad. Me siento triste (Sesión 6)”*. También argumentaba su temor a la discriminación cuando sostenía que *“Me da miedo de que la gente se dé cuenta de si tengo una enfermedad (Sesión 7)”*.

Aunque la intervención no se enfocaba fundamentalmente en los síntomas negativos, alrededor de la mitad del tratamiento, la mamá de la paciente observó una disminución de estos síntomas: *“Sí, yo sí he visto mejoras. Ahora ella hace sus quehaceres de la casa más rápido, sale a hacer sus mandados y está más activa. Sí, sí hay cambios (Sesión 10)”*.

4.1.5. Resultados de la Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluadas por el clínico

A continuación, se presenta la gráfica que representa las puntuaciones obtenidas en la escala propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría, publicada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2016), que permite al clínico evaluar cuantitativamente los síntomas primarios de la psicosis. En el presente trabajo, se evaluaron las dimensiones Alucinaciones y Delirios. El recorrido de las puntuaciones es el siguiente: 0 “No presentes”, 1 “Dudosas”, 2 “Presentes pero leves”, 3 “Presentes y moderadas” y 4 “Presentes y graves”.

Al inicio del tratamiento muchos síntomas se encontraban en puntuaciones elevadas, alcanzando en varias sesiones puntuaciones de 4 “Presentes y graves” tanto en alucinaciones como en delirios. Después de la Sesión 12, las puntuaciones en ambas variables no sobrepasaron en ninguna sesión subsecuente la puntuación 2 “Presentes pero leves”, destacando que en 6 de ellas no hubo presencia de alucinaciones.



4.1.6. Resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975)

En la evaluación pretest, realizada el 04 de diciembre de 2019 la puntuación obtenida en la Escala A-Estado reflejó un resultado de 33, lo que representaba un Nivel Medio. La escala A-Rasgo en ese momento obtuvo una puntuación de 48, Nivel Alto.

En la evaluación posttest, realizada en el 19 de junio de 2020, la paciente obtuvo en la Escala A-Estado un resultado de 55, Nivel Alto. En la Escala A-Rasgo, la paciente obtuvo un resultado de 55, Nivel Alto.

4.1.7. Escala PSYRATS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la Escala PSYRATS en la escala de Alucinaciones auditivas, tanto en la evaluación pretest como en la evaluación posttest.

Ítems	Evaluación Pretest (27/11/19)	Evaluación Posttest (19/06/20)
Frecuencia	(2) Una vez al día	(1) Una vez a la semana
Duración	(2) Unos pocos minutos	(1) Unos pocos segundos
Localización	(3) Cerca o dentro de los oídos	(4) Sólo fuera de la cabeza
Intensidad	(1) Más baja que la propia voz	(1) Más baja que la propia voz
Creencias sobre la procedencia	(1) Relacionadas con los propios pensamientos	(1) Relacionadas con los propios pensamientos
Cantidad de contenido negativo	(4) El contenido es desagradable y negativo.	(2) Una minoría de las veces es desagradable y negativo
Grado de contenido negativo	(3) Las voces son insultos personales “Que estoy loca”	(3) Las voces son insultos personales “Que estoy loca”
Cantidad de angustia	(3) La mayoría de las veces son angustiantes	(3) La mayoría de las veces son angustiantes
Intensidad de la angustia	(3) Las voces son muy angustiantes	(3) Las voces son muy angustiantes
Trastorno	(2) Perturba la actividad diaria y las actividades familiares y sociales	(1) Causan un trastorno mínimo
Control sobre las voces	(1) Cree que tiene algún control	(0) Cree que tiene el control y que puede eliminarlas

Nótese que la frecuencia y duración de las alucinaciones auditivas disminuyeron en la evaluación posttest. La cantidad de contenido negativo de las alucinaciones auditivas sólo se consideraba desagradable en una minoría de las ocasiones y causan un trastorno mínimo en la realización de las actividades diarias de la paciente y sus actividades familiares y sociales, a diferencia de la evaluación inicial en la que el trastorno era mayor. Un resultado importante es el aumento en la creencia de control sobre la eliminación de las alucinaciones auditivas.

La escala de Delirios del SYRATS arrojó los siguientes resultados en las evaluaciones pretest y posttest:

Ítems	Evaluación pretest	Evaluación posttest
Cantidad de preocupación	(2) Piensa en sus creencias al menos una vez al día	(2) Piensa en sus creencias al menos una vez al día
Duración de la preocupación	(2) Los pensamientos duran varios minutos	(3) Los pensamientos duran al menos una hora
Convicción	(2) Algunas dudas sobre la convicción de las creencias	(2) Algunas dudas sobre la convicción de las creencias
Cantidad de angustia	(4) Las creencias siempre provocan angustia cuando ocurren	(1) Las creencias provocan angustia en pocas ocasiones
Intensidad de la angustia	(4) Las creencias provocan una angustia extrema	(1) Las creencias provocan una ligera angustia
Trastorno	(2) Provocan un moderado trastorno en la vida y actividades diarias, sociales y familiares	(1) Provocan un mínimo trastorno

En la evaluación pretest la paciente señalaba que la presencia de los delirios provocaba una angustia extrema siempre que se presentaban, por lo que provocaban un trastorno moderado en su vida diaria, afectando también su vida social y familiar. Aunque la duración de los delirios aumentó en el posttest, la presencia de los delirios sólo genera angustia en pocas ocasiones, siendo esta muy ligera, provocando un mínimo de trastorno en la vida diaria de la paciente.

5. Discusión y conclusiones

La Escala PSYRATS permitió evaluar varios aspectos emocionales de la experiencia delirante (Kronmüller et al., 2011), como la angustia. Los resultados obtenidos en la disminución de la cantidad e intensidad de los delirios celotípicos y de las consecuencias relacionadas con la agresión, derivados de los mismos, así como la disminución de la frecuencia y duración de las alucinaciones auditivas en la participante de esta intervención, que se encontraron en la Escala PSYRATS son una muestra de la eficacia de la TCC sobre los síntomas positivos en la esquizofrenia. Aunque la cantidad e intensidad de angustia relacionadas con la presencia de las voces no obtuvo cambios, se presentó una notable disminución en la frecuencia y duración de la presencia de las alucinaciones auditivas (de una vez al día a sólo una vez a la semana, y de unos pocos minutos a unos pocos segundos). Considerando que las voces con contenidos negativo, como las que presentaba la paciente de este estudio, son las más angustiantes y difíciles de controlar (Woodward et al., 2014) la disminución de su frecuencia y representa una disminución notable de la experiencia de angustia de la paciente relacionada con las alucinaciones auditivas. Este tipo de resultados es congruente con los resultados obtenidos en intervenciones semejantes en pacientes cuya sintomatología ha respondido parcialmente al tratamiento con medicamentos (Gutiérrez, Ocampo y Gómez, 2008).

La evaluación de la gravedad de los síntomas positivos utilizando la escala evaluada por el clínico permitió dar un seguimiento durante todo el proceso a la frecuencia e intensidad de los delirios y alucinaciones de la paciente, hecho que evidenció la mejora de los síntomas, alrededor de la sesión 10, lo que se considera una intervención breve con resultados favorables.

Intervenciones cognitivo-conductuales similares para síntomas psicóticos han logrado mejoras de

moderadas a fuertes en las alucinaciones auditivas (voces) en las primeras 6 sesiones, pero la intervención con los delirios suele requerir intervenciones más largas (Kingdon et al., 2014).

Es necesario explicar brevemente las circunstancias de la evaluación posttest. La Enfermedad por Corona Virus 2019 (COVID-19) que surgió en China en 2019 y que para marzo de 2020 ya se había esparcido por todo el mundo, requirió de estrategias de salud pública para contener la propagación del virus en casi todos los países del mundo, incluido México. Estas estrategias incluyeron la cuarentena (aislamiento personal) de las personas potencialmente expuestas al virus y distancia social (distancia física) de la población general (Organización Mundial de la Salud, 2020). Aunque el distanciamiento físico ha sido el método más efectivo para disminuir la propagación del virus, también ha sido asociado con efectos psicológicos adversos, como el miedo, ansiedad y preocupación (Brooks et al., 2020). Durante la aplicación de la evaluación posttest que, siguiendo las medidas de seguridad sanitaria, se realizó vía telefónica, la paciente manifestaba su preocupación al respecto y la incomodidad relacionada con la restricción para salir de casa. La población con psicosis puede estar particularmente en riesgo con el estrés asociado con las medidas de distancia física (Brown, et al., 2020). El resultado de la subescala de *ansiedad-estado* más elevado obtenido en el posttest parece estar relacionado con las circunstancias de aislamiento y riesgo de contagio por Covid-19. Es esperable, como ya señalaban Spielberg y Diaz-Guerrero (1975) que los puntajes en la subescala *ansiedad-estado* se ve modificado, naturalmente, por factores situacionales en un momento determinado. En subescala de *ansiedad-rasgo*, la paciente mantuvo puntuaciones similares en pretest y posttest, lo que es congruente con su conceptualización teórica, que la define como una propensión ansiosa *estable* que hace percibir a las personas y a las situaciones como amenazadoras, elevando así la ansiedad (Del Río, Cabello, Cabello y Aaragón, 2018). El resultado encontrado en la subescala

ansiedad-rasgo es congruente con lo encontrado en diferentes situaciones experimentales, en las que esta forma de ansiedad suele ser relativamente estable al paso del tiempo (Silva, Hernández, Jiménez y Alvarado, 2016).

Los síntomas negativos disminuyeron. La paciente expresó su deseo por comenzar a trabajar: “He pensado que me gustaría trabajar. Pero mi hija me dice que no puedo por mi condición (Sesión 11)”, “Ayer mis hijas me dijeron que me ven muy bien, que si no me gustaría encontrar un trabajo. Y sí quisiera trabajar (Sesión 14)”, [...] “Me puse a buscar trabajo (Sesión 17)”. Aunque la disminución de estos síntomas (aplanamiento afectivo, disminución de la motivación o energía y anhedonia) no fueron el objetivo de esta intervención, la mejora alcanzada en el manejo de los síntomas positivos promueven la recuperación y la integración a la comunidad, debido a que la TCC se dirige a componentes clave para la funcionalidad como la estabilidad sintomática, la promoción de la vida independiente, el establecimiento laboral y el adecuado funcionamiento social (Kuipers, 2012; Kern, Glynn, Horan y Marder; Roder, Müller, Brenner y Spaulding, 2009). Es frecuente que, a pesar de las mejoras en la sintomatología positiva, los síntomas negativos sean más resistentes al cambio (Sánchez, 2012). Por lo tanto, la mejora encontrada en la paciente resulta muy significativa.

Dentro de las limitaciones encontradas durante la intervención, destacó que la familia no atendió a las solicitudes de participación a una sesión de terapia, imposibilitando la psicoeducación e intervención en la Emoción Expresada. Las deficiencias en pacientes con esquizofrenia, como la mejora en las relaciones familiares, se pueden abordar con TCC (Morrison, 2009). Un factor importante dadas las condiciones actuales es que el aislamiento social no sólo genera ansiedad y angustia en las personas con esquizofrenia, sino también a los parientes y cuidadores. Esta exposición prolongada a eventos vitales estresantes, cambios en la

rutina y la ansiedad interpersonal debida a la prolongada cuarentena, o incluso el miedo a contraer la enfermedad, pueden ser desencadenantes de recaídas entre los pacientes con esquizofrenia (Fonseca et al., 2020).

La paciente es víctima de violencia económica, psicológica/verbal (Ver Apéndice 1. Relatoría de las sesiones, Sesiones 6, 8, 9, 11 y 12) por parte de sus familiares. El aislamiento social, el desempleo, la violencia doméstica y el empeoramiento de la salud física afectan particularmente a las personas con psicosis dada su vulnerabilidad a los determinantes sociales de la salud (Anglin, Galea y Bachman, 2020).

Las técnicas de intervención propuestas en la TCC de Kingdon y Turkington (2005) dieron resultados favorables para los síntomas positivos resistentes a fármacos de la paciente que participó en el estudio. El hecho de que las intervenciones cognitivo-conductuales se hayan mostrado eficaces en la reducción de síntomas refractarios de la psicosis contribuye a la extensión del modelo hacia áreas en las que anteriormente se mostraba mayor reticencia en su abordaje psicológico (Gutiérrez, Sánchez, Trujillo y Sánchez, 2012).

Referencias

- Abramowitz, I. y Coursey, R. (1989). Impacto o fan educational support group on family participants who take careo f their schizophrenic relatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 232-236.
- Alvarado, R., Oyanedel, X., Aliste, F., Pereira, F., Soto, F., De la Fuente, M. (2011). Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: Un desafío pendiente para la reforma de la atención en salud mental. *Revista Salud Pública*, 15(2), 6-17.
- American Psychiatric Association (2016). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) 5 edición, España: Editorial Médica Panamericana.
- Anglin, D., Galea, S. y Bachman, P. (2020). Going upstream to advance psychosis prevention and improve public health, *JAMA Psychiatry*.77(7), 665-666.
- Bakst, S., Rabinowitz, J. y Bromet, E. (2010). Antecedents and Patterns of Suicide Behavior in First-Admission Psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 880-889.
- Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D. y Kingdon, D. (2007). Cognitive Behavioral Therapy - Reduces Suicidal Ideation in Schizophrenia: Results of a Randomized Controlled Trial, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 284-290.
- Barlow, D. y Di Nardo, P. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: development, current status, and future directions. En R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety*. Nueva York: Pergamon Press.
- Bebbington, P. y Kuiper, L. (1994). The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppkementum*, 382, 46-53.
- Beck, A. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Nueva York: Guilford Press.

- Beck, A., Baker, A. y Todd, J. (2015). Smoking in schizophrenia: cognitive impact of nicotine and relationship to smoking motivators, *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(1), 26-32.
- Beck, A. y Rector, N. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for a new millennium, *American Journal of Psychotherapy*, 54(3), 291-300.
- Bedoya, E., Ardila, W., Cañas, D. y Vásquez, D. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 8-13.
- Bighelli, I., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. y Leucht, S. (2018). Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: a systematic review and single-group meta-analysis, *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-10.
- Birchwood, M., Smith, J. y Cochrane, R. (1992). Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. *The British Journal of Psychiatry*, 160, 806-814.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, I., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *The Lancet*, 395(102227), 912-920.
- Brown, E., Gray, R., Lo Monaco, S., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., Francey, S. y McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid view of contemporary epidemic and pandemic research, *Schizophrenia Research*. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005>
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life in the course of schizophrenic disorders: a replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.

- Butzlaff, R. y Hooley, J. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Campero-Ecinas, D., Campos-Lagrava, H., Campero, M. (2009). Esquizofrenia: la complejidad de una enfermedad desoladora, *Revista Científica Ciencia Médica*, 12(2), 32-37.
- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana, *Psicothema*, 20(4), 577-582.
- Cook, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A., Aasen, I., Kuipers, E. y Kumari, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 94(1-3), 12-22.
- David, A. (1990). Insight and psychosis, *The British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Davis, J. (1975). Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 132(12), 1237-1245.
- De la Higuera, J. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica, *Apuntes de Psicología*, 23(3), 275-292.
- De Toledo, E. y Blay, L. (2004). Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 955-961.
- Del Río, F., Cabello, F., Cabello, M. y Aragón, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles, *Universitas Psychologica*, 17(1).
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2015). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.

- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R., Lehman, A., Tenhula, W., Calmes, C., Pasillas, R., Peer, R. y Creyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
- Dixon, S. y Lehman, L. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 621-630.
- Erickson, D. (2010). Cognitive-behaviour therapy for medication-resistant positive symptoms in early psychosis: a case series, *Early intervention in Psychiatry*, 4, 251-256.
- Farkas, C., Hernández, B. y Santelices, M. (2009). Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Univeristas Psychologica*, 9(2), 409-422.
- Fleischhacker, W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T., Carpenter, W., Duckworth, K., Galderisi, S., Halpern, L., Knapp, M., Marder, S. (2014). Schizophrenia –Time to Commit to Policy Change, *Schizophrenia Bulletin*, S165-S194.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R., Loyzaga, C., García, M. y Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares, *Salud Mental*, 24(4), 36-40.
- Fonseca, L., Diniz, E., Mendonça, G., Malinowski, F., Mari, J. Gadelha, A. (2020). Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations, *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 236-238.
- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., Kotlicka-Antczak, M., Valmaggia, L., Lee, J., Millan, M., Galderisi, S., Balottin, U., Ricca, V. y McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of

- environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk, *European Psychiatry*, 40(2017), 65-75.
- García, P., Moreno, A., Freund, N., Lahera, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756.
- Glick, I., Burti, L., Okonogi, K. y Sacks, M. (1994). Effectiveness in psychiatric care III. Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorders and their families, *The British Journal of Psychiatry*, 164, 104-106.
- Goldstein, M. (1995). Psychoeducation and relapse prevention, *International Clinical Psychopharmacology*, 9, 59-69.
- González, J., Sanjuán, J., Cañete, C., Echánove, M. y Leal, C. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: La escala PSYRATS. *Actas españolas de psiquiatría*, 31(1), 10-17.
- Gunderson, J., Frank, A., Katz, H., Vannicelli, M., Frisch, J., Knapp, P. (1984). Effects of psychotherapy in Schizophrenia, II: comparative outcomes of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- Gutiérrez, C., Ocampo, M. y Gómez, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 164-174.
- Gutiérrez, M., Sánchez, M., Trujillo, A. y Sánchez, L. (2012). Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 225-245.

- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. y Faragher, E. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-888.
- Hirsch, S. y Jolley, A. (1989). The dysphoric syndrome in schizophrenia and its implications for relapse. *British Journal of Psychiatry*, 155(5), 46-50.
- Hogarty, G., Anderson, C. y Reiss, D. (1987). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 12-13.
- Inglott, R., Touriño, R., Baena, E., Fernández, J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de la salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 9-23.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2018). Informe Financiero y Actuarial 2018. México: Autor.
- Kern, R., Glynn, S., Horan, W. y Marder (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347-361.
- Kingdon, D. y Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of Schizophrenia: Guides to Evidence-Based Practice*. New York: Guilford.
- Kronmüller, K., von Bock, A., Grupe, S., Büche, L., Gentner, N., Rückl, S., Marx, J., Joest, K., Kaiser, S., Vedder, H. y Mundt, C. (2011). Psychometric evaluation of the Psychotic Symptom Rating Scales, *COMprehensive Psychiatry*, 52(1), 102-108.
- Kuipers, E. (2012) The role of CBT in relapse prevention of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 136, S-58-S-59.

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, Publishing Company.
- Leff, J. y Vaugh, C. (1985). *Expressed emotion in families*. Nex York: Guilford Press.
- Lehman, A. y Steinwachs, D. (1998). At issue: Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1-10.
- Lemos, S., Fonseca, E., Paino, M. y Vallina, O. (2015) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Síntesis. Edición de Kindle.
- León, F. (2013). *Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital*. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Linszen, D., Dingemans, P., Nugter, P., Van der Does, A., Scholte, W. y Lenior, M. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 23(1), 119-130.
- Li-Quiroga, M., Alipázaga-Pérez, P., Osada, J., León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú, *Revista de Neuropsiquiatría*, 78(4), 232-239.
- Manu, P., Dima, L., Shulman, M., Vancampfort, D., De Hert, M. y Correll, C. (2015). Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(2), 1-12.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marqués de Oliveira, R. y Ferreira, A. (2012). Esquizofrenia y dependencia de tabaco: una revisión integradora, *Enfermería Global*, 11(25), 381-402.

- Miller, I., Kabacoff, R., Keitner, G., Epstein, N. y Bishop, D. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 302-312.
- Miklowitz, D., Goldstein, M., Faloon, I., Doane, J. (1984). Interaccional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 144, 482-487.
- Montaño, L., Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), 86-107.
- Morales, T., Fresán, A., Robles, R., Domínguez, M. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia, *Salud Mental*, 38(5), 371-377.
- Morrison, A. (2009). Terapia cognitivo-conductual para personas con esquizofrenia, *Psiquiatría (Edgmont)*, 6(12), 32-39.
- Nardone, G. (2016). *El miedo a decidir*. España: Paidós.
- Navarro, B., y Carrasco, O. (2009). Relación entre síntomas psicóticos, estados emocionales negativos y años de evolución en personas con esquizofrenia, *Clínica y Salud*, 20(2), 197-204.
- Norman, R. y Malla, A. (1993). Stressful life events and schizophrenia: I: A review of the research. *British Journal of Psychiatry*, 162, 161-166.
- North, C., Pollio, D., Sachar, B., Hong, B., Isenberg, K. y Bufe, G. (1998). The family as a caregiver: a group psychoeducation model of schizophrenia, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1), 39-46.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *The global burden of disease: 2004 Update*. Suiza: Autor.

