

MÁSTER UNIVERSITARIO EN  
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Trabajo Fin de Máster

**“IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS  
SÍNTOMAS POSITIVOS DE LA PSICOSIS EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO  
DE ESQUIZOFRENIA CON PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA  
PERSISTENTE”**

Autora: Andrea Carolina Chilibingua Montenegro

Tutor: Mariano Hernández Monsalve

Fecha de lectura: 2021 – 2022

## **RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo es mostrar cómo se ha logrado reducir el sufrimiento emocional producido por la experimentación de los síntomas psicóticos persistentes tras la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual para los Síntomas psicóticos recurrentes, en un usuario de Mentalia Puerto que presenta un diagnóstico de Esquizofrenia (anteriormente tipificado como Esquizofrenia Hebefrénica), cuya evidencia clínica muestra que hay presencia de experimentación de síntomas positivos psicóticos, sobre todo de alucinaciones auditivas.

Para la elaboración de la intervención se ha tomado en cuenta la evidencia existente sobre la efectividad de las terapias cognitivo conductuales en la mejoría de la sintomatología positiva de la psicosis; esta intervención no busca eliminar la experimentación psicótica de los delirios y/o alucinaciones, sino mejorar la interpretación que hace el paciente de su sintomatología acompañada por estrategias de afrontamiento que le permitan reducir el sufrimiento emocional generado, y por ende mejorar el impacto que tiene la experimentación de los delirios y las alucinaciones en el paciente.

Es importante en este contexto comprender que el ser humano biopsicosocial al enfrentarse a un trastorno mental grave como la esquizofrenia, no se enfrenta únicamente a los síntomas como tal, es la experimentación de los síntomas aquello que causa mayor estrés psicológico aumentando la vulnerabilidad de la persona, de ahí que es necesario el tratamiento psicológico en estos aspectos.

La intervención está basada en la propuesta que presenta el Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave (Pastor, Blanco, & Navarro, 2010), que a su vez cuenta con los fundamentos teóricos que permiten guiar la propuesta de trabajo de cara a un resultado confiable y positivo.

## **PALABRAS CLAVE**

Terapia Cognitivo Conductual, Síntomas positivos de la psicosis, Esquizofrenia, síntomas psicóticos persistentes, sufrimiento emocional.

## ABSTRACT

The goal of this study is to show how it has been possible to reduce the emotional suffering produced by experiencing persistent psychotic symptoms after the use of Cognitive Behavioral Therapy on recurrent psychotic symptoms, on a Mentalia Puerto patient with a diagnosis of Schizophrenia (previously typified as Hebephrenic Schizophrenia), whose clinical evidence shows the presence of positive psychotic symptoms, especially auditory hallucinations.

For the design of the intervention, the current evidence of the effectiveness of cognitive behavioral therapies in the improvement of the positive symptomatology of psychosis has been used; this intervention does not seek to eliminate the psychotic experimentation of delusions and/or hallucinations, but to improve the patient's interpretation of their symptomatology combined with coping strategies that allow them to reduce the resulting emotional suffering, and, therefore, improve the impact that the experimentation of delusions and hallucinations has on the patient.

In this context, it is important to understand that when a biopsychosocial individual faces a serious mental disorder such as schizophrenia, they not only face the inherent symptoms, but experiencing the symptoms is what causes greater psychological stress increasing the vulnerability of the person, hence the need for psychological treatment in these cases.

The intervention is based on the proposal presented in *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave* (Pastor, Blanco & Navarro, 2010), which includes the theoretical foundations that guide the work proposal towards a reliable and positive result.

## KEYWORDS

Cognitive Behavioral Therapy, Positive Symptoms of Psychosis, Schizophrenia, Persistent Psychotic Symptoms, Emotional Suffering.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA .....  | 6  |
| 1.1 El trastorno mental grave y la esquizofrenia.....   | 6  |
| 1.2 Intervenciones Psicológicas para la Esquizofrenia .....   | 7  |
| 1.3 Terapia Cognitivo Conductual para la Psicosis .....   | 9  |
| 1.4 Síntomas Psicóticos Persistentes.....   | 9  |
| 1.5 Perspectivas actuales sobre los síntomas psicóticos persistentes .....  | 11 |
| 2. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN .....   | 13 |
| 2.1 Descripción del Dispositivo de Rehabilitación .....   | 13 |
| 2.2 Descripción del usuario participante .....  | 14 |
| 2.3 Descripción del Programa de Intervención .....  | 15 |
| 2.3.1 Estructura del Programa .....   | 16 |
| 2.3.1.1 Establecimiento de la relación terapéutica.....   | 16 |
| 2.3.1.2 Evaluaciones Pretest y resultados .....   | 16 |
| 2.3.2 Desarrollo Histórico de los Delirios y las Alucinaciones .....  | 20 |
| 2.3.3 Análisis funcional de los Delirios y las Alucinaciones .....  | 21 |
| 2.3.3.1 Descripción general de las creencias delirantes o de las voces,<br>contenido y parámetros cuantitativos ..... | 21 |
| 2.3.3.2 Análisis del último episodio, componentes cognitivos, conductuales, afectivos<br>y fisiológicos .....         | 23 |
| 2.3.3.3 Relaciones funcionales establecidas entre las creencias delirantes<br>o las voces .....                       | 23 |
| 2.3.3.4 Secuencias funcionales de la ocurrencia de los síntomas .....   | 24 |
| 2.3.3.5 Identidad de las voces, propósito, significado y creencias .....  | 24 |
| 2.3.4 Valoración dimensional de los síntomas psicóticos .....   | 25 |
| 2.3.4.1 Grado de convicción respecto de la creencia .....   | 25 |
| 2.3.4.2 Tiempo dedicado a la creencia .....   | 25 |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.4.3 Perturbación emocional asociada al síntoma .....  | 25 |
| 2.3.5 Relación establecida con los síntomas .....         | 26 |
| 2.3.5.1 Identificación de creencias evaluativas .....     | 26 |
| 2.3.6 Formulación de Caso .....                           | 27 |
| 3. INTERVENCIÓN .....                                     | 29 |
| 3.1 Descripción de las sesiones .....                     | 29 |
| 3.2 Resultados Post Test .....                            | 43 |
| 3.3. Análisis de resultados Pretest y Post test .....     | 46 |
| 3.4 Justificación de las sesiones y recomendaciones ..... | 49 |
| 4. CONCLUSIONES .....                                     | 51 |
| 5. BIBLIOGRAFÍA .....                                     | 53 |
| 6. ANEXOS .....   | 54 |

## 1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

### 1.1 El Trastorno Mental Grave y La Esquizofrenia

La Organización Mundial de la Salud – OMS como organismo rector de la salud ha caracterizado a los trastornos mentales como alteraciones clínicamente significativas de la cognición, la regulación de las emociones y/o el comportamiento del individuo (Organización Mundial de la Salud, 2022), estas alteraciones psiquiátricas ocurren de manera prolongada y pueden llegar a generar discapacidad funcional en gran parte de áreas vitales del individuo, por cuanto es esta última característica la que define la gravedad de la enfermedad mental, y diferencia al Trastorno Mental Grave (TMG) de otras enfermedades mentales.