- Organización Mundial de la Salud (2020). Enfermedad por Corona Virus 2019 (COVID-19): Reporte de la Situación, 72.
- Peralta, V. y Cuesta, M. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 22(4), 171-177.
- Perris, C. y McGorry, D. (eds.) (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manuel teórico-práctico*. España: Editorial Desclee De Brouwer, S.A.
- Quintero, J., Barbudo del Cura, E., López-Ibor, M. y López-Ibor, J. (2011). La evolución del concepto de esquizofrenia resistente al tratamiento, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 236-250.
- Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., Murow, E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social, *Salud Mental*, 31(3), 205-212.
- Roder, V., Müller, D., Brenner, H. y Sapulding, W. (2011). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of neurocognition, social cognition and social competency in schizophrenia patients*. USA: Hogrefe Publishing.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rollins, A., Bond, G., Lysaker, P., McGrew, J. y Salyers, M. (2010). Coping with positive and negative symptoms of schizophrenia, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(3), 208-223.
- Romero, A., Rivero, J., Olascoaga, F., Pino, B., Figueiras, B., y Del Sol, L. (2010). Aproximación a la historia clínica: una guía. *Medisur*, 8(5), 183-218.

- Sánchez, H. (2012). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia, *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(1), 111-129.
- Saunders, J. (1999). Family functioning in families with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 95-113.
- Secretaría de Salud (2017). *En México más de un millón de personas padece esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-un-millon-de-personas-padece-esquizofrenia>.
- Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar, *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silva, C., Hernández, A., Jiménez, B. y Alvarado, N. (2016). Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana, *Psicología y Salud*, 26(2), 253-262.
- Thara, R. y Srinivasan, T. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 416-420.
- Thornicroft, G. y Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 2-4.
- Tomlinson, E., Onwumere, J. y Kuipers, J. (2014). Distress and negative experiences of the caregiving relationship in early psychosis: does social cognition play a role?, *Early Intervention in Psychiatry*, 8, 253-260.
- Turkington, D., Kingdon, D. y Weiden, P. (2005). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia, *The American Journal of Psychiatry (Ed Esp)*, 9, 256-264.
- Turkington, D., Munetz, M., Pelton, J., Montesano, V., Sivec, H., Nausheen, B. y Kingdon, D. (2014). High-Yield cognitive behavioral techniques for psychosis delivered by case

- managers to their clients with persistent psychotic symptoms, an exploratory trial, *The journal of nervous and Mental Disease*, 2(1), 30-34.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T., Nur, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarasekara, N. y Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five year follow-up. *Schizophrenia Research*, 98,1-7.
- Turkington, D., John, C., Siddle, R., Ward, D. y Birmingham, L. (1996). Cognitive therapy in the threatment of drug-resistant delusional disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(2), 118-128.
- Valiente, C. (2005). *Alucinaciones y delirios*. España: Editorial Síntesis.
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, B., Rosenbaum, S. Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P., Gaughran, F., De Hert, M., Carvalho, A. y Stubbs, B. (2017). Sedentary Behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis, *World Psychiatry*, 16, 308-315.
- Vampampfort, D., Wampers, M., Mitchel, A., Correll, C., De Hert, A., Probst, M. y De Hert, M. (2013). A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls, *World Psychiatry*, 12(3), 240-250.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En Mayor, J. y Labrador, F. (Eds.), *Manual de modificación de conducta*, (229-264). Madrid: Alhambra.
- Winne, L. (1981). Current concepts about schizophrenics and families relationships. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(2), 82-89.

- Woodward, T., Jung, K., Hwang, H., Yin, J., Taylor, L., Menon, M., Peters, E., Kuipers, E., Waters, F., Lecomte, T., Sommer, I., Daalman, K., van Lutterveld, R., Hubl, D., Kindler, J., Homan, P., Badcock, J., Chhabra, S., Cella, M., Keedy, S., Allen, P., Mechelli, A., Preti, A., Siddi, S. y Erickson, D. (2014). Symptom Dimensions of the Psychotic Symptom Rating Scales in Psychosis: A Multisite Study, *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S265-S274.
- Zapata, J., Rangel, A. y García, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 143-149.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Apéndices

Apéndice 1. Relatoría de las sesiones.

A continuación, se muestra de forma resumida e ilustrativa los acontecimientos y diálogos obtenidos en cada una de las sesiones y las técnicas y/o estrategias utilizadas de acuerdo con el modelo de Kingdon y Turkington (2005).

Relatoría de la sesión 1 (11/09/19) “¿Esto que tengo se cura o se puede controlar?”

Terapeuta (T): Buenos días, bienvenidas. Me da mucho gusto conocerlas.

Judith (J): Buenos días.

Martha (M): Buenos días, muchas gracias por atendernos.

T: No, al contrario. Les agradezco a las dos por venir. Para mí es un placer conocerlas. Les quiero explicar, antes que nada, que soy un Psicólogo que está estudiando actualmente la Maestría en Psicología Clínica para adultos en la UADY. Y, como supongo que ya les explicaron aquí en el DIF, quiero proponerle a Judith que participe en un proceso de terapia, que tiene el objetivo fundamental de apoyarte para que disminuya la angustia poco a poco y que cada vez te sientas mejor, sin importar las cosas que pasen ¿esto suena bien?

J: Sí, está bien.

M: Sí, muchísimas gracias. Lo que haga falta para que ella esté mejor.

T: Bueno, pues les explicaré básicamente qué haremos. Es muy importante que sepan que todo lo que hable con Judith va a quedar entre nosotros dos y está protegido por un acuerdo de confidencialidad. Es decir, Judith, que

Desarrollo de la confianza y colaboración en la relación terapéutica.

cuando comencemos a platicar te puedes sentir muy cómoda de decirme lo que quieras, que yo no le diré nada a nadie, ¿está bien?

J: Sí, está bien.

T: Bueno, al principio es posible que tenga que hacer varias preguntas para juntar información suficiente para preparar el tratamiento. Intentaré

Compromiso

siempre ser muy respetuoso y claro, para que tengas confianza. Para que

esto funcione y podamos vez mejora, necesito que haya mucho

compromiso para hacer las cosas que consideremos necesarias y que asistas

al menos a 10 sesiones. Las sesiones serán semanales, cada miércoles a las

9 am, como hoy. Es muy importante que me digas las cosas tal como las

piensas, que yo no te voy a criticar ¿qué te parece Judith?

J: Bien, está bien.

T: ¿Usted qué piensa de esto, Señora Martha?

M: Que está bien. Yo le voy a estar recordando para que no se le olvide.

T: Maravilloso. Veo que traen una carpeta con documentos, ¿qué son?

J: Son mis papeles del Seguro. Aquí está las medicinas que medan.

T: Ah, muy bien, a ver permítame verlos. ¿Cómo te sientes con los

medicamentos? ¿Te los tomas todos?

J: Sí, me los tomo todos los días. Sólo la carbamazepina me la tomo cuando

me siento mal. Si no me siento mal no me la tomo, porque me siento mal.

Me da sueño, y luego ya no hago nada en la casa.

T: Maravilloso. Eso es muy importante, y siempre intentaré preguntarte porque me interesa que cualquier cosa que te ayude a estar mejor, hay que hacerla, ¿ok?

J: Sí, está bien. Pero sabe qué, que siempre me dan mucha sed, y pues estoy todo el día tomando mucha agua y pue, entonces tengo que ir al baño a hacer pipí a cada rato.

M: Y toma mucho refresco, también.

T: ¿Ah, si? ¿Tomas mucho refresco, Judith?

J: Sí, aunque ya estoy intentando tomar menos. Pero es que me gusta mucho la coca cola.

T: Lo entiendo, pero me alegra mucho que estés tomando cada vez menos, porque no es muy buena para la salud.

J: Es lo que me dijo mi doctor, que eso no me ayuda para baja de peso.

El médico me dijo que no me tomara más de dos refrescos diarios.

T: Bueno, Señora Martha, ¿Me puedo quedar a solas con Judith?

M: Claro. Voy a esperarla afuera.

T: Ok, perfecto. Dime una cosa, Judith, ¿cuál es el último año que estudiaste?

J: Primero de secundaria. Pero no lo terminé porque reprobé unas materias y mi papá no quería que fuera porque tenía varios enamorados.

T: ¿Y tu papá?

J: Mi papá se murió cuando yo tenía 15 años.

T: Ok, lo siento mucho. ¿Y tu familia?

J: Pues mi esposo tiene 54 años, y tengo una hija de 25 y otra de 21. Yo lo conocí a él cuando trabajada en la empresa en la que él trabaja todavía.

T: ¿Cuándo lo conociste?

J: Yo tenía 23 años. Él me empezó a enamorar. Era muy atento y cariñoso, y me pidió que fuera su novia. Y duramos dos años de novios y después nos casamos y nos fuimos a vivir a casa de su mamá. Él tenía 4 hermanas, pero como que me tenían envidia. Siempre me decían cuando salía al mandado que seguramente tenía yo un amante. Pero puras mentiras. Y ellas se la pasaban diciéndole eso a mi marido, y él se empezó a poner agresivo.

T: ¿Entonces tus cuñadas influyeron en que él fuera grosero?

J: Sí, cuando salía a casa de mi mamá los domingos ellas decían “Claro, se quedan las sirvientas y se va la reina”. Pero pues yo cuidaba a mis suegros toda la semana, porque ellos estaban en cama. Y el domingo pues yo quería ir a ver a mi mamá. Pero ellas se enojaban. También ellas se enojaban si los trastes de ellas se revolvían con los nuestros. Ya cuando me embaracé de mi segunda hija, me puse mal, me dijeron que estaba deprimida. En una ocasión perdí el conocimiento y los médicos tuvieron problemas para regresarme.

*Orientar al cliente
al tratamiento*

T: ¿Te dieron tratamiento para la depresión?

J: Sí, medicamento. Pero yo quiero saber algo... ¿Esto que tengo se quita?

T: ¿Te refieres a la esquizofrenia?

J: Sí, ¿Esto que tengo se cura o se puede controlar?

T: Es muy bueno que me hagas todas las preguntas que tengas. Yo trataré de resolverlas para ti, con claridad. Y voy a ser muy respetuoso, para que te sientas cómoda de preguntar, ¿ok? Mira, hay enfermedades que una vez diagnosticadas es difícil que exista una remisión total, pero como algunas otras de dominio popular, como la diabetes, si se toma el medicamento y se hacen modificaciones en el comportamiento y en la forma de pensar, se puede llegar a tener una vida feliz y plena.

Identificación de delirios

J: No sé si es bueno o malo contarle, pero hace años que no tengo relaciones con mi marido. Y como no me toca quiero saber si tiene a otra. Es que no hay hombre que pueda estar sin una mujer, pero nosotros no hemos tenido relaciones sexuales desde el nacimiento de mi segunda hija. Hay ocasiones que me altero, ¿qué mujer no se va a molestar? Le digo cosas, le mentoreo (ríe), le quiero aventar las cosas. Una vez me tuvieron que amarrar.

T: ¿Le has dicho que quieres tener relaciones sexuales con él así, de forma directa?

J: Sí, pero él sólo en ocasiones me hace insinuaciones vulgares, pero hasta ahí. Es él quien debe pedir tener relaciones sexuales.

T: Bueno, me parece que es algo que tenemos que platicar con más profundidad. Te quiero hacer unas preguntas importantes acerca de la esquizofrenia: ¿has tenido alucinaciones visuales o auditivas? Es decir, ¿escuchas o ves cosas que los demás no ven?

Identificación de alucinaciones

J: Sí. Escucho voces que me dicen “Estás loca” y “tu marido tiene una amante.

T: Entiendo. ¿Y has visto cosas, o personas que los demás no ven?

J: Sí, a unas personas desnudas, que espían a mis hijas cuando se bañan. Hombres y mujeres.

T: Y cuando escuchas esas voces o ves a esas personas, ¿cómo te sientes?

J: Mal, me desespero.

T: Claro. Y dime, entonces, ¿tienes alguna actividad que te sirva para estar más tranquila?

J: Sí, me gusta ver novelas y películas de acción, pero siempre hago mi quehacer.

T: Bueno, Judith. Te quiero agradecer mucho por tu colaboración, nos vamos a volver a ver la próxima semana, ¿está bien?

J: Sí, está bien. Muchas gracias.

T: A ti.

Relatoría de la sesión 2 (18/09/19) “Las voces dicen que estoy loca y que ella (la amante) se va a quedar con mis hijos”

Se presenta puntualmente en las instalaciones del DIF Municipal de Umán la mamá de la paciente. Argumenta que fue a apurar a su hija a su casa, que le pidió que se bañara para que llegara temprano. 5 minutos más tarde llega Judith y se le invita a pasar al consultorio.

T: Buenos días, Judith, ¿cómo te encuentras hoy?

J: Bien, estuve acordándome de lo que platicamos la vez pasada.

T: ¡Ah! Me da mucho gusto, ¿qué es eso que recuerdas?

J: Pues de que hablé de mi situación. De mi enfermedad.

T: Exactamente. El nombre de la enfermedad es esquizofrenia paranoide, ¿tienes claro a qué se refiere?

J: No

T: Bueno, básicamente la esquizofrenia se diagnostica cuando una persona escucha voces, ve cosas o personas, tiene ideas extravagantes que explican cosas que considera verdaderas, pero que no se pueden confirmar en la realidad, y sufre un deterioro significativo en sus capacidades para comunicarse o pierde interés en actividades que antes le parecían interesantes o divertidas. En la sesión pasada tú me dijiste que escuchabas voces, ¿recuerdas? Me gustaría que me dijeras cómo son esas voces.

Psicoeducación

J: Siento como que escucho muchas voces, con diferentes tipos de personas. Pero ahorita no las escucho.

T: Ok. ¿Cuándo fue la última vez que las escuchaste?

J: Ya tiene como una semana que no las escucho.

T: Y cuando las escuchas, ¿cómo te sientes?

J: Me siento mal. Me pongo triste, con ganas de llorar. Ahorita me siento bien. Pero cuando las escucho me siento con ganas de que no sirvo, de no se qué.

T: Bueno, sobre la marcha iremos explorando más cosas sobre estas voces y otros síntomas. ¿Te sientes cómoda?

J: Sí. Mi marido se estaba poniendo celoso de que viniera (ríe). Yo le dije: “Estás pasao. En lugar de que vengas conmigo”. Es que él sí quería venir conmigo, pero está trabajando.

T: ¿Cómo te sientes cuando tu marido se pone celoso?

J: Contenta (ríe).

T: Claro, supongo que de esa forma te hace sentir que te quiere y que te desea, ¿no?

Seguir la lógica de la creencia

J: Sí.

T: Y ¿cómo has estado últimamente con tu marido?

J: Pues bien. Nos hemos acostado juntos, pero no como para tener relaciones sexuales.

T: Entiendo. La vez pasada me dijiste que desde que te embarazaste de tu segunda hija no tienen relaciones sexuales. ¿No lo han intentado últimamente?

J: Pues él me dice vulgaridades, pero yo no le hago caso.

T: ¿Qué tipo de vulgaridades te dice?

J: Pues me dice “métete un dedo” o “chúpamela”, pero yo le digo “sácate, estás loco, estás pasao”. Pero él me dice, “bien que te encanta que te diga estas cosas”. Pero yo no quiero pensar en eso porque es malo.

T: ¿Qué es lo que piensas que es malo?

J: Pues esas vulgaridades que me dice que haga.

T: ¿Te refieres a que te dice que te toques?

J: Sí. Pero él no accede. Sólo me dice *puerquezas*. Yo quiero que haga lo que debe de hacer.

T: Bueno, Judith, me parece que no es necesariamente malo que él te diga qué le gustaría que hicieras. Probablemente suene muy agresivo, para ti, pero no son cosas malas. Las parejas sanas hacen ese tipo de cosas y no son vulgaridades ni cosas malas. Claro, no debes hacer nada que no quieras, pero en el sexo lo más importante es dar y recibir placer. Mientras los dos estén de acuerdo y no se hagan daño, pueden intentar hacer muchas cosas.

Psicoeducación

J: Ah, ¿sí? Entonces no está mal.

Compromiso

T: Claro. Además, me parece que cuando dices que quieres que haga lo que debe de hacer, supongo que te refieres a que tú sólo quieres que te penetre con su pene en tu vagina, ¿correcto?

J: Sí.

T: Bueno, pues la actividad sexual no se limita a la penetración, las muestras de afecto, las caricias, los besos, las palabras bonitas, etc. ¿En qué momento te dice tu marido que quieres que hagas cosas?

J: Cuando estoy contenta.

T: Exactamente. Cuando la pareja está feliz es más fácil que desee tener relaciones sexuales. Me parece que es una buena oportunidad para que tú le expreses a tu marido lo que quieres. ¿Qué te gustaría que hiciera él?

J: Que me bese, que me abrace, que me acaricie. Antes, cuando recién nos casamos, nos bañábamos juntos.

T: ¿Y se lo has dicho?

J: No.

T: Bueno, ese sería un buen comienzo para mejorar tu vida sexual. Ahora háblame de las personas que ves. ¿Qué hacen?

*Obtención de
información para la
formulación del
caso*

J: Esas personas ven a mis hijas cuando se bañan. Ellas se bañan juntas y yo veo a esas personas que las miran cuando se bañan. Una de mis hijas me dice que necesito que mi esposo me haga las relaciones sexuales para que se me quite esto que tengo. Y yo creo que es cierto.

T: Y las voces que escuchas, ¿qué te dicen?

J: Que él tiene una amante, que con ella sí hace todas esas cosas. También me dicen que estoy loca y que ella (la amante) se va a quedar con mi marido, con mis hijas y con la casa.

T: Ok. Entiendo que los personas que ves y las cosas que escuchas tienen un contenido sexual. Es decir, parece que todo gira alrededor de eventos sexuales, o de carácter íntimo. Me parece que están apareciendo en función de tus deseos insatisfechos de tener relaciones sexuales con tu marido. ¿Has intentado tener intimidad con él?

J: En alguna ocasión él me ha dicho que no, que no me lavo los dientes.

T: ¿Y cómo te sientes cuando te dice cosas así?

J: Me hace sentir mal.

T: Por supuesto, mira, hay cosas muy importantes que iremos aprendiendo sobre la marcha. Quiero que sepas que muchas de las cosas que te pasan son comunes. Muchas personas experimentan malestar por sus pensamientos, o viven experiencias que las hacen sentir confundidas.

Conforme avancemos en nuestra terapia te darás cuenta que el estrés por las cosas que nos preocupan hace que aumente el malestar y los síntomas aparecen. Cuando las personas, no duermen bien, viven violencia, eventos traumáticos y muchas otras cosas, el estrés aumenta y se pueden presentar estos síntomas. Después la sola presencia de los síntomas aumenta el malestar, y se hace un círculo vicioso. Por lo tanto, vamos a aprender con la terapia a que te tranquilices cuando haya síntomas como voces o cuando veas personas, ¿se escucha bien? *Normalización*

J: Sí. Yo no me quiero sentir mal.

T: Bueno, J. Vamos a ir cerrando con tres preguntas: La primera es ¿Crees que estamos hablando de cosas que necesitas hablar?

J: Sí. No había hablado de esto con Mayela.

T: Muy bien. ¿Crees que te estoy entendiendo?

J: Sí.

T: La última pregunta, ¿crees que hay cosas que están pendientes que quieras decir, pero que no hemos platicado?

J: No.

T: Ok, en la próxima sesión intentaré explicarte cómo se relacionan los síntomas con los eventos que has tenido en tu pasado. Muchas gracias por venir hoy.

Relatoría de la sesión 3 (25/09/19) “A veces me altero y digo cosas”

Se presenta puntualmente con la mamá. Se le invita sólo a ella a pasar al consultorio.

T: Buenos días, Judith. ¿Cómo te encuentras?

J: Bien, estoy bien. Pero con un poco de sueño. No me he tomado los medicamentos desde hace tres días porque se me terminaron y tengo cita hasta el día 27 de septiembre.

T: ¿No te dieron medicamentos suficientes?

J: No.

T: Bueno, y ¿cómo te has sentido desde que no los has tomado?

J: Bien, me he sentido bien.

T: Me parece importante que en la cita con tu médico le digas que no te están dando la cantidad suficiente de medicamento. No deberías dejar el medicamento, por los beneficios que te da tomarlos de forma puntual.

Ahora, plátame ¿cómo te ha ido en tu casa?

J: Bien, pues he platicado con mis hijas y con mi marido.

T: Muy bien. ¿De qué platican?

J: A mi marido le dije de mi problema y así. Anoche.

T: ¿Qué de tu problema?

J: Pues que si es necesario que me ingresen, que si es curable. Y se enojó, me dijo que me fuera con mi mamá.

T: Entonces te fuiste con tu mamá.

J: Sí, me fui con ella, vive cerca de mi casa. Mi mamá me dijo que tengo que salir a pasear, a algún restaurante, a caminar para distraerme. Es que ayer estaba triste.

T: Es una buena idea que salgas con tu mamá cuando te sientas así, porque seguramente ella te alegra, ¿no? Oye, ¿has escuchado voces o visto personas en la última semana?

J: No, no me ha pasado. Ahorita estoy bien.

T: ¿Recuerdas que la vez pasada platicamos acerca de la relación entre tu marido y tú? ¿Pudiste platicar con él?

J: Sí, me acuerdo, pero no platiqué de eso con él.

T: ¿Por qué?

J: Es que no he tenido tiempo para hablar con él. Como él rola los turnos en el trabajo pues a veces llega y yo estoy dormida. La otra vez se enojó conmigo porque me dijo que me la paso acostada. Pero yo me siento con mucho sueño. Me dijo que me ponga a hacer cosas, que salga de la casa. El otro día le dije que me diera dinero para salir a pasear y me contestó enojado que para qué quería dinero. Le dije que para el taxi. Me dijo que me fuera caminando. Se enojó. Mis hijas me dijeron que no molestara a su papá porque estaba dormido cuando le hablé, que él necesitaba descansar. Y pues sí, tienen razón, porque él trabaja con maquinaria pesada. Y mi hija, la mayor, me dijo que no necesitaba dinero, que porque siempre pedía de más.

Pero sí he pensado decirle a mi marido de lo que hablamos la última vez.

Este domingo le toca descanso y voy a buscar hablar con él.

T: Ok. Me da gusto que tengas pensado hacerlo. Tienes que escoger muy bien la forma en la que le vas a platicar con él. Por lo que veo, varias personas te han dicho, en diferentes momentos, que quieren que salgas de tu casa. Mira, hay algunas cosas que te quiero explicar sobre tu enfermedad. Algunos de los síntomas de la esquizofrenia, que es lo que tú tienes, tienen que ver con que pierdes interés por salir de la casa, o a no tener ganas de ver o platicar con otras personas. O si antes te gustaba hacer cosas, puede que dejes de tener ganas de hacerlas. ¿Me comprendes?

Psicoeducación

J: Sí, no me dan ganas de estar con mucha gente.

T: Claro. Por otro lado, las personas que te quieren, como tus hijas, tu marido o tu mamá, que ven que sales cada vez menos, o que ven que pasas mucho tiempo en la cama, quieren que salgas o hagas cosas, para que no estés pensando cosas que te puedan hacer sentir mal y que hagan que te pongas agresiva. A todos nos sirve salir a caminar o hacer algo que nos gusta cuando nos sentimos tristes o aburridos. Porque otra cosa que pasa con tu enfermedad es que puedes llegar a pensar en cosas que no son reales y tu pienses que sí lo son. Por ejemplo, la sesión pasada me dijiste que creías que tu marido tenía una amante porque no tenía relaciones sexuales contigo. Y que cuando piensas en eso estás convencida y las voces que escuchas te dicen eso también.

Normalización

Identificación de delirios persistentes

J: Sí, seguido pienso en eso de que anda con una mujer, pero ya lo pensé y no, él no tiene ninguna amante.

*Discutir y debatir
los delirios*

T: Ok, porque no hay nada que demuestre que lo tiene, ¿verdad? Recuerda que para tener razón en lo que pensamos siempre es conveniente verificar si tenemos elementos que lo justifiquen, no basta sólo con nuestras ideas, sino que hay que contrastarlas con la realidad. Si no hay evidencias, entonces tenemos que ajustar nuestras ideas, para no estar preocupados por cosas que no pasan. Así que, nuevamente ¿tienes alguna evidencia de que tu esposo tenga una amante?

J: No, y él me dice cosas de eso. Como que él también quiere, pero al final no hacemos nada.

T: Entiendo, por eso va a ser muy importante la plática que tengan en la que tú, con mucho cariño, con tranquilidad vas a hablar y también lo vas a escuchar. Porque en otras ocasiones me parece que cuando hablan terminan peleando, gritando o siendo agresivos.

J: Sí, así pasa. A veces me altero y digo cosas.

T: ¿Cómo qué cosas?

J: Pues le digo que él se masturba, o a mis hijas les digo que son lesbianas. Pero no sé si él se masturba. De todas maneras, se lo digo y él me contesta otras cosas.

Psicoeducación

T: Bueno, me parece que te preocupa o te molesta que tu marido se pueda masturbar. Sólo quiero decirte que eso, en cualquier caso, la masturbación

*Seguir la lógica de
la creencia*

es perfectamente normal. Entiendo que tú quisieras tener sexo con él y el hecho de que se masturbe te parece negativo.

J: Si, ¿entonces no está mal?

T: Para nada. Mucha gente lo hace y no es malo. Ahora, ¿por qué crees que tus hijas son lesbianas?

J: Porque ellas platican mucho. A veces entro al cuarto donde están platicando y hablan mucho de sexo. Y me dicen “no mamá, es que ahora no es como antes, ya se puede hablar de estas cosas. Hasta los niños aprenden en la escuela de estas cosas”. Y hablan de cosas y se acarician y se besan en los cachetes y en la boca. Pero yo creo que es normal.

T: ¿Pero las has visto tener sexo?

J: No. Sólo platican entre ellas. La mayor tuvo un aborto y le sacaron la matriz. Estaba embarazada de su novio, pero se separaron y él ya se casó con otra muchacha. Yo tenía miedo de que ella se fuera a deprimir, pero gracias a Dios no. Está bien. Buscó trabajo y ahorita está trabajando.

T: ¿Hace cuánto fue el aborto?

J: Hace como un año. Pero, afortunadamente, no se deprimió. La menor tiene ahorita un novio. Yo le digo al muchacho que se apure, porque yo quiero conocer a mis nietos (ríe). Y a mi hija le da risa. El muchacho está estudiando Ingeniería Civil, y cuando termine se van a casar.

T: Ok. Entonces no hay ningún motivo que te haga pensar que tus hijas son lesbianas, ¿te das cuenta? E incluso si lo llegaran a ser no hay por qué preocuparse, no es algo malo.

J: La mayor estuvo trabajando en una tienda donde había una muchacha que era lesbiana. Mi hija me dijo. Y pues yo pensé que no había problema. Pero después esa muchacha quiso enamorar a mi hija. Le regalaba flores, dulces y yo le dije a mi hija que yo no quería eso. Y pues ella tampoco y dejó el trabajo y ya ahorita está en otro.

Psicoeducación

T: Bien, ¿te das cuenta? Todo indica que tu hija no es lesbiana. Pero lo más importante es que, aún si lo fuera, no dejaría de ser una persona maravillosa. La preferencia sexual de tu hija es independiente de lo buena que es contigo y con las personas que ella quiere. Ser homosexual no es una enfermedad, es sólo una preferencia sexual.

J: Sí, pero a veces siento que mis hijas me rechazan. Sí me entienden, por lo que tengo, pero yo quiero saber si esto se quita o así. Porque a veces siento que estoy loca.

T: Bueno, ¿recuerdas que antes te había puesto el ejemplo de la diabetes? (Asiente). Bueno, a una persona que se le diagnostica diabetes va a tener que vivir con esa enfermedad y si le hace caso al médico, va a tener que cambiar algunas cosas. Tendrá que dejar de comer cosas que le hacen daño, como cosas dulces, pan, harinas, etc. Si el médico le receta medicamentos, los tiene que tomar. Y si la persona con diabetes hace todo esto, puede tener una buena vida y ser feliz con su familia. Ahora, lo que tú tienes es una enfermedad mental, que se llama Esquizofrenia. Quiero que te quede claro que se trata de una enfermedad que altera la forma de pensar de las personas que la padecen. Hay cosas que son normales en esa enfermedad,

Psicoeducación

como ya te dije, dejar de tener ganas de hacer cosas, querer dormir mucho, aunque eso también puede deberse al medicamento, pensar cosas y ser inflexibles en la manera de pensar, ver y escuchar cosas. Otra cosa que quiero que entiendas es que, aunque todas las cosas que te expliqué son normales en la esquizofrenia no quiere decir que sean buenas para ti. La gente a veces, al no comprender que esto es normal dicen “ah, esa persona está loca”, ¿verdad?

J: Sí, así dicen.

T: Exactamente. Esto pasa porque las personas desconocen muchas cosas y entonces minimizan la situación y con esa expresión “Está loca”, intentan ignorar a la persona o hacer ver que no hay que tomarla en serio. Pero eso está mal. Tú tienes esquizofrenia, pero antes que nada eres una persona que puede hacer muchas cosas con su vida y así como las personas que tienen diabetes, si tomas tus medicamentos y cambias algunos hábitos, podrás tener una vida más feliz con tu familia y amigos. Porque tú quieres ser feliz, ¿verdad?

J: Sí, quiero.

T: ¡Qué bueno! Porque yo estoy aquí para intentar ayudarte a hacer esos cambios que pueden hacer que tengas mejor relación con tus seres queridos. Y es muy importante que sigas tomando tus medicamentos como te corresponde, ¿ok?

J: Sí, me los tomo como me dice el doctor.

T: Bien. Entonces iremos aprendiendo a enfrentar las situaciones que te causan angustia. Por ejemplo, ya vimos que este domingo piensas hablar con tu marido. Es muy importante que cuando vaya a hablar con él estés muy tranquila, seas cariñosa y le dejes hablar a él también. Porque es más fácil que una pareja tenga intimidad si no están gritándose o peleando. Debes decirle lo que quieres, de manera clara, por ejemplo “me gustaría acariciarte y que me acaricies, me gustaría abrazarte y que me abracés, que te bese y que me beses”. Recuerda que las relaciones sexuales no es sólo la penetración del pene en la vagina. Las palabras de cariño, las caricias, todo lo que los dos quieran hacer también son parte importante de las relaciones sexuales. Yo entiendo que quieras tener intimidad con tu marido, y eso es muy bueno y es normal. Me parece que él también quiere tener contacto sexual contigo, por lo que me has explicado antes. Y tu enfermedad no es ningún impedimento para que puedan tener esa intimidad. ¿comprendes?

J: Sí.

T: También es importante que escuches lo que él te diga. Recuerda escuchar con paciencia y no decir cosas como “estás loco” o “estás pasao”. También debes ser cariñosa y respetuosa con tus hijas. Ya no les digas que son lesbianas como si quisieras atacarlas. Eso solo las va a molestar, ¿ok? Si tú eres una mujer tranquila la manera en que te relacionas con la gente también va a mejorar. Vamos a terminar esta sesión aquí, ¿Está bien? Te veo el próximo miércoles.

J: Sí, me parece bien.

Relatoría de la sesión 4 (02/10/19) “Tengo 3 días que no tomo los medicamentos”

Se presenta puntualmente con su mamá. Se saluda y comienza la sesión.

T: ¡Hola, Judith! ¿Cómo estás?

J: Bien.

T: ¿Qué tal tu semana?

J: Bien. Todo ha estado bien. Mi esposo me compró un celular (ríe contenta). Me dijo que, si me porto bien, voy a tener todo.

T: Me da mucho gusto. ¿Ya ves? Cosas buenas pasan cuando estamos tranquilos. Estás demostrándote y demostrando a los demás lo capaz que eres para hacerte cargo de tu bienestar y a los demás nos encanta verte contenta.

Fortalecimiento de la relación terapéutica

J: Sí.

T: Muy bien, hagamos un repaso sobre los síntomas de los que hemos hablado, ¿Escuchaste las voces o viste a las personas desnudas?

J: No, estoy tranquila. He estado tranquila.

T: ¿Has tomado los medicamentos?

J: Sí. Bueno, tengo 3 días que no los tomo porque se me acabaron.

T: La sesión pasada ya se te habían acabado, ¿recuerdas?

J: Bueno, es que se me olvidó ir por ellos. El 27 me los tenían que surtir. Se me pasó.

Psicoeducación

T: Judith, es muy importante que te tomes los medicamentos. Es muy bueno que te sientas bien, pero recuerda que debes ser constantes en todos los tratamientos que puedan ayudarte a permanecer sana y feliz. Así que hay que prevenir que vayas a sentirte mal. Por eso es importante que te los tomes, ¿ok?

J: Sí, ya voy a ir por ellos.

T: Muy bien. ¿Qué me puedes platicar? Te veo contenta.

J: Sí, estoy contenta. El 20 de octubre cumple años mi mamá. Y le vamos a hacer una fiesta en mi casa. Mis hijas me están ayudando a organizarla.

T: ¿De verdad? ¡Qué bueno! Y, ¿qué crees? Yo cumpla años el mismo día que tu mamá. No se me va a olvidar. ¿Tú cuándo cumples años?

J: El 30 de julio.

T: Bueno, para tu cumpleaños falta todavía un buen rato. ¿Cuándo te dieron el celular?

J: Ayer.

T: Te veo contenta.

J: Sí me encuentro muy bien. Mis hijas están contentas. Me dicen: “Estás bien, mamá”.

T: ¿Pudiste hablar con tu marido?

J: No. Estuvo durmiendo todo el día. Después lo voy a intentar.

T: Muy bien. No quiero que te sientas presionada, creo que tú eres la persona que sabe cuándo es el mejor momento para hablar con él. Yo

Compromiso

confío mucho en tu capacidad para darte cuenta cuándo es un buen momento.

J: Este sábado voy a ir a Mérida a visitar a mi hermanita.

T: ¡Qué bueno!, ¿cuántos hermanos tienes?

J: Tengo tres hermanas y un hermanito. Yo soy la mayor.

T: Pues qué bueno que vas a ir a visitar a tu hermanita.

J: Sí, es la primera vez que voy a ir con ella a su casa. Hoy voy a ir con una sobrina aquí en Umán. Ayer me dormí y me fui con mi mamá a su casa y dormí con ella. Y de ahí venimos para acá. He comido bien.

T: ¿Has platicado con tus hijas?

J: Sí, he platicado con ellas. Sobre su trabajo y cosas así.

T: Judith, me gustaría mucho platicar con tu mamá, ya que ella ha sido un gran apoyo para ti y probablemente tenga cosas que decirme. ¿Estás de acuerdo?

Involucrar a la familia

J: Sí.

T: Te recuerdo que la confidencialidad de lo que platicamos tú y yo será respetada. Es decir, yo no le diré nada a tu mamá de lo que hemos platicado.

Fortalecimiento de la relación terapéutica.

J: Está bien.

T: Muy bien. Ahora dime, ¿Cómo te llevas con tus hijas?

J: Bien, pero la grande me regaña. La menor me cuida más.

T: ¿Cómo te sientes cuando tu hija menor te cuida?

J: Me siento bien.

T: Claro. ¡Qué bueno y qué bonito que te quieran y te cuiden!

J: Sí. A veces mi hija la mayor y yo nos ponemos a ver la tele. Y me da refresco. Me dice: “Está bien. Te voy a dar, pero sólo una vez”. Y cuando vamos a ver alguna película, porque tenemos una televisión con internet y se pueden ver películas, me dice: “Mami, anda a comprar refresco galletas, chucherías”. Y a veces me dice, mejor no compres coca, mejor compra Nestea.

T: Excelente. Me da gusto que pasen momentos agradables. Ya vamos a terminar por hoy, Judith. Pero te quiero insistir que vayas por los medicamentos para que te los tomes. Es muy importante que para que te sigas sintiendo bien, te tomes los medicamentos y vengas a terapia. Yo me siento muy feliz de verte bien. ¿estamos?

J: Sí. Mañana voy a ir por ellos.

T: Excelente. Entonces ahora le voy a pedir a tu mamá que pase al consultorio. ¿OK?

J: Sí.

Mamá de Judith

Se le reconoce por todo el trabajo que ha hecho por su hija. Y se obtiene la siguiente información: Vive sola actualmente. Es viuda desde hace 30 años.

Involucrar a la familia

Judith iba a cumplir 18 cuando falleció su papá. La mamá de Judith tiene 15 nietos y 5 bisnietos. Ella es cristiana presbiteriana. Ir a la iglesia le ayuda. “Gracias a ella estoy firme”. Considera que fue muy difícil criar a 5 hijos sola. “Hasta yo estoy asombrada”. La señora va a cumplir 71 años.

La señora considera que las hijas de Judith son muy buenas. Cuidan a Judith y le están organizando una fiesta a ella. Habla del comportamiento de Judith, haciendo énfasis en que no se quería bañar.

Habla del niño que murió en sus brazos. Era un sobrino, hijo de una hermana de su marido. El niño estaba enfermo y en lugar de que su mamá lo llevara al médico, lo llevó con un brujo que le dio algo, pero que le hizo mal. Y cuando llegó a su casa le pidió a Judith que lo llevara al seguro con el carné de su hija. El niño y su hija eran de la misma edad. Entonces Judith lo llevó al Hospital, pero cuando llegó el niño había muerto en sus brazos. La cuñada le dijo que ella lo mató. Ahí comenzaron sus problemas.

Obtener una imagen del período prodrómico

La primera crisis de Judith fue hace 20 años. Se desmayó 2 veces. Ha estado 3 veces en el hospital psiquiátrico. La última vez hace como 10 años.

La mamá de Judith tiene una pensión de 2200 pesos al mes y con eso le ayuda a Judith un poco. Las nietas (hijas de Judith) creen que le ha dado mucho a su hija. Constantemente habla con Judith sobre disfrutar su casa. Judith a veces hace enojar a sus hijas.

El marido está en su cuarto y se encierra solo. Ella se queda en la sala. Su esposo no le da dinero y maltrata a su hija. Judith ve a su marido como un bebé, como su ídolo. No tienen vida íntima. Ella tiene sospechas de que a él le gustan los hombres.

Relatoría de la sesión 5 (09/10/19) “Como que no razono, por la enfermedad que tengo”

Llegan la mamá y la paciente, pero sólo se invita a pasar al consultorio a la paciente.

T: Buenos días, Judith. ¿Cómo estás?

J: Bien. Bueno, ayer fui con mi sobrina y estábamos platicando bien, pero me empecé a sentir extraña. Como que no razono, por la enfermedad que tengo. Y le pregunté si estaba loca.

T: ¿Te sentías mal?

J: Sí. Sentía que se me caía algo de la cabeza. Así como una parte.

Identificación de alucinaciones

T: ¿Sentías que se te caía el cabello?

J: No, así como una parte de aquí (se señala el cráneo, arriba de la oreja derecha).

T: ¿Te dolía?

J: Sí, me dolía un poquito.

T: Entiendo que te debiste sentir preocupada. Sobre todo, en presencia de tu sobrina.

J: Sí. Es que estábamos platicando, pero de repente me vino a la mente un pensamiento malo, y ella se dio cuenta porque me quedé callada.

Entender el efecto de la estigmatización y la discriminación

T: ¿Era un pensamiento o una voz?

J: Era un pensamiento.

T: A ver, ayúdame a aclarar unas dudas ¿Has visto personas o escuchado voces en la última semana?

J: No.

T: Ok, entonces, ¿qué hiciste?

J: Me fui a mi casa, cené y me dormí hasta el otro día, o sea hasta hoy en la mañana.

T: ¿Y ya no te duele?

J: No, ya no me duele, estoy tranquila.

T: Excelente, te funcionó, entonces ir a tu casa, cenar y dormir. El descanso te vino bien. Creo que lo manejaste muy bien, Judith. A veces, cuando nos duele la cabeza, tenemos sensaciones como la que tuviste. Y si nos duele la cabeza, entonces pensamos en cosas que nos estresan. Es normal, ¿recuerdas el pensamiento que tuviste cuando estabas con tu sobrina?

Normalización

J: Puerquezas... de que mi marido se masturba.

T: Ah, entiendo. ¿Le dijiste a tu sobrina lo que estabas pensando?

J: No. Sólo le dije que creía que estaba loca, que me tenían que internar. Pero ella me dijo que tengo que distraerme, que no piense cosas malas.

T: Ya, entiendo. ¿Sabes qué? ¿No te ha pasado que cuando alguien te dice que no pienses en algo es muy difícil que dejes de pensar en eso?

J: Sí.

T: Claro. Te voy a explicar qué pasa con los pensamientos. A veces estamos haciendo algo, como platicando con una persona, y de repente pensamos en otra cosa. Pero eso es normal. A todos nos pasa. Cuando la idea que nos viene a la mente es extraña, probablemente perdemos la

Normalización

atención en la plática y la persona con la que platicamos se puede dar cuenta.

J: Sí. Cuando lo converso las personas se callan.

T: Sí, eso suele pasar. Muchos de los pensamientos que tenemos aparecen de repente en nuestra cabeza. No los podemos controlar siempre. Y si nos dicen: “No pienses en eso”, a veces más pensamos, ¿te ha pasado?

J: Sí, sí me ha pasado.

T: Claro. A todos nos pasa. Y la gente, cuando nos dice que dejemos de pensar en algo, lo hace con la mejor de las intenciones, porque no quiere que nos preocupemos. Supongo que tu sobrina te vio preocupada y por eso te sugirió que salieras a pasear, para que te distrajeras.

J: Sí, eso me dijo. Cuando noté que ella se quedó callada, le dije que quería que me internaran.

T: ¿Y por qué quieres que te internen?

J: Porque no quiero pasar navidad en mi casa. Mejor que la pase ahí donde debo estar.

T: ¿Por qué no quieres pasar la navidad en tu casa?

J: Es que les voy a echar a perder la fiesta. No me quiero poner mal en navidad.