Las personas que sufren un TMG presentarán ciertas características comunes como: mayor vulnerabilidad al estrés, déficit de habilidades que le permiten manejarse de forma autónoma, dependencia elevada de cuidadores y/o servicios sanitarios y/o sociales, dificultad para acceder al mundo laboral y grave alteración conductual (Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave de Valencia , 2022).

Existen criterios de inclusión de los TMG a partir de la siguiente categoría de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 (OMS-1992), son considerados como TMG los Trastornos esquizofrénicos, Trastornos esquizotípicos, Trastornos delirantes persistentes, Trastornos delirantes inducidos, Trastornos esquizoafectivos, Otros trastornos psicóticos no orgánicos, Trastorno Bipolar, Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, Trastornos depresivos graves recurrentes.

La esquizofrenia como uno de los trastornos graves de mayor cronicidad se caracteriza por afectar la capacidad de las personas en diversos aspectos psicológicos como el pensamiento, las emociones, la percepción de la realidad y su entorno, el comportamiento y voluntad; los síntomas más característicos de la enfermedad constituyen: delirios, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizados, comportamiento extraño e inapropiado, acompañado de la pérdida de contacto con la realidad, siendo estos los llamados síntomas positivos.

La vivencia del trastorno mental en sí mismo, el impacto que tiene la sintomatología positiva en la persona conlleva consecuencias en áreas importantes de la vida, como la disminución de la

función cognitiva, dificultad en las habilidades sociales y la expresión de las emociones, falta de habilidades para la vida diaria y anhedonia; y es a partir de aquí que nace la búsqueda por dar tratamiento o la mal llamada “cura” de la Esquizofrenia.

## **1.2 Intervenciones Psicológicas para la Esquizofrenia**

La esquizofrenia ha sido y continúa siendo uno de los trastornos mentales graves cuyos tratamientos han sido objeto de innumerables críticas, muchos de sus métodos para tratar la enfermedad han generado controversias lo largo de los años, desde aquellas prácticas manicomiales donde la Lobotomía y el Electroshock, eran los tratamientos efectivos por excelencia, aun cuando la persona perdiera capacidades cognitivas, adaptativas y autónomas en su vida, pasando por el nacimiento de los antipsicóticos de primera generación, cuyos efectos secundarios altamente significativos les proporcionaron a las personas calificativos peyorativos como “zombis en vida”, hasta llegar a tratamientos combinados que no solo requieran “eliminar” o disminuir la presencia de sintomatología positiva con la evolución de los psicofármacos a antipsicóticos de segunda generación, sino que involucren la transformación de la visión de la persona con esquizofrenia de un individuo “loco e incapacitado” a un ser humano con derechos que merece una calidad de vida óptima y la inclusión dentro del tejido social.

Es así como los manicomios desaparecen y se transforman en dispositivos de rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria como una alternativa a la institucionalización psiquiátrica. Sin embargo, si el objetivo es insertar a la persona con esquizofrenia en el espacio social comunitario con un nivel de autonomía, se requieren más acciones en conjunto que la sola prescripción farmacológica, sin perder de vista los componentes psicológicos que atraviesan al ser humano más allá de la afectación fisiológica de la cual se ocupará la psiquiatría.

Uno de los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial es mejorar el funcionamiento social a través de un conjunto de intervenciones de tipo psicológico (Pastor, Blanco, & Navarro, 2010, pág. 333) que permitan tratar no solamente los síntomas como tal, sino el sufrimiento emocional que conlleva la experiencia misma de los delirios y alucinaciones, el hecho de reconocerse enfermo, las dificultades que acarrearán para el resto de la vida y el estigma social que implica tener una enfermedad mental grave como la esquizofrenia.

En las últimas décadas los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia han evolucionado, al punto de pasar de ser herramientas opcionales a ser imprescindibles para el tratamiento de esta enfermedad mental, siendo hoy por hoy intervenciones que van siempre adjuntas al tratamiento farmacológico y que constituyen importante relevancia en las guías de práctica clínica (Vallina, 2020). La evolución histórica de estas intervenciones se inicia con los tratamiento psicodinámicos que aun siguen vigentes, y si bien estas primeras terapias no pudieron confirmar experimentalmente su eficacia (Vallina, 2020), es en los años 90 con el surgimiento de la rehabilitación psicosocial que se incorporan las terapias cognitivo conductuales para el abordaje de los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), lo que marca el desarrollo de esta herramienta de tratamiento.

Los delirios y las alucinaciones se empiezan a ver y tratar como teorías personales, como esfuerzos que realizan las personas para dar sentido a sus experiencias (Vallina, 2020), y es que para cada persona la experiencia psicótica es una vivencia individual que responde a un modelo vulnerabilidad-estrés propio, si bien el síntoma es aquello que se generaliza, el origen de la sintomatología será único, y para cada persona tendrá un significado y sentido distinto; y es aquí donde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) también evoluciona con este modelo de atención a los síntomas psicóticos de la esquizofrenia para tratar la experiencia propia de cada individuo en todos sus aspectos que la componen, incluyendo la vivencia emocional de la experiencia psicótica.

En este siglo la TCC se han fortalecido asentándose como una de las intervenciones psicológicas por excelencia para el tratamiento de la esquizofrenia, las investigaciones sobre su efectividad demuestran que es una de las primeras opciones de terapias psicológicas y sus primeros trabajos también han permitido que este instrumento evolucione hacia la construcción de nuevas intervenciones de TCC que permitan obtener mejores respuestas de las personas con esquizofrenia y que se evidencien en la mejor calidad de vida de quienes padecen de este trastorno.