T: No tienes que ponerte mal en navidad. Además, estás viniendo aquí a terapia y además estás tomando los medicamentos, ¿no?

J: Sí.

T: Entonces vamos a hacer todo lo posible porque estés tranquila. Estoy seguro de que a tu familia le gustaría más que estuvieras en navidad en tu casa, que en el hospital. En tu casa te quieren mucho.

J: Sí me quieren (ríe).

T: Claro que te quieren. ¿Qué te hace pensar que no te quieren?

J: Es que a veces pienso que mi marido no me toca porque tienen miedo de que le contagie mi enfermedad.

T: Te quiero explicar por qué tu condición no es contagiosa. La esquizofrenia que tú tienes no es como la gripe, que es una enfermedad viral. Lo que te pasa a ti no se contagia. No tienes por qué creer eso, ni tu marido. A mí me gustaría platicar con él y con tus hijas. Para mí es muy importante ayudarles también a ellos a que tengan una idea clara de qué es lo que te pasa y las cosas que pueden hacer mejor para ayudarte. ¿Trajiste sus números?

Psicoeducación

J: No. No los traje.

T: ¿Por qué?

J: Se me pasó. La próxima vez lo traigo.

T: Ok. Te lo encargo. ¿No platicaste con tu marido?

J: No, no pude. Él es como muy estricto, no sé cómo decirlo, como muy potente, me regaña. Yo creo que ya no quiere estar conmigo. Pero si es así yo lo voy a aceptar.

T: Bueno, mira, de acuerdo con lo que hemos platicado, creo que te puede servir que te explique que si lo que pensamos creemos que es malo,

entonces nos vamos a sentir mal. Si lo que pensamos creemos que es bueno, o que no hace daño, nos vamos a sentir bien. Mira, te voy a hacer un dibujo (en una hoja blanca se dibujan dos círculos, uno rayado, que se ve mal, y uno claro, que se ve bien). Mira, este círculo, que está rayado representa a una idea mala. Si lo que pensamos sobre algo es así, nos vamos a sentir mal. Porque lo que pensamos no está claro. Pero si lo que pensamos sobre la misma cosa es así de claro, no nos vamos a alterar.

Psicoeducación.

Ahorita te voy a aclarar las ideas que me has dicho y cuando las aclaremos vas a ver que ya no te vas a sentir mal, ¿quieres que lo intentemos?

J: Ok.

T: Muy bien. Primero, la esquizofrenia no es contagiosa. Eso es un hecho científico. Entonces, si no es contagiosa, ¿Qué pasa si alguien te toca o te da un beso, o te apapachan? ¿Se les va a pegar?

J: No. (ríe).

T: Excelente. Cuando tú creías que era contagiosa, pensabas en esa idea así (se señala el círculo rayado) y entonces te sentías mal. Ahora que sabes que no es contagiosa, ya la ves así (se señala el círculo claro) y te sientes más tranquila, ¿o no?

J: Sí.

T: Genial. La otra idea que veías así (se señala el círculo rayado) es que tiene que estar en el psiquiátrico para estar tranquila y si no estás ahí, entonces te vas a sentir mal en navidad y vas a echar a perder la fiesta con tu familia. Pero, como ya te expliqué, lo que necesitas para sentirte bien es

tomar tus medicamentos y venir a tu terapia, por cierto ¿Sí fuiste a que te los surtieran?

J: Sí, al otro día en de que vine aquí.

T: Genial. Tomar los medicamentos es muy importante y también venir a tu terapia te va a ayudar. Si lo haces, vas a estar tranquila y no hay necesidad de que vayas al hospital, ¿ok?

J: Sí. Eso quiero.

T: Lo otro que vimos es sobre los pensamientos. Algunos de ellos no los podemos controlar cuando llegan a nuestra mente y si los pensamientos que tenemos creemos que son malos, nos vamos a sentir muy angustiados. Por ejemplo, el pensamiento de que tu marido se masturba te hace sentir mal porque crees que la masturbación es mala, que hace daño, que es pecado o lo que sea. Bueno, pues todas estas ideas hacen que veas la masturbación como algo malo, como el círculo negro. Pero está científicamente comprobado que masturbarse no es malo, para nada. Al contrario.

Psicoeducación

Masturbarse puede ayudarle a la gente a estar tranquila. Así que, ahora que sabes esto, cuando te llegue el pensamiento de que tu marido se masturba, puedes recordar que masturbarse no es malo, al contrario. Ya lo puedes ver como el círculo claro y así, ya no te vas a sentir mal. Vas a pensar, ¡pues qué bueno, porque así va a estar él más tranquilo! Sobre la sensación que tuviste en la cabeza. Es un dolor de cabeza, como el que todos tenemos. Y cuando nos duele la cabeza nos podemos poner nerviosos y pensar cosas extrañas, así que lo que te funcionó es irte a tu casa, cenar y dormir. Creo

Normalización

que esa es una estrategia buena. La próxima vez que te sientas mal puedes hacer lo mismo, Porque te funcionó, ¿verdad?

J: Sí, me funcionó. También cuando me altero mi hija, la menor, me dice cosas bonitas y me tranquiliza.

T: Excelente. También puedes hacer eso. En lugar de decirle a tu sobrina que estás loca, y que necesitas que te ingresen al hospital, puedes decirle: “Me estoy poniendo nerviosa. ¿Me puedes decir cosas bonitas?”. Y así en lugar de que ella se ponga nerviosa, te va a decir cosas bonitas y te va a ayudar y se va a sentir bien, ¿Comprendes?

J: Sí.

T: Muy bien, te voy a voy a hacer las preguntas de lo que te acabo de explicar y me las vas a responder, ¿ok? Va a ser como un examen.

J: Ok

(Se hacen las preguntas y con un poco de ayuda, responde positivamente a todas)

T: ¡Excelente, Judith! Muchas felicidades. Me siento muy orgulloso de ti. Sabes qué, me gustaría hacerlas de nuevo, para que te sirva de repaso, ¿está bien?

J: Sí

(Se le vuelven a preguntar un par de veces más cada pregunta, y con un poco de ayuda las responde positivamente Este ejercicio tenía la función de educar y establecer estrategias funcionales a partir de sus propias experiencias).

Desarrollo de un plan de tratamiento para las alucinaciones

T: Me siento muy feliz, Judith. ¿Ya ves que sí razones?

J: ¡Sí! (Ríe feliz)

T: Genial. Pues vamos a dejar aquí la sesión. Pero recuerda que la próxima sesión me tienes que traer los números y los horarios en que podría ver a tus hijas y a tu esposo, ¿está bien?

J: Sí, yo los traigo la próxima semana.

Relatoría de la sesión 6 (16/10/19) “Me siento desesperada... como que se está acabando el amor de mi marido”.

El día anterior a la sesión se le llamó a la mamá de Judith, la señora Martha por la necesidad de programar el horario de la consulta, quien notifica que a la sesión acudirá la hija mayor de Judith, porque está de descanso. Llegan puntualmente la Señora Martha y Judith. No se presenta la hija de Judith.

Se le invita a pasar a Judith al consultorio.

T: Buenos días, Judith.

J: Hola, buenos días.

T: ¿Cómo te encuentras el día de hoy?

J: Bien, me siento bien.

T: Esperaba ver a tu hija hoy. ¿Por qué no vino?

J: Es que se quedó dormida. Cuando la desperté me dijo que quería seguir dormida, que ya después venía.

T: Ok. ¿Trajiste los números de tus hijas y de tu marido?

J: No.

T: ¿Se te pasó?

J: Sí.

T: Bueno, nuevamente te recuerdo que me gustaría mucho platicar con ellos para ayudarte a ti. ¿Tu sí quieres que vengan?

J: Sí, quiero que vengan.

T: Muy bien, entonces los traes la siguiente sesión.

J: Sí, la próxima vez sí los traigo en un papelito.

T: Muy bien, realicemos nuestro repaso habitual de los síntomas ¿has escuchado o visto cosas en la última semana?

J: No, estoy bien. Pero me siento desesperada. Descontrolada. Como que se está acabando el amor de mi marido. La conexión entre nosotros.

T: Comprendo. ¿Qué te hace pensar eso?

J: Pues ya no platicamos de nada. Ya sólo le doy el almuerzo, le lavo la ropa, pero no platicamos. Después de que come, él se encierra en su cuarto y yo ya me voy a mi hamaca. Mi hija es como su papá, es así, grosera.

T: ¿Con tu hija menor platicas más?

J: Sí. Pero ahorita me siento triste, como que no quiero vivir. Lo único que quisiera es ver que mis hijas se casen y ver a mis nietos.

T: Claro, te falta ver muchas cosas buenas con tus hijas. ¿De qué hablas con tu hija menor?

J: Me dice cosas de que estoy bonita, me platica de su trabajo. Con la hija mayor como que frena su habla.

T: ¿Y con tu marido tampoco puede platicar?

J: Como le digo, le busco conversación, pero me ignora. Como que hay otra *Identificación de delirios persistentes*
 persona en su vida. Una mujer. Si ella lo hace feliz, está bien. Lo siento en mí misma. Si él no me quiere, está bien, pero que me lo diga.

T: ¿Y le has preguntado?

J: No, no le he preguntado.

T: Y si hablaras con él, ¿de qué te gustaría hablar?

J: De que ya se acabó entre nosotros. Que si tiene a otra. No me voy a molestar. A lo mejor ella tiene algo que yo no tengo. Sí lo quiero, no voy a decirle que no. Yo seguiré lavándole, planchándole, haciendo la comida, haciendo el quehacer. Pero si me lo dice, que tiene otra, que se vaya de la casa. No quiero que la meta a la casa.

T: ¿Hablas de esto con tus hijas?

J: Sí, anoche quería decirles que si su papá tenía a otros y me dijeron: “¿Ya vas a empezar?”

T: Entiendo. Se molestan cuando quieres hablar con ellas al respecto.

J: Sí. Pero yo me siento impotente por no tener relaciones con él.

T: ¿Le has dicho esto?

J: Cuando quiero hablar con él, de lo que usted me dijo, él me dijo: “¿Ya vas a empezar?” Me regaña por hacer cosas. Que, si no las hago, que salga a pasear. Pero a veces no tengo ganas de salir de la casa. Pienso que quiere que salga para hacerme sentir bien, pero a veces pienso que si salgo algo

Entender el efecto de la estigmatización y la discriminación.

me va a pasar, o que se van a burlar de mí por mi enfermedad. Me siento triste.

T: Comprendo, hay mucha gente que puede lastimarnos con comentarios ofensivos. Pero esa gente no tiene ni idea de lo maravillosa que eres. Dime, Judith, ¿desde cuándo ya no te llevas bien con tu esposo?

J: Desde hace como un año.

T: ¿Qué pasó hace un año?

J: Me prohibió ir a la casa de mis cuñadas. Es que es aquella vez me tomé 8 caguamas (río). Me puse borracha, pero estuvimos a gusto. Peo ya cuando nos fuimos a la casa en el mototaxi mi marido estaba hasta cariñoso, me agarraba sí (se acaricia la cara). Bien raro, porque él no es cariñoso en la calle.

T: ¿Estaba él también tomado?

J: Sí. Ya cuando llegamos a la casa él se encerró en su cuarto. Y yo me fui a donde duermo, pero pensé “no están mis hijas”. Y fui a decirle a él que fuéramos a buscarlas. Pero no me abría la puerta ni me contestaba.

Entonces me alteré y la verdad sí empecé a gritarle, a decirle cosas, groserías, le menté la madre, le dije cosas como pendejo, y así, muchas groserías. Hice un alboroto, aventé cosas, pero él no salió. Hasta los vecinos salieron y se preocuparon. Le llamaron a mi mamá. Y cuando llegó mi mamá, y me vio tomada, me pegó. Y me dijo que si no me daba cuenta de que estaba tomando medicamentos y tomar me hacía daño. Al otro día fue a reclamarles a mis cuñadas que por qué me daban de tomar. Ellas le

hablaron a mi esposo y él me prohibió ir a casa de ellas. Y ellas, como creen en la brujería, se me hace que le dicen a mi marido que si se va a contagiar de lo que tengo. Yo creo que ellas le dicen. Por eso él ahorita se baña con unas hiervas. Con, ¿cómo se llama esta que huele?

T: ¿Árnica?

J: No, ruda y menta. Él se baña con eso.

T: Entiendo. ¿Desde cuándo sabes que ellas creen en las brujerías?

J: Ya tiene (mucho tiempo).

T: ¿Sí?, ¿Hay algo que recuerdes de hace mucho en que tus cuñadas fueran con el brujo?

J: Sí. Cuando yo tenía a mi hija la mayor, todavía chiquita, como de tres años, mi cuñada tenía un niño de 4 años. Llegó con el niño en brazo y me dijo que le ayudara a llevar al niño al Seguro, que lo hiciera pasar con mi carné para que lo atendieran, porque estaba muy malito. Ella traía un biberón con unas hiervas licuadas, que le había dado el brujo. Yo le dije que sí. Cuando me dio al niño estaba muy malito. Le dije a mi cuñada, “¡Vamos!” Y ella me dijo que me fuera yo sol que iba a ir a avisarle a su cuñada, que allá me alcanzaba. Entonces agarré un triciclo, y el señor que iba pedaleando me dijo, ese niño va muy mal, se le está yendo. Y cuando llegamos al Seguro ni me cobró. Me dijo, no se preocupe, váyase a que le atiendan al niño. Y llegué con una enfermera, y le dije que por favor me atendieran al niño. Me dijo que me esperara. Y esperé un rato, hasta que le pusieron un suero. Y me pidieron que me saliera. Después me hablaron y

*Obtención de la
imagen del periodo
prodrómico*

me dijeron que estaba muy grave. Que entrara a verlo. Me dijeron que ya venía trabajado.

T: ¿A qué te refieres con trabajado?

J: A que lo que le habían dado, las hiervas, le habían hecho mal. Me dijeron que me saliera, cuando llegó mi cuñada le dije que entrara a verlo, que estaba muy grave. Pero ya cuando entró le dijeron que ya había muerto. Ella salió y me culpó, que yo lo había matado. Pero yo sólo le ayudé en lo que me pidió.

T: Entiendo. También veo que le quisiste ayudar.

J: Sí, pero ella y su familia fueron muy groseros.

T: ¿Y tu marido?

J: Él sí se puso de mi lado. Pero su hermana y su familia me dejaron de hablar. Ahí empezó todo. Mi enfermedad. Una vez, ahí en la casa de mis suegros, nos habían dejado un cuarto grande arriba. Y me desmayé, mi hija me hablaba, pero yo no reaccionaba. Les hablaron a unos tíos y me llevaron al hospital.

T: Esto que me platicas me parece muy importante, Judith. Recuerdo que en sesiones pasadas me habías platicado que desde que se fueron a vivir con tus suegros, las cosas se empezaron a poner feas. Que tus cuñadas no querían que se revolvieran sus platos con los de ustedes.

J: No querían.

T: Además, cuidabas a tus suegros, porque estaban enfermos.

J: Sí.

*Información
relevante para la
formulación del
caso*

*Obtención de la
imagen del periodo
prodrómico.*

T: Y tu marido empezó a ser más agresivo contigo, Y a tus cuñadas no les gustaba que los domingos te fueras a visitar a tu mamá.

J: Sí, no les gustaba.

T: ¿Qué era lo que te decían? “Ya se va la reina y se quedan las criadas”.

J: Sí, eso me decían.

T: Bueno, quiero que entiendas que fue una época muy difícil, que estabas ante mucha tensión, estresada. Y cuando sucedió lo de tu sobrino y que te culparon, fue tan difícil para ti, que tu mente, al no saber cómo enfrentarlo, hizo que se desarrollara la enfermedad que tienes. ¿Te das cuenta de que fueron las circunstancias?

J: Sí.

*Uso del de
descubrimiento
guiado*

T: Bueno, por eso lo que tienes no se puede contagiar. Lo que te pasó tuvo que ver con todos estos eventos. Y creo que ahora tenemos más claro de donde surgió tu enfermedad.

J: Sí, mi mamá me ha dicho que yo me lo busqué, que no debí llevar al niño. Ella está moleta con la familia de mi marido, por eso cuando me pegó me dijo que no entendía, que quería a fuerza estar achocada allá con ellos. Pero que sólo me hacen daño.

T: No creo que tú te lo hayas buscado. Tú quisiste ayudar con tu sobrino y eso está muy bien.

J: Sí, yo sólo quise ayudar. Pero a partir de ahí empezó todo, me ponía nerviosa, temblaba y en tres ocasiones me llevaron al manicomio y me

ponían cosas en la cabeza. Una vez me dijo mi mamá que andaba queriendo regalar a mi hija la menor a un tío. Yo no me acuerdo.

T: Bueno, Judith, creo que tenemos que terminar aquí. Pero te agradezco que me cuentes todo esto. Creo que nos ofrece una explicación clara de los problemas hicieron que estuvieras muy estresada y vulnerable y ahora tenemos más claro cuándo comenzaron tus síntomas y por qué.

J: Sí, está bien.

T: Bueno, dejamos aquí por el día de hoy, pero quiero decirte que me parece que eres una gran persona, que has querido ayudar a otros y eso te convierte en una persona generosa y de buen corazón

Relatoría de la sesión 7 (30/10/19) “Como que me falta algo de la cabeza”

La sesión del día 23 de octubre no se llevó a cabo, porque ni la usuaria ni su madre se presentaron. Tampoco hubo cancelación. El día 29 de octubre (un día antes de la cita) se le llama a la Señora Martha para confirmar la asistencia de su hija en la siguiente sesión. La Señora Martha argumenta que la semana anterior ella no pudo ir por su hija por la necesidad de atender unos asuntos en su casa, y que, si ella no iba por su hija, entonces no iba. Pero que al día siguiente haría lo posible por ir por ella para que no perdiera la sesión. El día 30 de octubre se encontraban puntualmente en el DIF ambas mujeres. Se les saluda y se le felicita a la Señora Martha por su cumpleaños, que fue el 20 de octubre. Se muestra feliz y se retira del DIF

(sólo va esperando a que su hija acuda a la sesión). Se le invita a Judith que pase al consultorio.

T: Buenos días, Judith, me da gusto verte. Te extrañé la semana pasada.

J: Sí, no pude venir porque tenía cita en el Seguro para recoger mis medicinas, pero se tardaron mucho. Cuando me dijeron que volviera más tarde, me fui al mercado, y me di cuenta de que ya era tarde para venir.

T: Ok, J. Pero quiero que me digas algo, ¿tú quieres venir aquí?

J: Sí, sí quiero, me gusta venir.

T: Me da mucho gusto, porque quiero que sepas que para mí es muy importante venir, si es de ayuda para ti. Y quiero que sepas que para mí también representa un esfuerzo llegar hasta acá. Pero mi beneficio más importante es ayudarte.

*Sobre la relación
terapéutica*

J: Sí, muchas gracias. Yo sé que tiene que venir y le queda lejos.

T: Sí, Judith, pero es porque me siento muy comprometido y feliz de poder ayudarte. Me dijo tu mamá que ella normalmente va por ti, para que vengas, porque a veces se te dificulta levantarte tan temprano. ¿Te gustaría más si cambiamos la hora, a un poquito más tarde, para que tengas menos problemas con el horario?

Compromiso

J. Sí, estaría bien.

T: ¿Te gustaría que nos viéramos a las 10 am en lugar de las 9 am?

J: Sí, está bien.

T: Ok, pues entonces a partir de la semana siguiente no vamos a ver a las 10 am, pero si tu mamá no va por ti, tú vas a hacer todo lo posible por venir, ¿ok?

J: Sí, está bien.

T: Bueno, ahora, dime, ¿cómo has estado en estas dos semanas que no te vi?

J: Mal, la verdad muy mal.

T: ¿Por qué?

J: Es que me he sentido así, como que me falta algo de la cabeza, como que, si no estoy bien, que no soy normal. Se lo digo a mis hijas, que mejor debería estar en el manicomio.

T: ¿A qué te refieres con eso de que no eres normal?

J: Es que siento que no razono, mi hija me dice que yo estoy bien, que sí razono. Que es mejor que yo no esté en navidad acá. No quiero echar a perder las fiestas. Pero me dijo, pregúntale al Psicólogo qué piensa él, si deberías estar en el Hospital. ¿Usted qué cree?

T: Mira Judith, yo creo que tú puedes estar bien, en la medida que tomes tus medicamentos y sigas viniendo a tu terapia, como lo habías platicado, ¿recuerdas?

J: Sí... Mi hija me dice, tú tienes que pasear, distraerte. Te vamos a llevar a la Riviera, aunque mi papá no nos pague tu parte. Pero yo no sé si pueda viajar, me da miedo que la gente se dé cuenta de que tengo mi enfermedad.

Entender el efecto de la estigmatización y la discriminación

T: Pero Judith, la enfermedad que tú tienes, la esquizofrenia, no es algo que se eche de ver, así como así. Es muy parecido a la diabetes, ¿recuerdas?

Uno no puede saber si alguien tiene o no esa enfermedad. Lo más importante es tener controlados los síntomas. Y para eso, lo más hay que seguir tomando los medicamentos y asistir a la terapia.

J: ¿Entonces sí puedo viajar?

T: Claro que sí, J. Y te puedes divertir con tus hijas y ellas estarán felices de compartir esos momentos tan bonitos contigo.

J: Otra cosa es que siento que mi marido ya no me quiere. Que lo nuestro se acabó.

T: Ya veo. Es algo que también me has dicho en otras ocasiones.

Delirios persistentes

J: Es que ya no le interesa hablar conmigo. Sólo le doy de comer y él se mete al cuarto. Pero yo no le digo nada. Me acuesto en mi hamaca, porque yo duermo en la sala, y ya. Cuando vienen mis hijas les digo, que, si él tiene una amante, pues que está bien... Es que no quiere hablar conmigo de eso.

Discutir los delirios

T: ¿Recuerdas que me habías dicho que ya no creías que tuviera una amante?

J: Es que ya no creo que la tenga, pero siento mal porque ya no me busca, ni me toca. Y a veces siento que las vecinas se burlan.

T: ¿A qué te refieres con que las vecinas se burlan?

J: Pues en ocasiones que me saludan se ríen, y siento que es porque saben que mi marido y yo no tenemos intimidad.

Discusión de los delirios

T: ¿Cómo saben ellas que ustedes no tienen intimidad?

J: Pues mi marido les ha de decir. Bueno yo creo...

T: Mmm, ¿qué te hace pensar que tu marido hablaría de esto con ellas?

Generación de explicaciones alternativas

J: Es que una de ellas es nuestra comadre, y pues él platica con ella.

T: Ok, entiendo que tu marido platique con tu comadre. Pero hay muchas cosas que puede platicar con ella. Me parece improbable que hable de la intimidad de ustedes. Además, cuando tu comadre, o cualquier vecina te saluda o sonrío, probablemente sólo intente ser amable contigo, ¿no crees?

J: Tal vez.

Generación de hipótesis alternativas

T: Esta manera de ver las cosas es muy importante, Judith. Que tengas la disposición de tratar de ver las cosas y plantearte más de una explicación.

Porque a veces lo primero que pensamos es lo peor. Así que, te felicito por estar dispuesta a analizar, así las cosas.

J: Sí, mis hijas me dicen que me compre un consolador, que es lo que necesito para estar bien. Que ya deje en paz a mi papá.

T: Independientemente de lo que hagas, lo más importante es que tú te sientas cómoda al respecto, ¿ok? Es muy importante que recuerdes que además de tu vida sexual con tu esposo otras cosas son muy bonitas e interesantes.

J: Sí.

T: Bueno, J. te veo la próxima semana a las 10, procura no faltar, por favor.

Relatoría de la sesión 8 (13/11/19) “Yo creo que ella se quiere quedar con mis hijas y que mi marido le da dinero”

La sesión del día 6 de noviembre de 2019 no se lleva a cabo, porque Judith no se presenta. Un par de horas antes de la consulta se le llamó a su madre para recordarles del cambio de la hora. La señora Martha se encontraba enferma, con fiebre. Dice que ese día no podría ir por Judith para llevarla a consulta, pero que espera que su hija asista. No lo hizo. El siguiente miércoles (13 de noviembre de 2019) se presentan puntualmente la Señora Martha y Judith en las instalaciones del DIF Municipal de Umán. Se les saluda a ambas. Judith en ese momento, antes de entrar a consulta, se disculpa por no haber asistido a la sesión pasada, dice que tuvo que ir al seguro por medicamentos. Destaca que este argumento se había presentado la ocasión anterior, por lo que se considera un pretexto falso. No se le hace el comentario al respecto, pero se les invita a ambas a pasar al consultorio.

T: Bueno, el objetivo de invitar a ambas en este momento es que quiero, antes que nada, agradecerles su asistencia. También quiero reconocerle a Usted, Señora Martha, por su esfuerzo y compromiso en el proceso terapéutico de su hija. La felicito por todo lo que ha hecho.

Señora Martha: Gracias. Y de verdad, yo estoy haciendo todo lo posible, pero como le había comentado, a veces no puedo, pero parece que yo me tomo más en serio la ayuda para Judith que ni ella misma.

Judith: Es que yo no pude venir porque tampoco sabía que sí se había hecho el cambio a las 10 de la mañana.

*Fortalecer la
relación
terapéutica*

T: No hay ningún problema, Judith. Yo entiendo que hay muchas cosas que pueden llegar a pasar que puedan impedir que asistas a una sesión. No es lo ideal, pero sé que hay cosas que pasan. Sin embargo, hay otra cosa que les quiero decir. Mi principal motivación de venir aquí es hacer un esfuerzo para ofrecerle a Judith un apoyo que le pueda servir para tener una vida más feliz y que pueda enfrentar de una buena manera los problemas derivados de su enfermedad.

Compromiso

Señora Martha: Sí, gracias, lo sabemos y estamos muy agradecidos.

T: Lo hago con mucho gusto. El punto al que quiero llegar es que me gustaría saber si de alguna forma el costo de la sesión les resultara difícil de cubrir, yo, con mucho gusto les puedo ayudar con eso.

Compromiso

Señora Martha: No, no. Para pagar la consulta sí tenemos, gracias a Dios. 15 pesos no nos resultan difíciles de pagar. Además, sería ya abusar.

Bastante hace con venir hasta acá.

T: Ok. Y no pretendo ofenderlas de ninguna forma. Sólo quiero que sepan, y sobre todo tú, Judith, que si un día tu mamá no puede ir por ti para traerte, tú ven y aquí resolvemos el asunto del pago de la sesión. Por cierto, espero que sepan que ese dinero no es para mí.

Señora Martha: Sí, lo sabemos, eso es para el DIF.

T: Exactamente. Otra cosa, me gustaría saber si podemos establecer alguna estrategia para que, en caso de que Usted no pueda ir por Judith, ella pueda venir. Por ejemplo, sé que ahora vienen de la casa de la Señora Martha.

Judith: Sí, ayer me quedé a dormir ahí.

T: ¿Te parece buena idea quedarte los martes a dormir en casa de tu mamá, para que ella no tenga que buscarte temprano en tu casa? ¿Te parece que puede ser útil?

J: Sí.

Señora Martha: Es lo que le estaba diciendo a ella hace ratito. Así ya no tendría yo que dar tanta vuelta. Porque a veces salgo yo, desde mi casa, que está por el centro, me voy a la casa de Judith, que está más cerca de aquí, y cuando llego por ella todavía está dormida. Tengo que despertarla y decirle que se bañe y se arregle para venir. Sería mejor que se quedara un día antes conmigo.

T: Bueno, pues excelente. A mí me parece una buena idea. Si no hubiera inconvenientes de ninguna de las partes, se presenta, entonces, como una buena opción. Porque lo que no me gusta es que, si se falta a una sesión, pasan 15 días entre sesión y sesión, y para obtener mejores resultados deberíamos vernos semanalmente.

Señora Martha: Sí, y por eso ella ha andado tan alterada. Ya van 3 llamadas que le hace ahorita a su esposo, nomás para despertarlo. Yo le digo que lo deje descansar, viene él del tercer turno, pero ella le insiste en llamarle. Por eso es que luego no le hacen caso en su casa. Que le diga a Usted todo lo que me estaba diciendo a mí. Me anduvo diciendo que una mujer, vecina de ella, la ha estado molestando, y cuando estuve a punto de ir a reclamarle me dijo que a lo mejor se lo estaba imaginando. Qué le diga a Usted. Cuando estuve a punto de ir a reclamarle, me dijo que no, que tal vez no era cierto.

Pero ahí anda diciendo que ella anda con su marido y otras tonterías. Yo le digo, ¿cómo crees?!, si ella es una muchacha joven y es enfermera, tiene su trabajo, ¿cómo crees que va a fijarse en tu marido?!

T: Bueno, eso lo platicaré en unos momentos con Judith. Por lo pronto, Señora Martha, le quiero agradecer, nuevamente por todo lo que hace por su hija. Y tú, Judith, espero que te des cuenta y que valores el esfuerzo de ella hacia ti. Le importa mucho tu salud y ella se da cuenta de que venir te beneficia, y que cuando pasa más de una semana que no vienes se te pueden acumular muchas cosas y comienzas a sentirte mal.

Involucrar a la familia

J: Sí, estos días he andado así como alterada.

T: Claro, entonces hagamos todos un esfuerzo para continuar con la terapia. Yo me siento muy contento por lo hemos hecho hasta ahora. Señora Martha, le pido, ahora sí, que me deje con Judith a solas, por favor.

Señora Martha: Está bien. Muchas gracias.

T: A Usted (la Señora Martha abandona el consultorio). Bueno, Judith, qué bonito es que tu mamá esté tan interesada en que tú estés bien, ¿estás de acuerdo?

J: Sí, ella está siempre al pendiente. No quiero que piense que a mí se me ha olvidado, pero yo les he insistido a mis hijas y a mi esposo que vengan, pero ellos no quieren venir. Ni quieren darme sus teléfonos en un papelito. No quieren venir.

T: Bueno, Judith, no te preocupes. Comprendo que ellos no quieran o no puedan. Lo más importante es que tú y yo trabajemos juntos, y tu mamá también tiene una buena disposición para trabajar aquí con nosotros.

J: Sí, nosotros sí vamos a seguir trabajando.

T: Bueno, pláticame ahora sí de esa mujer que dice tu mamá que te ha estado molestando.

J: Es una vecina que cuando paso se ríe de mí, y yo creo que habla de mí. Además, creo que mi marido y ella tienen algo que ver. Creo que ella se quiere quedar con mis hijas, y que mi esposo le da dinero.

*Delirios
persistentes*

T: A ver, Judith, dime una cosa, todo esto que dices, pasa en verdad o ¿es sólo una idea que crees que pasa?

J: No sé, (ríe) tal vez sólo es algo que creo.

T: Bueno, vamos a ver... ¿existe alguna prueba que demuestre que cualquiera de estas cosas es verdad?

Discutir los delirios

J: No... (ríe).

T: Bueno, esto es muy importante. Entiendo que por lo que le platicaste a tu mamá, ella creía que esta muchacha, vecina tuya, de verdad te estaba molestando...

J: Es que eso le dije, pero es que yo lo creo porque como mi marido no tiene nada conmigo, y yo he escuchado que le dicen que necesita una mujer...

T: Bueno, aquí me parece que surge algo interesante, por un lado, me parece que te das cuenta que no hay ningún elemento que confirme que esta

enfermera tiene una relación íntima con tu esposo, esto es muy importante. *Discutir los delirios*

Por otro lado, tú te sientes mal con que tu esposo y tú no tengan una vida íntima como te gustaría, y esto te hace sentir mal.

J: Sí, yo me siento mal, siento que ya se acabó lo que teníamos. Que se acabó el amor.

T: Bueno, pero regresemos un poco, si me lo permites. No tiene nada que ver que tu esposo y tú tengan los problemas que tienen con la idea, ya vimos que es falsa, de que tu esposo y ella tienen una relación. Pero lo que en realidad pasa es que te preocupa que tu esposo tenga una amante.

J: Pues sí, pero yo les digo a mis hijas que a mí no me importaría si él la tuviera, pero ellas me dicen que ya deje de pensar en eso.

T: Bueno, como ya lo hemos platicado en otras ocasiones, tampoco tenemos pruebas de que él tenga una amante, y aún si así fuera, tú, como dices, puedes ser feliz, a pesar de esto.

J: Sí, yo puedo ser feliz.

T: Pero me gustaría que analizáramos el asunto de tu vecina, y de la mala relación que tienes con ella. Porque, ¿has discutido con ella?

J: Sí, le he gritado, hasta le he mentado la madre (ríe), discúlpeme, pero sí lo he hecho.

T: No te preocupes por mí. Pero ahora haremos un ejercicio que nos va a ayudar a comprender cómo es que llegas a tener estas reacciones de violencia hacia esta enfermera. Existe un modelo que explica cómo es que relacionamos los eventos, por ejemplo, que tu vecina te sonría y te saludó,

(se escribe esto en una columna de una hoja en blanco), hace que te sientas furiosa, que creas que se trata de una provocación, por lo que reaccionas violentamente, gritándole, y mentándole la madre (se escribe esto en otra columna, dejando un espacio considerable entre una y otra). Parece claro que así es como está funcionando, ¿verdad?

Seguir la lógica de la creencia

J: Sí, así reacciono.

T: Ok. Lo que estoy a punto de demostrarte es que esto pasa de acuerdo con lo que tú *crees* acerca de esta muchacha. Si tú *crees* que ella es una mujer mala, que está intentando seducir a tu esposo, que tiene intención de quedarse con tus hijas, etc., entonces la vas a ver como una amenaza para ti y tu familia, ¿comprendes?

J: Sí.

T: Pero si tu pensaras que es una buena persona, que es amable contigo y con los demás, y que no representa ninguna amenaza, entonces no se presentarían estas consecuencias, sino otras, por ejemplo, te daría gusto verla, la saludarías con una sonrisa, la procurarías como una buena vecina e incluso hasta como una amiga, ¿lo ves? Es muy importante que nos demos cuenta de que nos vamos a sentir y vamos a actuar hacia las demás personas de acuerdo con lo que pensemos de ella.

Encontrar conexiones entre eventos activadores, creencias y consecuencias usando el esquema ABC

J: Sí.

T: Ahora, te voy a hacer unas preguntas que, seguramente, explicarán por qué te parece que ella es una amenaza para ti. Esta muchacha, ¿es bonita?

J: Sí

T: Ok, de acuerdo con lo que me dices, ella trabaja como enfermera, ¿no?

Seguir la lógica de la creencia

J: Sí.

T: Muy bien, por lo tanto, tiene un trabajo estable y buenos ingresos económicos...

J: Sí...

T: Y ella podría escoger, si lo quisiera una pareja, es decir, un hombre, para tener intimidad con ella, porque es atractiva, ¿correcto?

J: Sí.

T: Muy bien, todo esto explica que tú ves en ella a una mujer joven, bonita, profesional, con suficiente ingreso económico, que tiene oportunidad de elegir pareja, si ella lo decidiera. Todas estas son características que a ti te gustan.

Generación de explicaciones alternativas

J: Sí.

T: Excelente. Estamos de acuerdo. Pero a pesar de que ella tenga todas estas características, no implica, de ninguna manera que va a tener una relación con tu esposo. Ésa sólo es una idea tuya. Si pensaras en lugar de que es una amenaza, que te sientes feliz porque ella tenga tantas cosas buenas en su vida, entonces no la verías mal. Te daría gusto por ella y punto.

J: Sí.

T: Mira, Judith. También entiendo que puedas sentir celos. Eso es muy normal. Todos, cuando tenemos pareja, podemos llegar a sentir celos. Yo mismo siento celos en ocasiones con mi pareja. Lo importante es qué

vamos a hacer con esos celos que sentimos. Porque una cosa es sentir celos *Normalización* y otra, mucho peor, es hacer cosas malas, disfuncionales, como pelear o mentarle la madre a otra persona. Por el contrario, si tú quieres que tu esposo esté feliz contigo, en lugar de llamarle tantas veces como lo hiciste hoy en la mañana, mejor déjalo descansar y sé cariñosa en la medida de la posibilidad. Porque tal parece que tú quieres llamar su atención, aunque sea haciéndolo enojar.

J: Sí, es que no me toma en cuenta, y la verdad es que a veces él es grosero conmigo. Por ejemplo, me da 50 pesos para la comida, pero a mí eso no me alcanza, y si no hay comida me dice que en qué me gasté el dinero, que seguro lo gasté en tonterías, pero es que a mí me da muy poco, por eso digo que le da más dinero a esta muchacha... (ríe).

T: Ojo, te das cuenta de que ya ibas a culpar nuevamente a esta chica, cuando no hay ningún elemento para pensar que le esté dando dinero a ella.

J: No, no le da a ella. Yo sé dónde guarda él el dinero, y entonces le robo para que me alcance, ¿está mal?

T: A ver, Judith, ¿qué quieres que te diga? Robar está mal, yo no te puedo decir que esté bien. Si lo que esperas es que te dé permiso para robarle a tu esposo no lo voy a hacer (Judith ríe). Sin embargo, comprendo perfectamente que el dinero que te da no te alcanza y esto te frustra.

J: Es que no me alcanza para nada, por eso es que yo le agarro para completar. Si no hay días que no puedo comprar para hacer comida. A veces mis hijas me dicen, no te preocupes mamá, vente, compramos pizza,

come. Pero otras veces no hay nada que comer, más que barras de pan, y mis hijas no tienen nada más que comer. Ellas tienen dinero y a veces me dan, pero no es su obligación, él es el que me tiene que mantener, no ellas, ¿Usted cómo ve? ¿Estoy mal?

T: Yo te comprendo perfectamente, Judith. No es una situación ideal. No está fácil, y es, efectivamente, muy poco lo que te da, para hacer comida. Pero ¿has intentado apuntarle lo que te gastas para demostrarle en qué te gastas el dinero? De esa forma no tienes que discutir y él se puede dar cuenta que estás haciendo un uso apropiado del dinero. Es sólo una propuesta.

J: Sí, podría hacerlo. Porque la verdad eso me hace sentir molesta.

T: Te comprendo perfectamente, Judith. Es una situación difícil. No es lo que uno esperaría. Lo importante es que entiendas que tienes derecho a sentir frustración porque el dinero no te alcanza para comprar todo lo que necesitas, punto, hasta ahí. O tienes derecho a sentir celos por tu esposo porque no te toca, punto. O que te sientes mal si la gente es grosera, punto. *Psicoeducación*

Cualquier cosa que sientas tiene su explicación. Lo importante es no culpar a otros de tus propios sentimientos.

J: Sí, está bien.

T: Imagina si esta chica, la enfermera se sintiera tan frustrada porque, imaginemos, quisiera tener dos hijas, pero no las tiene, y cómo tú las tienes entonces te considere su enemiga, y entonces cuando te vea te grite groserías... ¿cómo te sentirías?

J: Mal, molesta.

T: ¡Claro! Tú no tendrías nada que ver con sus frustraciones, y ella sería injusta y grosera si te tratara mal. Lo mismo es contigo. Todos tenemos cosas, tal vez pocas, tal vez muchas que los demás desearían tener. Lo importante es que siempre exista respeto entre todos. Entonces te pregunto: ¿es justo que seas grosera con tu vecina, la enfermera?

J: No, no es justo.

T: De ella puedes pensar que te da gusto que le vaya tan bien en su vida. Tú tienes cosas en tu vida, que mucha gente quisiera tener. Hay que disfrutar de lo que cada quien tiene.

J: Muy bien, ya me siento mejor.

T: Excelente, Judith, vamos a terminar nuestra sesión aquí, pero te quiero preguntar 3 cosas para terminar la sesión: Primero, ¿crees que te estoy comprendiendo?

J: Sí (ríe).

T: Muy bien. Segundo, ¿hay algo de lo que quisieras hablar que no hayamos hablado el día de hoy?

J: No.

T: Muy bien, por último, me gustaría saber si la próxima semana te pudiera aplicar unos cuestionarios, que me servirían para evaluar el progreso de la terapia, ¿estás de acuerdo?

J: Sí, está bien.

T: Perfecto, entonces, cerramos aquí la sesión. Nos vemos el próximo miércoles a las 10 de la mañana.

Relatoría de la sesión 9 (20/11/19) “La navidad pasada mi marido no la pasó conmigo”

La paciente se presenta sola, llega 20 minutos tarde. Se le invita a pasar al consultorio.

J: Discúlpeme por llegar tarde.

T: Me alegra que hayas venido, ¿ha ocurrido algo que te imposibilitó llegar a la hora programada?

J: No, sólo se me hizo tarde.

T: Ok. ¿Cómo has estado?

J: He estado tranquila y bien. Me he dormido tarde, porque a veces espero a mis hijas para cenar. Y si ellas llegan tarde, pues ya me levanto tarde. He estado escuchando voces, pero poquito.

T: Estas voces, ¿cuándo las escuchaste?

J: Ha sido muy poquito.

T: Comprendo, ha sido poquito, pero ¿cuándo las escuchaste?

J: Ayer, y en toda la semana, pero estoy tranquila.

T: ¿Las escuchas todo el tiempo?

J: Sólo cuando no escucho música ni veo la tele.

T: Me parece genial que tengas identificadas actividades que puedan ayudarte a dejarlas de escuchar. ¡Sigue usando estas técnicas de ver la tele y escuchar música!

J: Sí. Y cuando escucho música me pongo a bailar sola en la casa. ¡Va a creer que estoy bien loca!

T: ¡Al contrario, me da gusto que puedas tener así de claro lo que puedes hacer! ¿Qué tipo de música escuchas?

J: Pop.

T: ¡Oh! Muy bien. A muchos nos funciona escuchar música cuando nos sentimos mal. Es una buena estrategia. Ahora, dime ¿Te has tomado bien tus medicamentos?