*“Actualmente existen diferentes aproximaciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de la psicosis: la terapia cognitiva para los delirios, voces y la paranoia (Chadwic, Birchwood y Trower, 1966), la terapia cognitivo conductual para la psicosis (Fowler, Garety y Kuipers, 1995), la terapia de normalización racional (Kingdon y Turkington, 2005), la potenciación de estrategias de afrontamiento (TARRIER, 1995), o la terapia cognitivo – conductual basada en la persona para la psicosis (Chadwic, 2006)”*(Pastor, Blanco y Navarro, 2010). Todas ellas tienen características

en común como: “establecimiento de una buena relación, evaluación individualizada, enseñanza de estrategias de afrontamiento, comprensión de la experiencia psicótica, trabajo con los delirios, atención de las autoevaluaciones y emociones, y prevención de recaídas y discapacidad social” (Pastor, Blanco y Navarro, 2010).

### **1.3 Terapia Cognitivo Conductual para la Psicosis (TCCP)**

La terapia cognitivo conductual para la psicosis ha tenido un recorrido importante desde su aparición que data de aproximadamente de hace 3 décadas, y tras este recorrido en la historia de los tratamientos para la enfermedad mental, se ha convertido actualmente en una terapia de referencia y de primera elección, figurando esta indicación tanto en guías clínicas como asociaciones de profesionales, cuyo uso se sugiere en varias etapas de la esquizofrenia; su foco de atención se ha ampliado de tal manera que no solo se centra en el tratamiento de los síntomas sino también en los procesos psicológicos y en la persona; ha ido integrando otras formas de terapia incorporando nuevas formas de intervención basado en las nuevas tecnologías (Vallina, 2020).

La TCCP continúa evolucionando, y ha marcado varias direcciones en cuanto a estrategia de atención, una de ellas se orienta hacia una visión más integradora incorporando otros modelos como: *“la terapia compasiva, el mindfulness, la psicología positiva o la terapia de aceptación y compromiso (Wright et al, 2014; Cuppit, 2019)”* (Vallina, 2020).

### **1.4 Síntomas Psicóticos Persistentes**

La terapia cognitivo conductual en su inicio se crea con el objetivo de dar tratamiento a trastornos ansiosos y/o depresivos, precursores como Albert Ellis y Aaron Beck entre los años 50 y 60 son sus principales exponentes, y es a partir de este planteamiento terapéutico que tomado como base teórica se va transformando para para adecuarlo al tratamiento de otras enfermedades mentales como los trastornos de la personalidad, el abuso de sustancias y la psicosis.

*“El planteamiento de la TCC es que los problemas emocionales se deben a aprendizajes no adaptativos, por lo tanto, las intervenciones se dirigen a establecer unos estilos de comportamiento más funcionales”* (Pastor, Blanco, & Navarro, 2010). Desde una perspectiva

cognitiva, los delirios constituyen una forma de cómo la persona interpreta la realidad, entendiéndose que en este caso sería la interpretación que hace la persona de un acontecimiento que le desconcierta y rebasa sus capacidades de afrontamiento emocional.

El delirio vendría a ser una construcción psíquica que hace la persona para dar sentido a esa experiencia traumática, un modo de afrontamiento frente a eso que le desborda y que lo hace vulnerable psicológicamente, poniendo en juego de análisis el papel que cumplen las creencias evaluativas de la persona sobre si mismo y sobre el mundo para la construcción del discurso delirante.

Uno de los modelos que más se ha usado a la hora de explicar el origen de la esquizofrenia es el Modelo de Vulnerabilidad – Estrés, cuyo planteamiento se basa en la creencia de que hay un componente biológico que predispone a la persona a la esquizofrenia haciéndolo vulnerable, y que esta condición previa al combinarse con los procesos psíquicos propios de cada persona, sumado a unas condiciones sociales y ambientales poco favorables podrían dar lugar a la aparición de los síntomas psicóticos.

Es importante considerar aquí que las creencias y valoraciones que haga la persona sobre su experiencia psicótica juegan un papel importante a la hora de valorar el grado de perturbación emocional generado, constituyéndose en un factor importante para el mantenimiento de los delirios y alucinaciones. Es aquí donde recae la importancia del tratamiento de los síntomas psicóticos permanentes, justamente para aquellos casos donde a pesar de que la persona lleva un tratamiento farmacológico sus delirios y alucinaciones continúan estando presentes y generándole sufrimiento emocional.

La TCC para los síntomas psicóticos persistentes se convierte en un método importante de tratamiento, ya que le permite a la persona desarrollar estrategias para el manejo de los síntomas positivos desde la comprensión y construcción de un sentido propio de la experiencia psicótica, incrementando de esa manera los factores protectores que a su vez van a incidir directamente en la reducción del estrés y sufrimiento emocional que se genera frente a la constante experiencia psicótica que vive la persona, y por lo tanto se evite con ello un mayor número de recaídas, facilitando como tal el proceso global de rehabilitación psicosocial.

## **1.5 Perspectivas Actuales Sobre Los Síntomas Psicóticos Persistentes**

Es imposible no hablar de estrategias de trabajo para los síntomas psicóticos sin hablar de prevención de recaídas, ya que son dos variables relacionadas entre sí, en tanto si la persona tiene un control y manejo más consciente de la sintomatología psicótica, esto hará que de cierta forma el riesgo a sufrir una crisis aguda se vea mermado, de ahí también la importancia de trabajar en los síntomas psicóticos persistentes.

Es importante en relación con las psicosis entender que las recaídas tienen que ver con la aparición o exacerbación de los delirios o alucinaciones asociados a la producción de altos niveles de perturbación emocional y con ello el deterioro del funcionamiento social; es esta combinación entre la experiencia psicótica, la alteración emocional y/o conductual y el deterioro funcional lo que puede llevar a la persona a una crisis aguda y consigo el ingreso hospitalario (Gumley & Schwannauer, 2008).

Varios estudios demuestran que la TCC ha logrado una reducción de recaídas en comparación con otros tratamientos habituales como la psicoeducación en grupo y la terapia familiar (Gumley & Schwannauer, 2008).

Las TCC para los síntomas psicóticos persistentes en la actualidad pretende conjugar no solamente el trabajo de reducción del malestar emocional relacionado a la aparición de sintomatología psicótica, sino que con ello se prevengan recaídas en el futuro, y es por ello que actualmente se añade a su trabajo aspectos sobre la vivencia de la sintomatología antes, durante y después de la experimentación sintomatológica que permita a la persona que los sufre definirlos en tanto características, sensaciones de desbordamiento, reducción de la conciencia, inhibición conductual y afectiva y resolución de la experiencia, de tal manera que la persona se involucre de forma consciente en el trabajo cognitivo para darle un sentido propio a la experiencia psicótica y así lograr un mejor control de la ideación psicótica y por ende de su comportamiento.

Birchwood (1993), ha puesto de manifiesto que la depresión que sigue a un trastorno psicótico agudo se asocia con la angustia que un individuo tiene de ser incapaz de prevenir o de controlar una posible recaída o con el miedo a la psicosis en sí misma (Gumley & Schwannauer, 2008), siendo esto una muestra de que hay una vulnerabilidad cognitiva del sujeto a través del desarrollo

de esquemas cognitivos negativos que hacen que haya una tendencia negativa al enfrentarse a la sintomatología psicótica.

Son estos esquemas los que constituyen el objetivo de trabajo de la TCC que busca modificarlos desde la propia visión que ha construido la persona de sus síntomas positivos, el significado que les ha otorgado y los mecanismos de afrontamiento que ha utilizado para hacerles frente; como una triada que al ser sujeto de análisis por parte de la propia persona, permita modificar las construcciones esquemáticas a nivel mental, los mecanismos de afrontamiento a partir de la comprensión y búsqueda de sentido propio de su sintomatología.

## 2. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

### 2.1 Descripción del Dispositivo de Rehabilitación

En la red global de atención sanitaria y social Mentalia Puerto está bajo la supervisión de la Conselleria de Bienestar Social Valenciana, que corresponde a recursos sociosanitarios que son de carácter abierto y no son unidades de guardia y custodia; Mentalia Puerto es un CARP CEEM – Centro de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia, por sus siglas CARPD y Centro Específico para personas con Enfermedad Mental Crónica por sus siglas CEEM.

Mentalia Puerto en Valencia, pertenece a la red Mentalia Salud quienes ofrecen servicios y programas según las necesidades de las personas y de sus familias, con el objetivo de asegurar el bienestar, la autonomía e inserción social de las personas; a su vez la red Mentalia Salud pertenece al Grupo Domus Vi, que es la mayor red de centros y servicios sanitarios y sociales de atención a personas mayores y de salud mental de España de carácter privado.

Mentalia Puerto cuenta con una capacidad de acogida de 48 plazas en el cual se llevan a cabo intervenciones de carácter bio-psicosocial con el objetivo de favorecer la rehabilitación y adquisición de habilidades personales y sociales de las personas con trastornos mentales graves, con enfoque hacia la mejora de la autonomía personal, social e integración comunitaria en consonancia con la necesidad del usuario y su familia. La rehabilitación de las personas se basa en construir un proyecto de vida y recobrar los aspectos básicos que permitan ampliar su satisfacción vital, basado en el empoderamiento de la persona y en su desarrollo personal en consonancia con su patología.

El perfil de atención de personas en Mentalia Puerto es de enfermedad mental grave, específicamente Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

El equipo de profesionales está compuesto por: equipo asistencial, equipo de enfermería, auxiliares clínicos, psicología, trabajo social.

Dentro de las actividades más importantes del dispositivo están los programas sobre:

- Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria.

- Musicoterapia
- Ocio y tiempo libre
- Psicoeducación
- Psicomotricidad
- Intervenciones específicas para el tratamiento de situaciones concretas, adaptadas al diagnóstico y a la afectación de la persona.
- Habilidades Sociales
- Prevención de Recaídas
- Rehabilitación Cognitiva

Es dentro del programa de Intervenciones específicas para el tratamiento de situaciones concretas, adaptadas al diagnóstico y a la afectación de la persona, donde se realiza la propuesta y desarrollo de trabajo de la TCC para los síntomas psicóticos permanentes.

## **2.2 Descripción del Usuario Participante**

Para el desarrollo de esta propuesta se ha seleccionado a un usuario quien en adelante se le llamará Mateo para protección de sus datos de identificación. Mateo tiene 48 años, ingresó a Mentalia Puerto en marzo del 2021 derivado por el CREAP, presenta un diagnóstico de Esquizofrenia (histórico registra diagnóstico de Esquizofrenia Hebefrénica con predominio de sintomatología desorganizada y afecto pueril), en relación a las Habilidades de la Vida Diaria – AVD'S dispone de autonomía en lo referente al orden y al espacio personal, sin embargo presenta dificultades en mantener hábitos de vida saludable en cuanto a la alimentación pues no sigue una ingesta saludable; en cuanto a las Habilidades Sociales es una persona amigable, con iniciativa a la hora de entablar conversaciones con sus compañeros, le gusta la lectura, idioma y nuevas tecnologías, participa de algunos talleres pero no de forma consecutiva y recurrente prefiriendo actividades de carácter más individual.

Mateo se encuentra estable a nivel clínico presentando la sintomatología propia de su diagnóstico, mantiene buena adherencia al tratamiento sin embargo la presencia de sintomatología positiva está presente, sobre todo alucinaciones auditivas; su mayor problemática ha sido a nivel médico en los últimos 3 meses ya que ha precisado de múltiples derivaciones de urgencia al hospital y numerosas

valoraciones médicas por presencia de patología cardíaca y respiratoria; desde su ingreso a Mentalia Puerto no ha presentado incidencias conductuales o clínicas, manteniendo un buen trato hacia profesionales y compañeros.

### **2.3 Descripción del Programa de Intervención**

El propósito de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual para los síntomas positivos de la esquizofrenia en Mateo es aliviar el sufrimiento emocional asociado a los delirios y alucinaciones que ocasiona la experiencia psicótica; por ello el trabajo se centra en los síntomas positivos psicóticos que están presentes en Mateo, los cuales persisten a pesar de recibir el tratamiento farmacológico, con menor intensidad, frecuencia y duración que en una fase aguda. Se pretende también con ello incrementar la tolerancia a la presencia de la experiencia psicótica, reducir la severidad de los síntomas psicóticos en cuanto al parámetro de preocupación que se ha observado que le generan a Mateo y otorgar estrategias de afrontamiento frente a la presencia de los síntomas.

De acuerdo con el Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave (Pastor, Blanco, & Navarro, 2010), Mateo cumple con las condiciones necesarias para la aplicación de esta terapia ya que presenta delirios y alucinaciones verbales en el contexto de su trastorno que es la Esquizofrenia y estos le generan malestar emocional, no se encuentra en fase aguda de la enfermedad, su funcionamiento y habilidades cognitivas básicas son compatibles con la participación en la terapia puesto que, en la evaluación de la escala MMSE – Mini mental obtiene una puntuación total 28, lo cual representa que no hay un deterioro cognitivo, los fármacos antipsicóticos no revierten las manifestaciones clínicas que presenta y él es consciente de participar en el tratamiento de forma libre y voluntaria

Se observa también que, de acuerdo con su último Plan Individual de Rehabilitación - PIR, Mateo presenta un comportamiento y funcionamiento social adecuado pero tendencia al aislamiento o inhibición, que se traduce en una actitud de preservación frente a los otros debido a la presencia de síntomas positivos que hace que Mateo se resguarde, es decir que a pesar de mostrarse amigable y bien portado en el entorno, debido a la experimentación psicótica algunas veces tiende a inhibirse aislarse como mecanismo de protección o defensa.