J: Sí, me los he tomado bien. Bueno, cuando mis hijas llegan tarde, me los tomo más tarde, porque en cuanto me los tomo me da sueño.

T: Ok, comprendo. ¿Lo demás qué tal?

J: Pues sigo teniendo esas ideas sobre la muchacha ésa. No los puedo evitar. Me va a decir usted que soy una terca.

T: No, creo que es normal que puedas seguir teniendo esos pensamientos, pero ¿le has insultado en la última semana?

J: ¡No! No la he ofendido ni le he gritado. Cuando le digo a mi hija mayor que me da coraje esa muchacha, ella me dice que me va a pegar, por eso yo le digo que es necesario que me internen. ¿Usted cree que necesito que me internen?

T: ¿Para qué quieres que te internen?

J: Es que no quiero pasar navidad acá. No quiero alterarme.

T: ¿Por qué te preocupa alterarte en la navidad? Ya van varias veces que me dices que no quieres pasar la navidad aquí en tu casa, que prefieres que te internen. ¿Por qué temes que esto pase?

J: Es que la navidad pasada me alteré con mi marido porque no la pasó conmigo.

T: ¿Con quién la pasó?

J: Se fue con sus hermanas. Y yo le ofendí porque no quería pasarla en mi casa. Le menté su madre. Él me intentó pegar. Me dijo “Perra, puta”. Es que fue cuando tomamos en casa de mis cuñadas. Y que él me prohibió ir.

T: A ver, ¿entonces la vez que me platicaste que te emborrachaste con tus cuñadas y tu esposo fue poco antes de navidad?

J: Sí, fue un poco antes de navidad el año pasado.

T: Ah... entiendo. Bueno, corrígeme si me equivoco, ¿ok? Por lo que entiendo, el año pasado, antes de navidad, fue cuando tomaste con tus cuñadas y tu marido.

J: Sí, cuando me tomé 8 caguamas.

T: Eso es demasiado. Bueno, cuando salieron de ahí fueron a tu casa y de hasta ahí todo iba bien, ¿no?

J: Sí, nos la habíamos pasado bien, bailamos y cantamos.

T: Ya. Y llegaron a tu casa...

*Encontrar
conexiones entre
eventos
activadores,
creencias y
consecuencias*

J: Sí, llegamos a mi casa y él se fue a dormir a su cuarto, y yo me fui a la sala. Me dormí, pero me desperté rápido y no vi a mis hijas y me preocupé y le fui a hablar a mi esposo. Pero no me abrió la puerta, ni me contestaba.

T: Seguramente estaba dormido y muy tomado.

J: Sí, pero pues yo me alteré y le empecé a gritar y a aventar cosas en la casa. Los vecinos se dieron cuenta. Y al ratito llegaron mis hijas y me intentaron controlar. Pero se levantó mi esposo y yo me fui contra él, y él me empujó y nos gritamos groserías. Y yo les grité también a mis cuñadas.

T: ¿Cómo les gritaste a tus cuñadas si estabas en tu casa?

J: Les hablé por teléfono. Y les grité que eran unas putas y unas perras.

T: Ah, entonces te peleaste con ellas.

J: Sí. Y mi mamá al otro día fue con ellas y les reclamó. Por eso mi esposo me reclamó que no volviera a ir a casa de sus hermanas y en navidad se fue con ellas.

T: Me dijiste que tu mamá te había pegado esa vez.

J: Sí, en la mañana, después del pleito en la casa fue.

T: ¿Ella cómo se enteró?

J: Le dijeron mis hijas.

T: Ya veo. ¿Es posible que lo que está pasándote ahora es que no quieras estar en casa en navidad porque temas que sucedan pleitos similares a los del año pasado?

J: ¡Sí! No quiero que pasen. Prefiero estar encerrada en el hospital.

T: Bueno, Judith, comprendo que no quieras estar de nuevo en situaciones tan dolorosas como las del año pasado. Pero hay algo muy importante que debes tener presente, pero quiero ver si te das cuenta: ¿qué fue lo que hizo que perdieras el control el año pasado, allá con tus cuñadas?

J: ¿Lo que tengo?

T: No, el problema comenzó porque te emborrachaste. Tomaste y tú no debes tomar en ninguna circunstancia. Estás tomando medicamento, y tomar te hace mucho daño. Es normal que cualquier persona, después de tomar 8 caguamas, como lo hiciste tú, haga y diga muchas cosas terribles. Ahora, las personas, cuando te ven alterada, por estar borracha, creen que además reaccionas así por tu enfermedad.

Normalizar

Entender el efecto en los individuos de la estigmatización y discriminación

J: Sí, no tengo que tomar.

T: Es correcto. Si tú no tomas, puedes estar tranquila y tomar buenas decisiones. Disfrutar de una fiesta, de la comida, de la compañía, de cantar y bailar, sin tomar. Así tendrás más control de tu comportamiento en esas situaciones. Ahora, me parece que te preocupa que tu esposo vuelva a irse con sus hermanas, ¿verdad?

Descatastrofización

J: Sí. Pero yo lo voy a dejar a un lado. Lo voy a atender, pero que él haga lo que quiera.

T: Me parece bien. Creo que no tienes que ser grosera con él de ninguna forma. Si él quiere ir con sus hermanas, está bien. Tú puedes pasarla muy bien en tu casa, en compañía de las otras personas que te quieren.

J: Está bien.

T: Excelente. ¿Te sientes bien?

J: Sí. Me siento bien.

T: Bien, en la próxima sesión quiero que me ayudes a responder unos cuestionarios, que hoy, por cuestión de tiempo, ya no alcanzamos a responder, ¿está bien?

J: Sí, está bien.

T: Excelente, nos vemos entonces en la próxima sesión.

Relatoría de la sesión 10 (27/11/19) “Desde que me dijo que no lo hiciera (molestar a su marido y pelear con la vecina) no lo he hecho”.

Esta sesión comienza de manera puntual. Al llegar al DIF, tanto Judith como la Señora Martha llegaron puntuales. Durante el saludo, Judith extiende en un papel dos nombres con número telefónicos. Se les invita a pasar al consultorio a ambas.

T: Buenos días, muchas gracias a las dos por estar aquí. ¿Y este papel?

J: Son los números de teléfono de mis hijas.

T: Ah, qué bien. Dime, ¿ellas te los dieron?

J: No... Mi mamá los tenía.

M: Yo se los di a Judith.

T: Ah, ok, pero ¿sabían las muchachas que me darían sus números?

M: No, ellas no saben que se los estoy dando. ¿Podría no decirle que se los di?

T: Pero... ¿Cree que se molestarán si me comunico con ellas?

M: Es que la verdad, mis nietas sí son bien especiales. Bueno, que me los pidió y yo le dije que sí los tenía y ya se los tuve que dar...

T: Entiendo. Si en algún momento me comunico con ellas, y sólo lo haré en caso de ser necesario, les diré que en una sesión le pregunté a usted si tenía los números y se los pedí, ¿está bien?

M: Sí, está bien. Para que no se vayan a molestar conmigo.

T: La idea de invitarlas a las dos a esta sesión cumple con dos objetivos fundamentales: el primero, es agradecerles a las dos por venir. A usted, Señora Martha, le quiero agradecer y reconocer, nuevamente, por todo el esfuerzo y dedicación que hace por su hija Judith. La felicito.

Compromiso

M: Gracias.

T: Y seguramente Judith también está muy agradecida con usted, ¿no es así?

J: Sí. Muchas gracias, mamá.

T: Y también te quiero agradecer a ti, Judith, y felicitarte por el compromiso que has mantenido a lo largo de todas estas sesiones. Me siento muy contento de que sigas viniendo. Esto tiene que ver con el otro objetivo de la sesión: Les quiero explicar que a lo largo del proceso que hemos llevado, Judith y yo hemos hecho un análisis general que nos ha permitido conocer algunos de los eventos importantes relacionados con sus síntomas. Contamos con más información para poder comprender las molestias de Judith y cómo controlarlas. Y me siento muy contento por

Fortalecimiento de la relación terapéutica

esto. Quisiera saber si, a la par, ustedes han visto algún cambio positivo en el comportamiento de Judith. ¿Qué opina Usted, Señora Martha?

M: Sí, yo sí he visto mejoras. Ahora ella hace sus quehaceres de la casa más rápido, sale a hacer sus mandados y está más activa. Sí... sí hay cambios. Sigue todavía con algunas cosas, le sigue llamando a su esposo a cada rato, yo le digo que lo deje descansar, cuando él llega del trabajo...

Involucrar a la familia.

J: Pero ya no lo he hecho. De verdad.

T: Genial, te felicito por no hacerlo.

J: Sí, desde que me dijo que no lo hiciera ya no lo he hecho.

T: ¿Y qué tal aquello de insultar a la vecina?

J: No, ya no lo he hecho. Sí pienso a veces que ella tiene algo que ver con mi esposo... pero ya no le grito ni le insulto.

T: ¿Entonces tú crees que has tenido cambios positivos?

J: Sí, porque cuando voy a hacer algo me acuerdo de Usted, de lo que debo hacer y de lo que no debo hacer. Y ya no me quedo acostada tanto tiempo...

T: Muy bien. Me da gusto que las dos hayan visto cambios favorables. Y espero que, en las siguientes sesiones, logremos otras cosas positivas, porque les recuerdo que la principal preocupación es que Judith logre tener una vida más feliz, disfrutando de las cosas buenas que se le presentan.

Viene la navidad y demás fiestas de la temporada, y espero que Judith logre disfrutarlas.

M: Hace unos días le dijo su esposo que la quería llevar a casa de sus hermanas en navidad, que lo acompañara, pero ahí toman mucho...

J: Sí, me dijo, pero yo no quiero ir.

Involucrar a la familia

T: Muy bien, lo más importante es que tú estés tranquila y que logres pasar una fiesta bonita y feliz. Y también le quiero pedir, Señora Martha, si está de acuerdo que les transmita a sus nietas todos estos cambios positivos que ha visto en Judith. Esto puede servir para que ellas vean con más interés este proceso terapéutico y probablemente estén más de acuerdo en participar.

M: Está bien, yo les voy a decir.

T: Y tú, Judith, tienes que hacer un esfuerzo importante por seguir así de bien, y que tus hijas piensen “la psicoterapia le está ayudando mucho a mi mamá”, y así ellas quieran venir. Si vienen yo les puedo decir en qué otras cosas ellas te pueden ayudar a mejorar. Y probablemente esto nos ayude a todos para mejorar algunas dinámicas dentro de casa.

J: Yo se lo agradecería mucho.

T: Bueno, pues una cosa llevará a la otra. Una pregunta, ¿se ha quedado Judith en su casa un día antes de venir para acá?

M: No, como están arreglando mi casa y yo he tenido bronquitis, me he quedado en casa de ella. Y de ahí nos venimos.

T: Excelente. Bueno, Señora Martha. Le agradezco mucho que haya venido. Me voy a quedar ahora sólo con Judith. (Sale la Señora Martha del consultorio) Judith, muchas gracias, de verdad por estar aquí.

J: Gracias a usted.

T: Bueno, cuéntame, así que tu esposo te invitó a casa de tus cuñadas para pasar navidad...

J: Sí, pero no quiero ir.

T: ¿Por qué no quieres ir?

J: Porque no, prefiero quedarme con mis hijas. Si él quiere irse para allá, está bien. Que se vaya.

T: Ok, comprendo. Lo importante, como te dije, es que tú estés bien. Que logres disfrutar de cada momento. Y si para eso necesitas quedarte en casa, pues hay que hacerlo. Bueno, oye, te quiero preguntar si ¿has estado escuchando voces últimamente?

J: Sí, voces sí, pero poco...

T: ¿Qué tan poco?

J: Poco sólo por ratos.

T: ¿Y has visto personas como las que veías?

J: No, personas, no. No las he visto.

T: Ok. ¿Recuerdas que te había dicho que estaba interesado en que me ayudaras a contestar unos cuestionarios?

J: Sí.

T: Bueno, hoy vamos a hacer uno y la semana que viene hacemos otro.

Estos cuestionarios nos van a ayudar a ver si existen cambios al final de la terapia. ¿Estás de acuerdo en que hagamos uno ahorita?

J: Sí

T: Excelente. (Se realiza la aplicación del PSYRATS en español). Muy bien, Judith, muchas gracias por tu apoyo. Ya vamos a terminar la sesión, pero recuerda que es muy importante que te mantengas como lo has hecho en la última semana, no molestar a tu esposo, dejarlo descansar, seguir cumpliendo con las actividades que te corresponden en el hogar, no pelear con la vecina ni con nadie, así como poner en práctica todas las habilidades que ya hemos aprendido que te funcionan cuando comiences a sentirte mal, como escuchar música y bailar, ver la televisión, dormir un rato, etc. ¿Está bien?

el proceso, respetando el ritmo de la terapia.

Intervención en delirios y alucinaciones

J: Sí, está bien.

T: Excelente, entonces nos vemos aquí el próximo miércoles. Empezaremos igual con tu mamá y contigo, luego platicamos un rato y al final contestamos otra encuesta, ¿vale?

J: Sí, está bien.

T: Una última cosa, el día 10 de diciembre será nuestra última sesión del año, porque saldré de vacaciones a visitar a mi familia.

J: ¿Pero ya no lo voy a ver después?

T: Este año ya no, regresaré en enero.

J: ¿Pero ya no nos veremos?

T: Ya no nos veremos en las próximas semanas, pero yo te voy a marcar los miércoles a las 10 de la mañana para platicar un poco y saber cómo estás, ¿te parece bien?

J: Sí, está bien.

Relatoría de la sesión 11 (04/12/19) “He pensado que me gustaría trabajar”

Esta sesión comienza puntualmente. Se les invita a Judith y a la Señora Martha a ingresar al consultorio.

T: ¿Cómo ha estado usted, Señora Martha?

M: Bien, muchas gracias.

T: Me da gusto, ¿cómo sigue de su bronquitis?

M: Mejor, gracias.

T: Excelente. Y tú, Judith, ¿cómo has estado?

J: Muy bien.

T: Eso es maravilloso. ¿cómo han estado las cosas por la casa?

M: Bien, ayer que estaba preparando la comida para la novena (evento religioso de la comunidad), llegó una de sus cuñadas (de Judith) a la casa, a dejarle una ropa para sus sobrinas. Como Judith empezó a atenderla, pues se atrasó un poco con la comida. Ya cuando su cuñada se había ido, llegó su marido, molesto a regañarla, que por qué no había terminado de cocinar, porque ya era tarde... pero su hija mayor la defendió frente al marido, le dijo que si se había atrasado era por haber atendido a su hermana, y como a ella le tiene miedo, entonces ya no le dijo nada.

T: Me da mucho gusto que te haya defendido tu hija, Judith.

J: Me defendió. Pero cuando no está ella, él se pone pesado.

T: ¿En qué sentido?

J: Por ejemplo, él no me dice que ya le llegó su aguinaldo, porque esas cosas no me las dice a mí. Pero a sus hermanas sí se las dice, yo me enteré porque lo escuché decirles a ellas que ya le habían dado su aguinaldo. Como la puerta de la casa está floja, se está cayendo, le dije, hay que arreglar la puerta, y me contestó, “¿y con qué vas a pagarlo? ¿con tu culo?”. Pero yo no le contesté nada.

T: Me alegra que no le hayas respondido a ese mensaje tan violento.

J: Ya no le hice caso. Y cuando fuimos al rezo de la novena, ahí me iba ofendiendo. Cuando llegamos a donde estaban mis cuñadas, me puse a platicar con ellas, y las hacía reír. Me trataron bien. Ellas me invitaron a pasar la navidad en su casa.

M: Ahorita todo está bien, pero hay una cosa que ella hace que no está bien. Ella le agarra dinero a su marido a escondidas. Le roba, pues. El otro día a ella se le habían roto sus chanclas y no tenía qué ponerse y le agarró dinero para comprarse unas.

J: Pero es que no me da dinero para comprarme zapatos, ¿qué hago? Ni modo que ande descalza.

T: Entiendo que es una situación difícil. Ya en una sesión anterior habíamos hablado de esto, ¿recuerdas?

J: Sí, pero ¿qué hago?

T: Bueno, es una situación cuya solución se sale de mis manos. Sin embargo, te recuerdo que había una manera de demostrarle a tu esposo en qué y cómo administrabas el dinero que te daba para la comida. Porque

recuerdo que te daba muy poco y se molestaba si no había suficiente qué comer.

J: Sí, a veces me da 100, otras veces me da 150, pero no alcanza.

T: Si recuerdas habíamos dicho que una buena estrategia era apuntar en qué gastaste el dinero. En un papel puedes apuntar cosa por cosa y si te pregunta en qué te lo gastaste, se lo puedes demostrar fácilmente.

Psicoeducación

M: Eso hacía yo con mi esposo. Y cuando él estaba de descanso le pedía que fuera él a comprar al mercado, y cuando regresaba a veces me decía “no me alcanzó”, y entonces me daba más.

T: ¿Ves, Judith? Esto que te decía le funcionó bien a tu mamá, no veo por qué no deberíamos intentarlo. Muy bien. Bueno, Señora Martha, creo que de aquí puedo continuar sólo con su hija, ¿le parece bien?

M: Sí, está bien, la espero afuera.

T: Muchas gracias, de verdad, por involucrarse tanto en este proceso de su hija (*Sale del consultorio la señora Martha*). Ahora, Judith, tengo una propuesta para ti, ¿qué te parecería si fueras a la casa de tus cuñadas, pero que llevaras a tu hija para que te ayudara a regresar temprano?

Fortalecimiento de la relación terapéutica con la familia

J: Estaría bien.

T: Excelente, porque pensé que sería bueno atender la invitación de tu esposo, así como las de tus cuñadas. Tú me habías dicho que anhelas que tu esposo te invitara a hacer algo con él, y esta es una excelente oportunidad. El asunto es que sabemos que, en esa casa, seguramente van a estar tomando mucho.

J: Sí, ahí toman bastante. Una de mis cuñadas me dijo que fuera, que iba a haber mucho que tomar.

T: Claro, ¿ves? Sería muy bueno ir, siempre y cuando tú no tomes nada, pero absolutamente nada de alcohol, ¿estás de acuerdo?

J: Sí.

T: Sólo tendrías que hablar con tu hija, ponerse de acuerdo antes de llegar a la fiesta. De esa forma, puedes estar durante la cena, tal vez una hora más, y antes de que se pongan pesados con el alcohol, te puedes ir con tu hija, con el pretexto de ir a la fiesta con tu mamá. Si va tu hija contigo, probablemente te pueda ayudar y ellos podrían ser menos insistentes. Lo importante, en cualquier caso, es que no tomes alcohol.

J: ¿Ni un poquito?

T: Ni un poquito, absolutamente nada. ¿Recuerdas tolo lo que pasó la última vez que tomaste?

J: Sí, cuando me peleé con ellas.

T: Exacto, con ellas, con tu marido, con tus hijas, etc. No queremos que eso se repita.

J: No, para nada.

T: Excelente, pues tenemos tiempo de afinar estos detalles. ¿Qué me puedes decir de la presencia de las voces que escuchas a menudo?

J: Nada. No las he escuchado para nada.

T: Genial, ¿Y los dolores de cabeza que has sentido de repente?

J: No he tenido dolores.

T: ¿Has visto personas en la última semana?

J: No, he estado tranquila. He pensado que me gustaría trabajar. Pero mi hija me dice que no puedo por mi condición.

T: Judith, me parece una idea excelente. Que tú trabajaras sería magnífico. Te serviría para estar activa y tener un dinerito extra. Creo que es una excelente idea. Pero, definitivamente, para que te apoyen en tu casa, debes mantener el progreso que has tenido en el último par de semanas durante un tiempo. Si esto lo mantenemos, después de enero yo podría hablar con tus hijas para que te apoyen y encuentres un trabajo.

J: Sí, pero ¿en qué? ¿en una fábrica?

T: Bueno, eso lo podemos analizar, pero podría ser algo en que tengas habilidad, por ejemplo, cocinar, o hacer limpieza. Lo que sea sería una excelente forma de comenzar. Lo podemos ver más adelante. Te felicito por estar dispuesta a intentarlo. Bueno, te recuerdo que este día íbamos a aplicar un cuestionario más que nos va a servir para evaluar el tratamiento que estás llevando. ¿Está bien si comenzamos el cuestionario?

J: Sí, está bien.

T: Muy bien (se aplica el cuestionario IDARE). ¿Cómo te sientes?

J: Bien. Me siento muy bien, me siento tranquila.

T: Me da mucho gusto saberlo. Hay que tratar de mantener este progreso para poder hablar del trabajo próximamente. Te agradezco mucho por haber venido. Terminamos aquí. Nos vemos la siguiente semana.

J: Bueno.

Evaluación de resultados durante el proceso, respetando el ritmo de la terapia.

Compromiso.

Relatoría de la sesión 12 (11/12/19) “Es que no me puedo controlar”

Se les invita a la Señora Martha y a Judith a pasar al consultorio. Se encontraban en las instalaciones del DIF puntuales.

T: Hola, buenos días, ¿cómo han estado en la última semana?

J: Mal...

T: ¿Por qué la has pasado mal?

J: Es que en ayer y antier le grité de cosas a mi esposo... Sobre Lupita (la enfermera), y él se molestó mucho. Estábamos acostados los dos y le empecé a decir que si andaba con ella, que si yo no le importaba, y me empezaba él a gritar, que estaba loca, que me callara. Y ayer hasta me pegó.

M: Yo no sabía nada de esto hasta ahorita. Ella no me había dicho nada. Me vengo enterando aquí.

T: Oh, Judith. Lamento mucho que te hayan pegado, eso no está bien. Pero ¿por qué surgió nuevamente este asunto con la enfermera? ¿estás tomando bien tus medicamentos?

J: No, se me acabaron el lunes y ya no los he tomado.

T: ¿Por qué?

J: Es que no he ido por ellos. Va a decir usted que soy muy terca, ¿verdad?

T: No, no digo que seas terca. Pero creo que no está bien que no hayas ido por tus medicamentos y por lo tanto los hayas dejado de tomar.

J: ¿Está enojado conmigo? No debí decirle que pasó esto.

T: No, al contrario. Tienes que decirme qué es lo que ha pasado, para intentar corregirlo. No estoy enojado. No me gusta que te peguen y estoy preocupado por ti. Pero quiero que te des cuenta de algo, los días en que no tomaste los medicamentos, fueron los días en los que comenzaste a discutir con tu esposo y perdieron el control.

J: Sí, el lunes y ayer.

T: Es que no debes dejar de tomar el medicamento ningún día. Ni uno sólo.

M: Siempre le digo eso. Y ya le había dicho que hablara con el médico para que le diera medicinas suficientes para todo el mes y no se quedara días sin tomarlas.

J: Es que sí le dije al médico. Y sí me dio medicinas suficientes para todo el mes, pero lo que pasó es que ya cuando se acabaron no fui por ellas. Ya no quiero pasar navidad con él. Si es mejor que me encierren en el hospital, mejor, no quiero echarles a perder

T: Mmm... y ¿usted dónde va a pasar navidad, Señora?

M: Pues es que no sé. Como están arreglando mi casa y ahorita me fui con mi hermanito, supongo que la pasaré con él. También quiero ir a la iglesia, porque nos juntamos ahí en la noche del 24 de diciembre, pero ella no va ahí...

J: Pero sí voy a la iglesia.

T: Le pregunto esto para saber si existe la posibilidad de que Judith pase la fiesta con alguien con quien se sienta cómoda. Bueno, pues creo que aquí hay algo muy importante que debemos recordar. Estamos haciendo todo un

esfuerzo grande por intentar ayudarte a afrontar las dificultades que se presentan en tu enfermedad. ¿Hay algo que yo pueda hacer para que tú no dejes de tomar el medicamento?

J: Recordándome que lo tome...

Compromiso

T: Ok, lo voy a hacer para ayudarte, pero ésa es tu responsabilidad, ¿comprendes?

J: Sí

T: Pero esta vez tú no hiciste tu parte. Mira, la esquizofrenia es un trastorno que te afecta en tu capacidad para controlar pensamientos y conductas. Cuando tomas tu medicamento y vienes a terapia, puedes controlarte cuando tienes estas ideas respecto a los celos, ¿recuerdas cómo?

J: Eh... distrayéndome...

T: Sí, pero hemos estado insistiendo en aquellas cosas en las que te han funcionado a ti de manera particular. Por ejemplo, ya sabemos que a ti te funciona, cuando te sientes alterada o cuando tienes pensamientos automáticos que te incomodan, escuchar música, ponerte a bailar, tomar una siesta. Pero cuando no tomas los medicamentos, esta capacidad de tomar estas decisiones alternativas a pelear, se disminuyen.

Intervención en delirios persistentes

J: Sí, es que no me puedo controlar.

T: Sí que puedes, lo has hecho y lo volverás a hacer. Lo único que necesitas es tomar el medicamento todos los días. Cuando no lo haces tu capacidad para controlar tus impulsos disminuyen, y no me gusta que cuando lo haces ejerzan violencia contra ti.

J: Ya me lo voy a tomar, sin falta. Pero no me vaya a dejar.

T: Eso no va a pasar. No estamos empezando de cero, tenemos un progreso y esto lo podremos manejar. Yo voy a seguir viniendo hasta que terminemos nuestro tratamiento. Por lo tanto, sólo me preocupa que te tomes el medicamento como es debido. Señora Martha, si me permite, puedo continuar a solas con su hija. Le agradezco mucho y le reconozco todo el esfuerzo que está haciendo por Judith.

*Fortalecimiento de
la relación
terapéutica*

M: Está bien, gracias.

J: Es que no puedo evitar pensar en esa mujer y mi marido, me puse mal y me peleé con él.

T: Bueno, es posible que estos pensamientos aparezcan, pero te recuerdo que, si haces lo que aquí has aprendido, te vas a evitar muchos problemas. Mira, si tu marido es violento, lo mejor es no provocarlo. Déjalo que haga lo que quiera. Tú no necesitas estar discutiendo con él.

J: Es que hace años no peleábamos, y platicábamos los cuatro, mis hijas y nosotros y nos divertíamos. Pero de unos años para acá ya ni me habla. A veces ni me dice si quiere comer, le tengo que andar preguntando. Él llega y se mete a su cuarto, sin que me diga nada.

T: Pues mira, entiendo que antes tenían una mejor relación. Aunque tampoco puedo decirte que mejorará si tú haces o dejas de hacer cosas, lo que sí me queda claro es que él es violento y si tú lo estás fastidiando constantemente con el asunto de Lupita, que de por sí, ya habíamos quedado que no tenía ninguna justificación, pues él, desgraciadamente,

puede actuar como lo hizo. Se va a molestar, te puede llegar a pegar, como lo hizo, y eso no está nada bien.

J: Ya lo voy a dejar en paz, y me voy a tomar mis medicinas. Pero no me deje, por favor... No esté enojado conmigo.

T: Te lo repito, no voy a dejar de venir. Pero me parece excelente que te comprometas a tomar el medicamento como te corresponde, ¿Está bien?

J: Sí...

T: Dime una cosa más, ¿has visto a esas personas que solías ver fuera del baño?

J: No. Nada.

T: Muy bien, entonces terminamos aquí por hoy. Te veo el próximo miércoles a las 10 am.

Relatoría de la sesión 13 (18/12/19) “Ya tengo un plan sobre la fiesta de navidad”

La paciente se presenta sola, de manera puntual.

T: Hola, Judith, buenos días, ¿cómo estás?

J: Bien, bien. Me siento bien.

T: Me da mucho gusto saberlo. ¿Cómo has estado con los medicamentos?

J: Ya fui por ellos. Al otro día de que tuvimos la cita fui por ellos. Y los estoy tomando bien.

T: Eso es excelente. Te felicito. Es muy importante no descuidar la toma de los medicamentos, porque eso ayuda a mantener los síntomas controlados.

J: Sí, ya me los estoy tomando y me he sentido tranquila.

T: Maravilloso. Y dime, ¿qué planes tienes para esta navidad?

J: Ya tengo un plan sobre la fiesta de navidad.

T: Ah, excelente. ¿Cuál es ese plan?

J: Voy a pasar la navidad con mis hijas, en mi casa. Y mi esposo también va a estar con nosotras.

T: ¡Ah! Entonces tu esposo también cambió su plan, ¿ya no irá a pasar la fiesta con sus hermanas?

J: El domingo le pregunté qué iba a hacer y me dijo que no sabía, que en el momento lo vemos, pero si vamos, iríamos todos. Después de cenar tal vez vamos con mis hijas un rato a casa de mis cuñadas.

T: Es un buen plan. Me da gusto que tus hijas también vayan, de esa forma no te vas a sentir incómoda si en algún momento te quieres regresar. Pero recuerda: ¡Nada de tomar, eh!

J: ¿Ni poquito? (ríe).

T: No, ni poquito. No es buena idea tomar porque estás tomando tu medicamento, y recuerda que la última vez que tomaste en casa de tus cuñadas las cosas no terminaron bien.

J: Sí.

T: Así que es una buena idea ir, divertirse, bailar y convivir, pero sin tomar ni una gota de alcohol. Y si te insisten, diles que no puedes, que se los agradeces, pero que te hace daño con el medicamento, ¿te parece bien?

J: Sí. No voy a tomar.

T: Muy bien, verás que la vas a pasar muy bien. ¿Cómo has estado con tu esposo?

J: Bien, el jueves me dijo que le hiciera de cenar y le hice de cenar. No hemos tenido problemas.

T: Me da mucho gusto saber que las cosas han salido bien. Oye, ¿cómo has estado con los pensamientos que parecen voces?

J: Tranquila.

T: Bien, pero ¿los has estado escuchando?

J: Poquito. Pero me siento bien.

T: Ok, o sea que a pesar de escuchar esas voces te has sentido tranquila, ¿es esto así?

J: Sí, he estado tranquila.

T: Eso es lo más importante, que te sientas tú bien y que puedas realizar tus actividades sin inconvenientes. Te felicito.

J: Sí, he hecho mis quehaceres en la casa. Todo bien.

T: Y aquellas personas que veías en ocasiones, ¿las has visto en la última semana?

J: No, no he visto nada.

T: Ok. Bueno, pues como en los próximos días no te voy a ver porque aquí va a estar cerrado por las fiestas, te he preparado una hoja con las estrategias que funcionan para ti, para poder controlar los pensamientos automáticos, que ya hemos visto que se presentan como voces o como personas a las que ves. Así, aunque nosotros no nos veamos, tú puedes leerlas y tendrás claro todo lo que hemos descubierto que es útil, cuando te empiezas a sentir alterada. Las vamos a recordar (Ver Apéndice 2. Estrategias que funcionan para Judith). Vamos a establecer como meta que leas esta hoja una vez todos los días para que no se te olvide ninguna de estas estrategias, no te va a tomar más de 10 minutos al día ¿está bien?

Intervención en delirios y alucinaciones persistentes

J: Está bien.

Compromiso

T: Bueno, pues mira, vamos a terminar nuestra sesión. La próxima semana no nos vamos a ver, pero te voy a llamar el 25, para saber que estás bien, y me pliques lo bonito que te la pasaste en la fiesta de navidad, ¿te parece?

J: Sí, está bien.

Relatoría de la sesión 14 (08/01/20) “Quiero encontrar trabajo”

T: Hola, Judith ¡Me da mucho gusto verte!

J: Igualmente. Me da gusto verlo.

T: Dime, ¿cómo pasaste las fiestas?

J: Muy bien, como le dije, el 24 la pasamos con mi hermanita, en mi casa.

T: ¿Fuiste con tus cuñadas?

J: No, no fuimos, pero mi esposo sí. Él fue primero con sus hermanas y ya después vino con nosotras. Y la pasamos bien.

T: Excelente, me da mucho gusto, ¿tomaste alcohol, Judith?

J: No. Nada de alcohol.

T: ¡Felicidades! Y ya ves, que la pasaste muy bien. ¿Cómo has estado con tus medicamentos?

J: Bien, me los he tomado. No he fallado.

Fortalecimiento de la relación terapéutica

T: Ésa es una excelente noticia. Nuevamente, ¡te felicito! Has sido muy responsable contigo misma. ¿Has escuchado voces o visto a aquellas personas que solías ver?

J: No, nada. He estado muy tranquila.

T: ¿No has escuchado ni visto nada, entonces?

J: No, nada. He estado muy tranquilita.

T: ¿Estuviste leyendo la hoja de estrategias que te di?

J: Sí, no todos los días, pero algunos días sí.

T: Maravilloso, ¿ves? Si tomas tus medicamentos y tienes presentes estas estrategias te sientes tranquila, y aunque se presentaran estos pensamientos automáticos, podrás hacerles frente y no te sentirás tan angustiada. Así puedes hacer otras cosas que te hacen feliz.

Intervención en delirios y alucinaciones persistentes

J: Sí, pero tengo una pregunta.

T: Dime.

J: ¿Puedo tener relaciones con mi marido?

Psicoeducación y Normalización

T: Claro que sí, Judith. Sí que puedes, tanto como cualquier otra persona.

Este interés por tener relaciones sexuales es perfectamente normal y aumenta cuando las personas se sienten bien con sus parejas. Pero hay algo muy importante que ya hemos discutido al respecto, y es que es importante saber que las relaciones sexuales ocurren cuando las personas desean hacerlo, por lo que no es buena idea insistir más de lo necesario, ¿ok?

J: Sí, está bien. Hay otra cosa: quiero encontrar trabajo.

T: ¡Eso suena muy bien! Y has hablado de esto con tu familia.

J: Sí. Ayer mis hijas me dijeron que me ven muy bien, que si no me gustaría encontrar un trabajo. Y sí quisiera trabajar.

T: Sería una forma muy positiva en la que puedes invertir tu tiempo, y tiene varios beneficios: si trabajas, aunque sea en algo sencillo, puedes hacer algo de dinero y comprar aquellas cosas que te hacen falta, sin tener que tomar el dinero de tu esposo a escondidas.

J: Sí, mis hijas me dicen que me va a ayudar a distraerme y ya no voy a estar pensando en cosas que me pongan mal.

T: Es verdad, me parece muy buena idea de parte de tus hijas, ¿qué te gustaría hacer para trabajar?

J: No sé, tal vez en una fábrica, o en el mercado, hace años trabajaba haciendo comida, panuchos y otras cosas en el puesto de un tío.

T: Me parece muy buena idea.

J: Y otra cosa, voy a ser madrina de un bautismo y voy a ir a unos XV años en marzo.

T: Oh, ¡qué bueno! Me alegra verte contenta y emocionada. Así que marzo va a estar lleno de fiestas. Y ya ves que la navidad y el año nuevo la pasaste muy bien y sin ningún problema. Esto indica que has hecho las cosas que te sirven, como el repaso de las estrategias que te compartí, y que no son más que la recopilación de aquellas actividades que tú me has comentado que te funcionan. Así que, ¿Estás de acuerdo en que las repasemos una vez más?

J: Sí, está bien (Se repasan las estrategias. Ver Apéndice 2)

T: Muy bien, Judith. Te veré la próxima semana. Espero que tengas éxito en la búsqueda de un trabajo.

J: Gracias.

Relatoría de la sesión 15 (15/01/20) “Es que no dejo de pensar en esa muchacha”

Se presenta la paciente puntualmente. No viene acompañada de su madre.

T: Hola, Judith, ¿cómo ha estado tu semana?

J: Más o menos.

T: Oh, ¿qué pasa?

J: Es que estuve llorando porque mi marido se la pasa exigiéndome que salga a pasear. Me lo dice a cada rato, pero yo no quiero salir, porque tengo temor de que me roben el mandado (ríe).

T: Jajaja... A ver, ¿cómo está eso?

J: Es que no dejo de pensar en esa muchacha. Es que él me dice que salga, pero yo sospecho que él quiere me salga para poder verla.

T: Ah... comprendo, pero esto parece que lo hemos platicado en otras ocasiones. ¿Recuerdas que hemos platicado acerca de tener evidencias que confirmen que esto pasa?

Discutir los delirios

J: Sí, ya sé que no hay evidencias.

T: ¿Y entonces?

J: Pues nomás son cosas que imagino yo en mi cabeza.

T: Es probable, si no hay evidencias ni las ha habido quiere decir que son tus propios pensamientos que te están haciendo sentir incómoda, ¿y qué haces cuando te pones a pensar en estas cosas?

J: Trato de ponerme a hacer otra cosa, pero no me salgo de la casa y él se molesta. Dice que necesito distraerme.

T: No suena mal, ¿qué me dices del trabajo? En la última sesión estabas muy emocionada con la idea de buscar un trabajo, tus hijas te habían alentado y tú estabas muy contenta.

J: Sí, sí quiero, pero no he buscado nada. Es que no tuve muchas ganas esta semana.

T: Ya veo. Bueno, supongo que además de buscar trabajo hay otras alternativas, actividades que, como te dice tu esposo, podrían ayudarte a pasar un buen tiempo. ¿Se te ocurre algo?

J: Pues hay actividades en el centro comunitario. Ya mi mamá me había dicho que fuera.

T: Es verdad. Y creo que ahí hay varias actividades que puedes realizar, manualidades, costura, repostería y otras cosas, ¿no?

J: Sí. Aunque creo que ahorita sólo están abriendo los viernes.

T: Bueno, así fuera un solo día a la semana probablemente lo puedas disfrutar. Dale una oportunidad.

J: Está bien. Iré a preguntar.

T: Bien. ¿Recuerdas que tus pensamientos suelen parecer voces? ¿Los has tenido en la última semana?

*Intervención en
alucinaciones
auditivas*

J: Sólo un poquito.

T: ¿Un poquito cada día?

J: Sí, solo unos minutos cada día.

T: Ok, y ¿has visto cosas o personas extrañas?

J: No, no he visto nada. Sólo las voces, pero poquito.

T: Ok, ¿te hacen sentir muy mal?

J: Un poco, cuando me dicen que mi marido, que la muchacha esa, pero trato de no hacerles caso.

T: Genial. Recuerda que tiene alternativas para hacerle frente a esas situaciones y sentirte bien en poco tiempo. Las actividades que hemos estado repasando en las sesiones anteriores han sido muy útiles.

J: Sí, a veces me pongo a ver la tele o a escuchar música. La pongo también en la tele. *Intervención en delirios persistentes*

T: Muy bien, y ¡a bailar!

J: (Ríe) Sí, a veces bailo, como si estuviera loquita, pero sólo cuando estoy sola.

T: ¡Bailas como una persona sana que está feliz! Son cosas que todos hacemos y que disfrutamos mucho. Así que me parece genial que bailes. *Normalización*
 Cuando lo haces ¿sigues teniendo estos pensamientos en forma de voces?

J: No, se me olvida.

T: Ves, son sólo tus pensamientos que, cuando haces algo más divertido, dejan de ser importantes y entonces tú puedes disfrutar de tus otras actividades favoritas.

J: Sí, me la paso bien en esos momentos.

T: Maravilloso. De eso se trata, que puedas disfrutar de tus actividades cuando tengas ganas de realizarlas. Y que veas que tienes control para disminuir tus malestares. Vamos a dejar nuestra sesión aquí, te veo la próxima semana.

Relatoría de la sesión 16 (12/02/20) “He estado bien y mal”

La paciente llega puntual a la sesión, después de 3 semanas de inasistencia consecutiva.

T: Tenía mucho tiempo sin verte. ¿Qué ha pasado? ¿Cómo has estado?

J: Perdón, es que se me pasó el tiempo, porque fui al seguro, y cuando salí ya era muy tarde, y ya no supe si íbamos a tener otra vez las consultas. Por eso no venía. Yo creí que ya no iba a venir Usted.

T: No, yo he venido semana tras semana y te he estado esperando.

Honestamente me preocupaba un poco que no regresaras tú así sin motivo aparente.

J: Perdóneme, ya no voy a faltar.

T: No hay ningún problema, de verdad. Lo único que te pediría es que, si vas a faltar en algún día, porque esas cosas pasan, me avises y te presenten en tu siguiente sesión, ¿está bien?

Compromiso

J: Sí, pero ya no voy a faltar.

T: Perfecto. Ahora dime, ¿cómo has estado?

J: Pues he estado bien y mal.

T: ¿Cómo es eso?

T: Sí, pues las cosas han estado bien, pero cuando le dije a mis hijas que quería ir a preguntar por el trabajo me dijeron que ellas me podían dar dinero, para que yo no tuviera que salir de casa. O que me podían poner un puestecito afuera de la casa para vender dulces y chucherías para los niños.

T: Oh, ok. Y tú, ¿cómo te sientes con esa idea?

J: Pues está bien, si ellas me ayudan a poner el puestecito, yo lo podría atender sin tener que irme de casa.

T: Sí, es cierto. Supongo que además puedes así decidir en qué momento quieres estar trabajando o tener unos horarios cómodos que tú misma establezcas, podrías tener un horario más flexible ¿verdad?

J: Sí, puedo ponerlo en la mañana y un rato en la tarde. Y si no quiero no lo pongo (ríe).

T: Bien, a mí me daría mucho gusto que tuvieras tu trabajo y así puedes ganar algo de dinero, reinvertir para tener surtido el negocio y tener algo de ganancia para ti. ¿Cuándo piensas empezar?

J: Pues mi hija la mayor creo que iba a pedir un préstamo y de ahí me va a dar dinero para surtir.

T: Muy bien, ¿cómo cuánto crees que necesitas para surtir tu pequeño negocio?

J: Tal vez unos \$500.00 pesos.

T: Muy bien. Suena como un proyecto realizable, puedes empezar con unos cuantos dulces y poco a poco vas surtiendo más tu negocio.

J: Sí.

T: Bueno, y ¿qué me puedes decir de tus pensamientos, ya sabes... los que parecen voces, pero que en realidad son pensamientos? ¿Se han presentado?