La intervención se realiza en formato individual, conforme al protocolo de aplicación de la TCC de Garety (2000, como se citó en Pastor, Blanco, & Navarro, 2010) quien sugiere emplear un promedio de 20 sesiones, con sesiones semanales o bisemanales, por lo cual se optó por desarrollar con Mateo un promedio de 20 sesiones individuales de forma bisemanal, llevando un registro continuo de las mismas que evidencian su cumplimiento previo al contrato terapéutico y con la supervisión de la tutora de prácticas del centro; la duración de las sesiones fue entre 25 a 35 minutos, para evitar fatiga o somnolencia que suele presentar Mateo debido a la medicación, por cuanto se ha optado que sean sesiones cortas pero frecuentes.

### ***2.3.1 Estructura del Programa***

***2.3.1.1 Establecimiento de la Relación Terapéutica.*** Con Mateo se ha trabajado desde el inicio del contacto en el centro de rehabilitación, en la construcción de un vínculo relacional a través de conversaciones relacionadas con intereses personales, reconocerle, escucharle, ayudarle con las inquietudes del día a día, participar con él en paseos terapéuticos, actividades de ocio, con la finalidad de que la construcción de la alianza terapéutica sea más sólida y confiable; previo al inicio de las sesiones de TCC se destina una sesión para realizar el contrato terapéutico donde queda establecido el encuadre y se define el objetivo del trabajo, ante el cual Mateo accede voluntariamente y está de acuerdo con el encuadre de trabajo propuesto.

***2.3.1.2 Evaluaciones Pretest y Resultados.*** Dentro de las recomendaciones de aplicación de instrumentos relevantes para la identificación y valoración de la severidad de los síntomas destacan:

- PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale de Kay, Opler y Fiszbein, 1986).
- SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms de Andreasen, 1984a).
- ANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms de Andreasen, 1984b).
- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale de Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986).

También se recomienda utilizar escalas de carácter más específico que permitan conocer la evolución del estado emocional de la persona, como:

- BDI (Beck Depression Inventory de Beck, 1978).
- BAI (Beck Anxiety Inventory, de Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988).
- Escala de autoestima de Rosenberg, 1965).
- STAI (State – Trait Anxiety Inventory de Spielberger, 1988).

Habiendo analizado estos criterios con relación a las evaluaciones que a Mateo se le han aplicado en su último PIR en base a los protocolos del centro de rehabilitación, Mateo tiene resultados de las escalas BPRS, BDI y el Inventario de Habilidades Sociales de Mariana Segura, por cuanto se ha considerado valorar adicionalmente con el inventario BAI para complementar la información que ya se ha obtenido de su PIR y sumar la escala de conciencia de enfermedad SUMD – Escala de valoración de la No Conciencia de Enfermedad/ Scale Unawareness of Mental Disorder que, si bien no está sugerida en este apartado, forma parte del protocolo de evaluaciones de Mentalia.

#### Resultado de las Evaluaciones:

BPRS – Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica/ Brief Psychiatry Rating Scale.

- Preocupación somática: 4 – Moderada. Preocupación intensa o moderada a menudo, refiere preocupación por patología cardiaca.
- Ansiedad: 2 – Muy leve. En ocasiones se siente un poco ansioso, refiere que le preocupa su economía y no poder pagar Mentalia en algún momento.
- Depresión: 4 – Moderada. En algunas ocasiones se siente muy deprimido o a menudo con depresión moderada, refiere que se trata debido a patología cardiaca.
- Culpa: 4 – Moderada. Siente culpa intensa en ocasiones respecto a una amiga que se suicidó, cree que había la posibilidad de haberle ayudado más y así haber evitado el suicidio; también lo relaciona con ideas delirantes sobre el demonio – protección.
- Hostilidad: 3 – Leve. Se siente algo irascible con frecuencia o en forma moderada en algunas ocasiones, refiere que principalmente por discusiones con su madre durante salidas de fin de semana, refiere que también le genera frustración las formas de dirigirse de algunos compañeros hacia profesionales.
- Contenido inusual de pensamiento: 3 – Leve. En algunas oportunidades el paciente cuestiona su creencia (delirio parcial), Mateo ha referido tener un sexto sentido, un don especial para la adivinación o premonición.

- Grandiosidad: 2 – Muy leve. Autoestima superior a la mayoría de las personas, pero con dudosa relevancia clínica. Derivado de las ideas delirante de premonición y su don de adivinación; sin embargo, lo menciona como algo casual y no realiza ninguna deducción, no refiere tener ninguna misión especial.
- Alucinaciones: 4 – Moderada. Alucinaciones definidas y frecuentes, Refiere tener de 2 a 3 alucinaciones diarias, se tratan de gritos, chillidos muy fuertes que le generan molestia. Su técnica de afrontamiento para disminuir el malestar es agitar fuerte la cabeza hacia los lados para que los chillidos desaparezcan, menciona que a veces cesan y otras veces no.
- Auto abandono: 3 – Leve. Higiene y apariencia mucho más baja de los estándares habituales (ropa manchada, pelo despeinado).
- Conducta estafalaria; 2 – Muy leve. Conductas ligeramente raras.
- Afecto aplanado. 2 – Muy leve. En ocasiones parece indiferente a temas que suelen acompañarse por alguna demostración emocional.

BDI – Inventario de Depresión de Beck/ Beck Depression Inventory de Beck.

Puntuación: 8 – Depresión Leve. Puntúa 3 en sentimiento de estar siendo castigado. Puntúa 1 en tristeza, desánimo respecto al futuro, decepción consigo mismo, sentimiento de fracaso y preocupación somática. *En gran parte de los ítems Mateo apela gran parte de su preocupación a su estado de salud física.*

BAI – Inventario de Ansiedad de Beck/ Beck Anxiety Inventory, de Beck, Brow, Epstein y Steer.

Puntuación: 40 (Nivel de ansiedad grave). La afectación de Mateo en mayor medida hace referencia a situaciones de carácter fisiológico ya que padece de una cardiopatía, lo cual ha hecho que presente recaídas a nivel médico hace semanas atrás, que requirieron intervención por parte de urgencias; luego están sus preocupaciones respecto de su autonomía asociadas al futuro sobre sí mismo y su condición económica, y por último esta la preocupación clínica de carácter subjetivo, asociado a la presencia de las alucinaciones y contenido delirante.