J: No, he estado tranquila. No he escuchado nada.

T: Maravilloso. Me da mucho gusto. ¿Has visto a las personas que solías ver afuera del baño?

J: No, no, he estado tranquila, de verdad.

T: ¿Has visto cosas raras, a aquellas personas afuera del baño?

J: No.

T: Ok. Me da gusto. ¿Hay algo importante que me quieras platicar?

J: Pues no, sólo que no he ido al centro comunitario.

T: ¡Es verdad! ¿Por qué?

J: Es que he tenido flojera. No me dan ganas de hacer nada. Entonces me quedo en la casa y nomás veo la televisión y me duermo. Y mis hijas me dicen que salga, pero yo no quiero. No me dan ganas.

Normalización

T: Ah, ya veo. ¿Pero te estás tomando bien los medicamentos?

J: Sí, me los estoy tomando bien, en la mañana y en la noche.

T: Bueno, a ver, recuerda que es muy importante que te mantengas en movimiento, cuando menos salir a caminar un poco, porque hacer ejercicio es bueno para tu cuerpo y para tu mente. Te ayuda a sentirte mejor, en general.

J: Sí, pero sí hago mis cosas en la casa, pero ya en la tarde me da flojerita (ríe).

T: Sí, eso es normal. Sin embargo, si haces un esfuerzo, después de los primeros minutos de salir a caminar, verás que puedes disfrutar mucho.

J: Sí. Me gusta caminar, pero no he tenido ganas.

T: Vale. Mira, inténtalo una vez. Salir a caminar 30 minutos. 15 minutos hacia un lado y los otros 15 de regreso. Si te la pasas bien, lo haces el otro día, si no, puedes descansar e intentarlo cada tercer día, ¿te parece?

J: Bueno.

T: Ok. Piensa que sentirse bien con uno mismo también es un compromiso.

Tienes que tomar tus medicamentos, venir a la terapia, salir a caminar y también relajarte, pero hay que darle un tiempo a cada cosa. Nos vemos la siguiente semana a la misma hora. Yo estaré muy feliz de verte nuevamente, recuerda que este espacio es para ti y puedes platicarme cualquier cosa que tú quieras.

*Fortalecer la
relación
terapéutica*

J: Está bien, voy a salir a caminar y sí voy a venir.

Relatoría de la sesión 17 (12/02/20) “¿Me puedo cortar el cabello?”

La paciente llega puntualmente, sin la compañía de su madre a la sesión.

T: Hola, Judith. Me da gusto verte, ¿cómo va todo? ¿cómo has estado?

J: Bien, no le han dado el dinero del préstamo a mi hija, así que me puse a buscar trabajo. Hay un restaurancito por el centro y pregunté y me dijeron que podría lavar los trastes y hacer el aseo. Pero no sé. Mis hijas no quieren que trabaje fuera de la casa. Me dicen que estoy bien y que no necesito ir a trabajar. Que haga mi quehacer y me salga a pasear.

T: Ya veo. Bueno, pues hay que hacer cualquier cosa que te haga sentir bien y con lo que tú te sientas cómoda, eso es lo más importante. Estoy seguro de que tus hijas quieren lo mejor para ti.

J: Sí, he estado platicando mucho con ellas.

T: Me da gusto. Ellas te quieren mucho, lo mismo que tu mamá. Es bonito saber que muchas personas te quieren y te cuidan. ¿Cómo está tu mamá?

J: Ha estado malita de los bronquios, por eso no vino.

T: Por favor cuando la veas dile que le mando un abrazo y que deseo que se recupere pronto, ¿ok?

J: Sí, yo le digo.

T: Esta vez te toca a ti estar al pendiente de ella. Así como ella te ha cuidado, ahora tú puedes hacer lo mismo por ella.

J: Sí la cuido. Le decimos que se quede acostada, pero se aburre y se pone a ayudarme con el quehacer.

T: Bueno. Te felicito por la ayuda que le estás otorgando. Puedes ver que tienes una capacidad muy grande para cuidarla, sin que por eso dejes de lado tus actividades domésticas. Eso es algo que habla muy bien de ti. Eres una buena hija. Ahora, dime, ¿Cómo has estado con tu esposo?

J: Bien, no hemos peleado ni nada. No ha habido problemas.

T: Esas son buenas noticias. Oye, ¿cómo estás con los medicamentos?

J: Bien, el día 24 me toca ir por ellos.

T: Muy bien, me da gusto que lo tengas bien presente. ¿Los has estado tomando en tiempo y forma?

J: Sí, me los tomo bien.

T: ¿Cómo has estado con tus síntomas, ya sabes las voces y las personas?

J: Nada, no he tenido nada.

T: Ok, por ese lado todo tranquilo entonces.

J: Sí, pero quería preguntarle algo...

T: Dime.

J: ¿Me puedo cortar el cabello?

T: Claro que puedes. Si deseas hacerlo, no hay ningún problema.

J: ¿No me va a pasar nada?

T: No, no te tiene que pasar nada. ¿Qué te podría pasar?

J: Que me sienta mal. Que me vaya a quedar loquita.

T: No te pasaría absolutamente nada malo, Judith. Al contrario. Si tienes ganas de cortarte el cabello y te lo cortas probablemente te sientas muy contenta al hacerlo. Imagínate, si cuando uno se corta el cabello se pone loquito, ¡¿Yo cómo estaría?!
Psicoeducación
Uso del humor para confrontar la idea delirante

J: (Ríe). Entonces me lo puedo cortar.

T: Claro que sí. No hay ningún inconveniente. Supongo que antes ya te has cortado el cabello, ¿no es así?
Intervención en delirios persistentes

J: Sí, ya me lo he cortado.

T: Y cuando te lo has cortado, ¿te ha pasado algo malo?

J: No.

T: ¿Ves? No tiene nada de malo cortarse el cabello. No existe ninguna relación entre la presencia de los síntomas, como dices “quedar loquita” y cortarse el cabello. Y aún si, por casualidad, el día que te cortas el cabello, empiezas a sentirte mal, o a tener estos pensamientos que te hacen sentir incómoda, ¿por qué sería tan terrible tenerlos si ya tienes una serie de
Psicoeducación
Descatastrofización

estrategias que puedes utilizar para disminuirlos? Ya sabes a qué estrategias me refiero, ¿verdad?

J: Sí, a las de la hoja.

T: Exactamente, y quiero que recuerdes que esas estrategias han sido probadas por ti, y realmente funcionan. Así que puedes, sin temor cortarte el cabello, ¿ok?

Intervención en delirios persistentes

J: Está bien.

T: Y como te vas a cortar el cabello, si al final lo decides, podemos ver qué tal te sientes el día en que lo hagas. Así podremos verificar si nuestra teoría se sostiene, ¿te parece?

Generación de hipótesis verificables

J: Sí, está bien.

T: Perfecto. Nos vemos la siguiente semana.

Relatoría de la sesión 18 (26/02/20) “¿Puedo tener relaciones con mi esposo?”

Se presenta la paciente, puntual a su sesión. No viene acompañada de su madre.

T: Buenos días, Judith, ¿Cómo estás?

J: Bien, fui a una fiesta de mi sobrina este fin de semana. La pasé bien.

T: ¡Qué bueno! ¿Con quién fuiste?

J: Fui con mis hijas.

T: Me da mucho gusto. ¿Te divertiste?

J: Sí, bailé y comí (ríe).

T: Muy bien. Oye, te veo como cansada.

J: Sí, es que me he estado tomando mis medicamentos de la noche más tarde, para cuidar a mi mamá.

T: ¿Cómo sigue tu mamá?

J: Pues bien, ahí sigue en la casa, pero todavía no se recupera completamente.

T: Bueno, me da gusto saber que la estas cuidando, y que a pesar de que te estás desvelando un poco más, te tomas los medicamentos. Sin embargo, intenta que no haya tanta variación en los horarios, y por nada vayas a dejar de tomarlos. Oye, ¿al final te cortaste el cabello?

J: Sí, me lo corté.

T: Muy bien, y ¿qué tal? ¿cómo te sentiste?

J: Bien, me dijeron mis hijas que me veía bonita.

T: Maravilloso. Me da mucho gusto. ¿Ya ves? No hay nada malo con cortarse el cabello. No te sentiste mal cuando lo hiciste, como temías antes de hacerlo. De esta forma debemos poner a prueba nuestras ideas. Te felicito. Ahora, cuéntame ¿cómo están tus hijas?

*Generación de
hipótesis
verificables*

J: Bien, ellas están bien, también cuidan a mi mamá. Pero me regañaron porque me dicen que no dejo en paz a mi marido. Es que él llega cansado del trabajo, y se acuesta y yo lo despierto a cada rato. Y él me contesta enojado.

T: Claro, a nadie le gusta que o despierten, ¿verdad?

J: No (*ríe*).

T: ¿Qué te parece si dejamos de tarea que no le hables mientras él está dormido? Esto va a cumplir varias funciones: por un lado, tu esposo no te va a contestar molesto y por otro tus hijas no se van a enojar contigo, ¿te parece bien?

J: Está bien. Lo voy a dejar dormir.

T: ¿No has hecho nada con el trabajo?

J: No, pues hasta que no se recupere mi mamá no voy a buscar nada del trabajo. Porque a veces le ayudo a levantarse a ella. Entonces mejor me espero.

T: Estoy de acuerdo. Te felicito por cuidar a tu mamá con tanto cariño.

¿Saliste a caminar?

J: Sólo una vez, ya no me siento cansada, pero me he quedado para estar con mi mamá.

T: Ok.

T: ¿Has tenido alucinaciones? Ya sabes, creer que ves cosas que no están.

J: No, nada.

T: ¿Tampoco has peleado con tu vecina?

J: (Ríe) No. No le he dicho nada. He estado tranquila.

T: Oye, hay algo que no sé. ¿Cuándo fue la última vez que tú trabajaste?

J: Hace como más de un año.

T: ¿Ah, si? ¿Dónde?

J: En el mercado, hacía panuchos en un puesto.

T: Es verdad, ya me habías platicado que habías trabajado en eso. Porque eres buena haciendo comida y te gusta, ¿verdad?

J: Sí, me gusta.

T: Esta última vez que trabajaste en el mercado haciendo panuchos, ¿cuánto tiempo trabajaste?

J: Pues como dos o tres meses. Fue poquito.

T: Ok. Muy bien, ¿fuiste por tus medicamentos?

J: Sí, el lunes, creo. Me los he estado tomando bien.

T: Excelente, te felicito.

J: Sí, ese día me tocaba que me viera el médico en el seguro, le pregunté que si no era necesario me internen.

T: ¿Y qué te dijo el médico?

J: Que no, que no hace falta. También me dijo que trabaje, que sí puedo trabajar.

T: ¿Ves? Ya somos varios lo que te hemos dicho que puedes hacerlo.

J: Sí, nomás que mi mamá se sienta mejor. Me siento tranquila con mi mamá en casa. Todos hemos estado tranquilos, con mis hijas también.

T: ¡Qué bueno! ¿No hay problemas con tu esposo por que tu mamá esté ahí?

J: No, él la quiere mucho. Nos ponemos todos a platicar y se nos hace tarde. La pastilla para dormir me la he estado tomando como a las 8 o 9 de la noche, y me duermo como a las 10 de la noche, para así levantarme como a las 8 de la mañana.

T: Bueno, a pesar de que te estás durmiendo más tarde, me parece que son suficientes horas de sueño, hasta un poco de más.

J: (Ríe). Hoy se me hizo tarde para venir y mi esposo y mis hijas me dijeron “Se te está haciendo tarde para ir a tu cita”.

T: Ah, qué bueno que te lo recordaron. Quiere decir que ellos consideran importante que estés aquí. Probablemente ven que te encuentras mucho mejor.

J: Sí, también mi mamá me dijo que me apurara.

T: ¿Tú querías venir?

J: Sí, me gusta venir.

T: A mí también, Judith. Estoy muy contento por cómo estás, a pesar del cansancio. Creo que todos estamos de acuerdo que estás más tranquila, te ves feliz, aunque con un poco de sueño. Te felicito y espero que continúes así. Recuerda que lo más importante es mantener la calma y en caso de sentirte mal, ya sabes las estrategias puedes seguir para sentirte mejor, ¿las recuerdas?

*Fortalecer la
relación
terapéutica*

J: Sí.

T: A ver, ¿cuáles son?

J: Pues distraerme, ponerme a platicar, ver la tele, salir a caminar, dormir...

T: Maravilloso. Ya tienes la lista que puedes leer de vez en cuando para que no se te olviden, ¿ok?

J: Sí, la tengo en la casa.

T: Bueno, parece que todo marcha bien, así que te veré la próxima semana a la misma hora.

J: Nada más una pregunta.

Psicoeducación

T: Dime.

J: ¿Puedo tener relaciones con mi esposo?

T: Como lo hemos platicado en sesiones anteriores, Judith, tienes toda la libertad para tener relaciones sexuales con tu esposo. No hay ningún problema, ¿ok? Lo único que se necesita es que ambos lo deseen.

J: Es que es eso, como que él no quiere. A veces me habla para que le acaricie la panza mientras vemos televisión, pero ya no me dice nada.

T: Bueno, a mí me parece que, en cualquier caso, que él te pida que lo acaricies es una muestra de que se siente a gusto contigo. Y tengan o no relaciones sexuales, lo más importante es que tengan una bonita relación.

¿Tú disfrutas acariciándolo?

J: Sí.

T: Bien, entonces disfrútalo y deja que las cosas fluyan de forma natural, ¿te parece?

J: Sí. Está bien.

T: Vale. Te veo la próxima semana.

J: Bueno.

Relatoría de la sesión 19 (04/03/20) “¿Sí razono?”

La paciente llega puntual a su sesión. Llega sola.

T: ¡Hola, Judith! Me da mucho gusto verte.

J: Gracias. A mí también.

T: Te ves bien, contenta.

J: Es que ya estoy durmiendo mejor.

T: Ah, debe ser eso. La última sesión estabas aquí con mucho sueño, ¿Has estado tomando bien tus medicamentos?

J: Sí, los estoy tomando bien.

T: Me da gusto. Plátame cómo han estado las cosas en casa.

J: Bueno, pues es que ayer fui a casa de mi mamá, porque ya se está quedando en su casa. Ya está mejor. Pero es que ayer vi que mi marido estaba muy alegre en la casa y pensé que era porque había visto a su amante. Estaba muy extraño. Y le dije “¿Qué? ¿sí vino la chaca?”

T: ¿La chaca?

J: La amante, pues (ríe). Y entonces él se molestó y me dijo “¿ya vas a empezar? Salte a caminar o ponte a hacer algo”. Y pues me salí a casa de mi mamá.

T: A ver... ¿Lo único que pasó es que tu esposo estaba contento en casa?

J: Sí, estaba bromeando con mis hijas y cantando. Y pues nomás pensé en la muchacha.

T: ¿Y de verdad crees que la haya visto?

J: Pues no sé. A lo mejor no (ríe). Pero eso es lo que no entiendo. Le quería preguntar por qué me pasa eso, ¿sí razono?

T: Claro que razones. Por el mismo hecho de poder formular la pregunta ya queda claro que sí razones. También me parece que sabes que, si haces esas preguntas, lo más probable es que se irrite tu esposo. Así que, lo que creo que puedes hacer es evitar hacerle esas preguntas, que sólo hacen que cambie su humor. Podrías, mejor, disfrutar del buen humor de tu esposo. Recuerda que una cosa es sentir celos, pero otra muy diferente es hacer reclamos sin sentido.

Normalización

J: Le pregunté a mi hija si no razonaba, si estaba loca, y ella me dijo “hay locos que no razonan y se desnudan en la calle, ¿tú te quieres desnudar en la calle?”

T: ¿Qué le contestaste?

J: Pues que no (ríe).

T: Ah, ¿ves? Esa observación de tu hija fue bastante buena. Te puedes dar cuenta de que verdaderamente tienes capacidad para razonar. Y que sólo necesitas evitar hacer preguntas incómodas, de las que no puede salir nada bueno, ¿o qué querías que te contestara tu esposo?

J: No, pues nada...

T: ¡Ah! Sólo lo querías hacer enojar.

J: Pues no (ríe). Nomás se me hizo raro que estuviera así de contento.

T: Eso es algo bueno, y te propongo que para la próxima simplemente disfrutes del momento.

J: Está bien.

T: ¿Has visto en los últimos días a las personas que veías en el baño?

J: No, nada.

T: Ok. Me da gusto. Entonces, nos veremos la próxima semana.

J: Bueno.

Relatoría de la sesión 20 (11/03/20) “Ya no les hago caso (a las voces)”

Judith llega sola a la sesión, de forma puntual.

J: Hola.

T: Hola, Judith, buenos días. ¿Cómo estás?

J: Bien, contenta. Todo ha estado muy bien.

T: Oh, ¡qué alegría me da escuchar esto!

J: Sí, me siento bien.

T: ¿Has estado tomando tus medicamentos?

J: Sí, los he tomado.

T: Perfecto, ¿cómo sigue tu mamá?

J: Bien, está mejor, pero la van a llevar al médico particular para que la revise, porque ha estado tosiendo mucho, le habían dicho que eran los bronquios, pero no ha mejorado de eso.

T: Es una buena idea que la lleven a que la revisen nuevamente. ¿qué tal las cosas en tu casa?

J: Pues que ha pasado varias veces que me acuesto con mi marido en la cama y en la hamaca (ríe).

T: Oh, te ves feliz.

J: Sí. Pues nomás nos ponemos a ver la tele o a platicar, pero él es el que me llama.

T: Me da gusto. Veo que eso te pone feliz. Trata de mantener la relación cordial. ¿Qué me dices de las voces? ¿Las has escuchado?

J: Poquito.

T: Poquito. Pero ¿dirías que es la misma frecuencia con la que las escuchabas antes?

J: Sigue siendo la misma frecuencia, pero ya no les hago caso.

T: Maravilloso. Te felicito, si ya no les haces caso entonces la molestia que te causan es mucho menor, ¿verdad?

Intervención en alucinaciones

J: Sí.

T: ¿Y qué me dices de las personas que veías?

J: Ya no las he visto desde hace mucho.

T: Es verdad, en las últimas ocasiones me has dicho lo mismo. Ésa es una buena señal, por cierto.

J: Me puse a leer ayer la lista que me dio.

T: Excelente, ¿te ha ayudado?

Intervención en delirios y alucinaciones

J: Sí, ahí la tengo. Y al rato la voy a volver a leer.

T: Buena idea, sigue haciéndolo, para que las tengas bien presente. ¿Cómo están tus hijas?

J: Están bien. Platico más con la menor. Con la grande no tanto, porque tiene el carácter como su papá. Pero a veces también hablo con ella, pero cuando no está enojada.

T: Ese es otro éxito, Judith, que distingas cuando es un buen momento para conversar con tu hija o con tu esposo, o con cualquier persona. Si ves que el momento no es apropiado, entonces vale la pena esperar a que se calmen o estén de mejor humor, ¿estás de acuerdo?

J: Sí.

T: Muy bien, pues las cosas van mejorando. Así que sigue haciendo las cosas como en éstos últimos días, y verás que seguirán teniendo muchos buenos momentos en casa.

J: Está bien.

Apéndice 2. Estrategias que funcionan para Judith.

¿Qué debo hacer para controlar los pensamientos automáticos? Estrategias que funcionan para Judith

En caso de tener pensamientos automáticos recurrentes (recuerdo que estos pensamientos automáticos se pueden percibir en forma de “voces”, pero no son más que mis propios pensamientos), que me causan malestar emocional, hemos comprobado en diferentes momentos la utilidad de las siguientes estrategias:

1. *Retirarme tranquilamente de la persona y del lugar en el que se están presentando los pensamientos automáticos*
 2. *No discutir ni hablar de estos pensamientos automáticos con otra persona.*
 3. *Una vez que me encuentre sola, tratar de escuchar música y de ser posible, bailar.*
 4. *Ver una película cómodamente.*
 5. *Tomar una siesta, o si es tarde, acostarme a dormir.*
 6. *Tomar una porción pequeña de comida y disfrutarla.*
 7. *Si es posible, ir a visitar a mamá o hablar con mis hijas, o con otra persona de mucha confianza y pedirles que me ayuden con los puntos 8, 9 y 10.*
-

8. *Si los pensamientos son sobre una persona particular y me encuentro en compañía de otra, decirle con tranquilidad: “me estoy sintiendo mal, ¿me puedes decir cosas bonitas?”.*
 9. *Utilizar la técnica de detención del pensamiento (con el uso de la palabra “Basta”), recordando todas aquellas cosas y personas que me hacen feliz.*
 10. *Utilizar la técnica de respiración profunda, hasta que me sienta tranquila.*
-

Debo tomar diariamente mis medicamentos. Esto es muy importante porque son estabilizadores del estado de ánimo, que me ayudan a controlar las conductas impulsivas.

Debo recordar que soy una persona maravillosa que merece y puede ser feliz.