### Habilidades Sociales de Mariana Segura.

- Conducta adecuada: 85%
- Inhibición de conducta: 10%
- Conducta Inadecuada:
  - Ansiedad: 0%
  - Falta de habilidad: 5%

Mateo refiere sentirse seguro y con confianza frente a las distintas situaciones planteadas, señalando que no tiene dificultades para relacionarse y/o tomar contacto con los compañeros, refiere también un desenvolvimiento relajado de manera general en las relaciones sociales. La puntuación de conducta adecuada aumenta significativamente de 35% a 85% respecto del PIR anterior. *Se ha observado que las referencias que menciona Mateo respecto de las habilidades sociales guardan coherencia con las conductas observadas, no presenta dificultades para relacionarse con los compañeros y compartir en espacios comunitarios, sin embargo, también demuestra alta deseabilidad social.*

SUMD – Escala de la Valoración de la No Conciencia de Enfermedad/ Scale Unawareness of Mental Disorder.

Conciencia Total: 4,6 – Conciencia.

- Conciencia Global: 1 – Conciencia. Mateo verbaliza estar diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, logra definir en qué consiste la enfermedad. Presenta adherencia al tratamiento, ubica los beneficios y la necesidad de tomar la medicación de forma adecuada, así como las posibles consecuencias de dejar de tomarla. Reconoce las consecuencias sociales que conlleva la enfermedad en las esferas de la vida como la parte académica, laboral y sexoafectiva.
- Conciencia de síntomas: 1,5 – Conciencia. Mateo logra ubicar el él la presencia de voces – gritos (alucinaciones), y logra ubicar ideas extrañas previo a la administración de la medicación inyectable, pero estas no las define como delirios, sino como ideas raras.

- Atribución de síntomas: 1.5 – Mateo reconoce la atribución de todos los síntomas a la enfermedad mental, a excepción de los trastornos formales de pensamiento que los atribuye parcialmente a la enfermedad.

### ***2.3.2 Desarrollo Histórico de los Delirios y las Alucinaciones***

Mateo ingresó a Mentalia Puerto en marzo del 2021, fue derivado por el CREAP frente a la necesidad de mantener en el tiempo un recurso residencial, puesto que en casa se presentaban dificultades relacionadas con el mantenimiento de hábitos saludables, desorden en la ingesta alimentaria con predominancia de vida sedentaria y conducta desorganizada, mostrando evidentes dificultades a nivel funcional y social.

Debuta en la enfermedad a la edad de 18 años con sintomatología depresiva y un intento de suicidio, Mateo narra haberse tomado un frasco de pastillas (se desconoce el tipo de fármaco) y no recordar nada más hasta que despertó en un hospital y le informaron que se encontraba ahí por haber ingerido 78 pastillas. Tras este debut es diagnosticado con esquizofrenia hebefrénica frente al predominio de sintomatología desorganizada y afecto pueril. Inicialmente en seguimiento del CD Museo desde larga trayectoria, es el equipo de Museo quien orienta su ingreso en el CREAP – Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial, donde permanece desde septiembre del 2019 hasta marzo del 2021.

De acuerdo con el informe de derivación del CREAP referente a la condición de Mateo se refiere lo siguiente: *“Mateo presenta ciertas dificultades en la gestión y manejo económico ya que tiene tendencia a compras compulsivas especialmente en aparatos de nuevas tecnologías; con relación a las AVD’S dispone de autonomía en lo referente al orden y al espacio personal, sin embargo, en relación con los hábitos saludables presenta dificultades en cuanto a la alimentación, a no seguir una ingesta saludable. En cuanto a las Habilidades Sociales es una persona amigable y con iniciativa a la hora de relacionarse con los compañeros, le gusta la lectura, los idiomas y las nuevas tecnologías”*.

### 2.3.3 Análisis Funcional de los Delirios y las Alucinaciones

**2.3.3.1 Descripción General de las Creencias Delirantes o de las Voces, Contenido y Parámetro Cuantitativos.** Para realizar la descripción, en base a los parámetros cuantitativos, de las creencias delirantes o voces, como son la frecuencia, duración e intensidad, se ha aplicado la Escala para la valoración de los síntomas psicóticos – PSYRATS (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999), de la cual se obtienen los siguientes resultados:

#### Alucinaciones:

1. Frecuencia: 2 – Las voces ocurren al menos una vez al día. *Mateo refiere que son gritos y que esos gritos a veces le dicen cosas, pero la mayor parte del tiempo son gritos, los describe como gritos desgarradores.*
2. Duración: 2 – Las voces duran unos pocos minutos.
3. Localización: 1 – Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza. Mateo menciona que actualmente estos gritos le parece que vienen de dentro de su cabeza, pero cuando empezó a escucharlos le parecía que venían de fuera.
4. Intensidad: 4 – Extremadamente alta, gritan. Mateo verbaliza que son demasiado fuertes que le torturan la cabeza.
5. Creencias sobre la procedencia de las voces: 1 – El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el Yo. Mateo menciona creer que esto se debe a la enfermedad, algo que está relacionado directamente con él.
6. Cantidad de contenido negativo de las voces: 4 – El contenido de todas las voces es desagradable y negativo. Mateo refiere que estos gritos son desagradables y que hay momentos en los cuales le dicen una frase “COMO SI NUNCA HUBIERAN EXISTIDO, SE LE SANDRÁN LOS OJOS DE LAS ÓRBITAS, SE COGERAN DE LAS MANOS (y a ello le sigue un largo grito desgarrador)”, refiere que esta frase con sus gritos se presenta casi a diario, al menos entre 5 o 6 veces a la semana. También refiere que le las voces le dicen: “ES QUE NO LO PUEDO DESTRUIR (y luego una voz desgarradora)”, esta última frase refiere que es un poco menos recurrente que la anterior.
7. Grado de contenido negativo: 1 – Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia.
8. Cantidad de angustia: 4 – las voces son siempre angustiantes.

9. Intensidad de la angustia: 3 – Las voces son muy angustiantes, aunque el paciente podría sentirse peor.
10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente: 2 – Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital, aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria. Mateo menciona que las voces no le impiden hacer las actividades de la vida diaria, pero si han interferido en las relaciones sociales.
11. Control sobre las voces: 2 – El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces. Mateo tiene voluntad en cuanto al control de la sintomatología, refiere que a pesar de que estas voces, gritos están ahí de forma constante y le generan angustia, toma estrategias para hacerlas desaparecer momentáneamente o para no hacerles caso como escuchar música, o sacudir la cabeza para que se le vayan las voces, también refiere que intenta relajarse al tenderse en cama o en un sofá para no hacer caso a los gritos.

#### Delirios:

1. Cantidad de preocupación sobre los delirios: 0 – El paciente no refiere presentar delirios o refiere pensar en ellos menos de una vez a la semana. Mateo refiere que ha tenido ideas persecutorias, antes más que ahora; refiere que actualmente le ocurre al menos una o dos veces al mes, menciona que son ideas sobre alguien, un psicópata/sádico que le persigue.
2. Duración de la preocupación con los delirios: 3 – Los pensamientos sobre las creencias duran al menos una hora.
3. Convicción (en el momento de la entrevista): 3 – La convicción en sus creencias es muy fuerte, entre 50% y 99%.
4. Cantidad de angustia: 3 – Las creencias provocan angustia en la mayoría de las ocasiones, esto es, entre el 50% y 99% de las veces.
5. Intensidad de la Angustia: 3 – Las creencias provocan una marcada angustia.
6. Trastorno en la vida diaria causado por las creencias: 2 – Las creencias provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida, causando algún trastorno en las actividades diarias y/o en las actividades sociales o familiares. El paciente no está ingresado en el

hospital, aunque puede vivir en recurso protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades para la vida diaria.

**2.3.3.2 Análisis del último episodio, componente cognitivos, conductuales, afectivos y fisiológicos.** Mateo no ha presentado desde su ingreso a Mentalia episodios agudos o incidencias conductuales, su mayor problemática durante los últimos dos meses ha sido a nivel médico ya que ha precisado múltiples derivaciones de urgencia al hospital y numerosas valoraciones médicas por patología cardíaca y respiratoria, mantiene buena adherencia al tratamiento farmacológico, así como conocimiento de enfermedad que padece, siendo su última visita al psiquiatra en febrero del 2022. Mateo presenta síntomas positivos recurrentes sobre todo alucinaciones auditivas, por cuanto se recurre a una entrevista de exploración clínica para apreciar de forma más adecuada la presencia de los síntomas.

Mateo ha referido que algunas veces escucha que otros hablan de él y refiere que esto lo hace colocándose sus antenas, así logra escuchar las cosas buenas que hablan de él, comenta que algunas veces durante el día le vienen gritos en la cabeza y que esto ocurre todos los días (hacer énfasis en los gritos), sobre todo en la mañana y la tarde, menciona que ha notado cómo a consecuencia de la enfermedad su memoria y atención se han deteriorado; de todos los síntomas que refiere haber tenido, menciona que aquel que más se mantiene son los gritos, y siente que ya forman parte de su ser.

Mateo cree que el síntoma más importante que tiene son estos gritos que no se le van y que viene arrastrando por años, y aunque no logra ubicar de forma tácita por definición como alucinación, es conocedor de presentar estos gritos de forma recurrente; Mateo reconoce que algunas veces también se siente falta de energía, que le cuesta concentrarse y recordar cosas cómo antes y que a nivel de cuidado personal realiza el aseo diario algunas veces por obligación y por respeto a los demás más que por deseo propio.

**2.3.3.3 Relaciones Funcionales Establecidas entre las Creencias Delirantes o las Voces.** Mateo considera que lo que ha originado todo esto es “EL MAL”, ya que cree que desde niño todo lo que le rodeaba era malo, refiriendo un ambiente negativo tanto a nivel familiar y social, también

a ello añade que otra de las posibles causas, sumadas al “MAL”, que pudo originar su enfermedad es un golpe en la cabeza luego de una caída a caballo que tuvo a los 3 años de edad; constantemente se ha observado en Mateo que busca darle una razón a la presencia de la sintomatología, sin llegar a formular una premisa “razonable” desde la lógica social y clínica sobre el origen de sus síntomas.

Mateo no ha logrado establecer una relación entre los gritos y sus creencias delirantes, sin embargo de acuerdo con los datos proporcionados, se presume que ambos pueden estar asociados con “EL MAL”, tal como él lo ha narrado, que es este mal que viene persiguiéndole desde hace años y se presenta en forma de gritos desgarradores para perturbarle la cabeza, refiriendo que es “el mal” también el que se presenta como este psicópata que viene a buscarle de vez en cuando a hacerle daño, afirmando que cuando ingresó a Mentalia lo persiguió hasta la residencia para hacerle daño pero que ahora no piensa tanto en eso; por lo tanto, es posible mencionar que la relación que tienen los delirios y alucinaciones en Mateo es “EL MAL”, y que están ahí para perturbarle.

**2.3.3.4 Secuencias Funcionales de la Ocurrencia de los Síntomas.** En el caso de Mateo, él no ha referido situaciones precisas personales o sociales que actúen como desencadenantes de sus alucinaciones, ha referido no saber que situaciones lo provoca, simplemente define que los gritos aparecen en cualquier momento del día.

Cuando los gritos son más constantes Mateo ha referido que lo pasa mal y que se pone triste porque tiene miedo de que por tener esta enfermedad (la esquizofrenia) pueda llegar a hacerle daño a alguien. No se ha observado otros estados emocionales asociados a los síntomas, únicamente la angustia que le provocan los gritos cuando estos son más intensos y no logra aplacarlos o evadirlos; los mecanismos que Mateo utiliza para evadir los síntomas son mover la cabeza (sacudirla) de un lado a otro para que los gritos se vayan, relajarse escuchando música para no escuchar los gritos o simplemente ejercicios de respiración que le ayuden a relajarse.

**2.3.3.5 Identidad de las Voces, Propósito, Significado y Creencias.** Los gritos que escucha Mateo no tienen una identidad específica, no identifica incluso y estos gritos tienen un género específico, solo reconoce que son gritos y que de vez en cuando le dicen cosas, pero no están asociados a una persona, personaje o ente con identidad alguna, lo único que puede reconocer es

que el propósito de estos gritos es perturbarle; de igual manera en el curso de su delirio no logra identificar identidad alguna para este “psicópata” que viene a perseguirle, no es una persona que guarde una relación con él en su pasado o presente, solo es una persona ajena, que por la descripción que realiza se intuye que se trate de un ser de sexo masculino ya que cuando lo menciona ha referido que es “un psicópata, un asesino”, y no “una”; el propósito de este delirio es de igual manera perturbarle, hacerle daño incluso con un deseo de matarle. Tanto las alucinaciones como los delirios tienen un propósito de hacerle daño y cree que esto se debe al mal que le persigue por las cosas malas del pasado.

### ***2.3.4 Valoración Dimensional de los Síntomas Psicóticos***

***2.3.4.1 Grado de Convicción Respecto de la Creencia.*** La convicción de Mateo sobre los síntomas psicóticos oscila entre un 50% a 75%; si bien él tiene conciencia de enfermedad y reconoce que los gritos están únicamente dentro de su cabeza, duda en ocasiones de la procedencia de los mismos, ha llegado a considerar que su enfermedad como tal es un castigo por haber sentido cosas feas y malas cuando era joven, su temor radica en que estas voces puedan llegar a perturbarle tanto que haga que él reaccione de forma inadecuada y Mateo cause daño a otras personas; cuando este temor frente al daño se vuelve más frecuente y más intenso, su angustia se eleva provocando mayor sufrimiento emocional.

***2.3.4.2 Tiempo Dedicado a la Creencia.*** La presencia de alucinaciones en Mateo es constante, de intensidad moderada y elevada frecuencia (todos los días, varios momentos del día), podemos inferir que la medicación ayuda a la disminución de la sintomatología pero esta continúa presentándose aunque no de forma aguda; los delirios son más bien de baja frecuencia, intensidad y duración (un par de veces al mes y no durante todo el día), sin embargo, cuando aparecen, aunque no generen gran inestabilidad clínica, si provocan una marcada angustia.

***2.3.4.3 Perturbación Emocional Asociada al Síntoma.*** La conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico y el compromiso de Mateo con su proceso de

rehabilitación, han permitido que él adquiriera ciertas estrategias de afrontamiento frente a las alucinaciones aunque estas le provoquen elevados niveles de angustia en muchas ocasiones; es posible que a primera vista de la impresión de una afectación emocional mínima, sin embargo al entrevistar a Mateo y como lo evidencian las evaluaciones aplicadas, la perturbación emocional asociada a los síntomas positivos es elevada.

Mateo ha referido que cuando los gritos son muy fuertes y luego de poner en práctica sus estrategias (mover/sacudir la cabeza hacia los lados, escuchar música e intentar relajarse) para disiparlos sin obtener resultado, su preocupación se eleva demasiado, refiere sentirse muy mal emocionalmente y sentir miedo de que él pueda hacerle daño a alguien, refiere un miedo tan intenso que prefiere no salir de su habitación y le provoca llorar. En relación con los delirios menciona que realmente le preocupa que esas ideas ocurran en la realidad, que ese psicópata quiera hacerle daño y matarle; es ahí donde su temor principal es hacia la idea de perjuicio y de muerte.

### ***2.3.5 Relación Establecida con los Síntomas***

***2.3.5.1 Identificación de Creencias Evaluativas.*** Mateo considera que lo que ha originado su enfermedad es “EL MAL”, ya que cree que desde niño todo lo que le rodeaba era malo, refiere que su madre y padre fumaban y discutían mucho, que su casa era una pocilga y que humanamente no se podía vivir ahí, refiere que en la escuela era víctima de “bullying” con palabras y golpes, y que encima de eso su padre también le proporcionaba muchas palizas. Otra de las causas que él considera originaron su trastorno mental se debe a una caída que sufrió a la edad de 3 años, refiere haberse golpeado la cabeza mientras montaba a caballo, y cree que esto pudo haber causado algún daño fisiológico en su cabeza.

Respecto de las alucinaciones auditivas Mateo considera que se deben “al MAL”, que eso le ocurre por haber tenido malos pensamientos cuando era joven y por eso ahora esos gritos están en su cabeza mortificándole por las cosas malas que pensó en su juventud; respecto de las alucinaciones Mateo ha asociado estar relacionado con “el mal” del pasado, y que así como cuando niño y joven las personas le hacían daño física y emocionalmente sin ser él una mala persona, cree que a veces una persona “un psicópata” quiere hacerle daño así como cuando joven se lo hacían.

### **2.3.6 Formulación de Caso**

Las condiciones de Mateo en el debut de su enfermedad asociado a un ambiente que ha reducido las capacidades de afrontamiento frente al estrés vital generando un estado de fragilidad psicosocial, asociado a eventos estresores importantes a temprana edad como el “*bullying*”, un núcleo familiar donde priman las discusiones, carente de afectos, rígido, violento, que proyectan un ambiente social triste, dañino, que lo sume en un estado de indefensión y profunda tristeza, pudiendo ser estos factores influyentes en el debut de la enfermedad, justo a la edad en la cual se establece el inicio de la vida adulta, a la que no logra hacer frente por no contar con los recursos psíquicos necesarios y terminan por desorganizarle psíquicamente.

En Mateo se presume que el inicio temprano de su trastorno está marcado por un ambiente que no brindaba las capacidades de afrontamiento a situaciones de estrés, Mateo ha descrito que su casa era “una pocilga, un lugar invivible”, si bien se desconoce a ciencia cierta las condiciones en las cuales vivía, esta referencia puede ser muestra sobre cómo él percibía su entorno psicosocial, como un entorno triste, dañino, deprimente, confuso, que lo hacía sentir indefenso y donde todo lo que acontecía a su alrededor era malo, “EL MAL”, sin hallar condiciones próximas positivas, siendo esta quizá una explicación a las ideas de perjuicio sobre la enfermedad mental.

El debut de la enfermedad mental a temprana edad es de inicio lento y lo precede un intento de suicidio, muestra de que predominaba en su inicio un estado depresivo evolucionando desde ahí hacia el deterioro progresivo y silencioso que se refuerza con el fallecimiento del padre de Mateo; es diagnosticado con esquizofrenia hebefrénica frente al predominio de sintomatología desorganizada y afecto pueril de acuerdo con su histórico; se presume que el afecto pueril se debió a la fragilidad psicosocial que orientó a que Mateo se ubique en la posición de un niño indefenso que necesita protección, y por ende al asumir la posición de un niño se reduce la capacidad de que su comportamiento se dirija hacia un objetivo desorganizando su conductas y por ende la sintomatología, reforzando la hipótesis de que Mateo carecía de herramientas que le permitan hacer frente a las situaciones de la vida diaria, y que por lo tanto limitaron la expresión social y afectiva.

Es posible que la sintomatología positiva que mantiene Mateo en cuanto a las alucinaciones, estos gritos que hacen alusión a frases con un lenguaje desorganizado y gritos desgarradores, sean rezagos de los propios sentimientos de Mateo respecto de las vivencias traumáticas de la infancia

y adolescencia, ese lenguaje desorganizado como una forma de expresar aquello que sentía respecto del núcleo intrafamiliar y el grupo social agresivo que lo rodeaba; los gritos desgarradores quizá sean parte de su estructura interna de pensamiento asociada a una forma de desahogo de los primeros síntomas depresivos, tomando en cuenta que hasta la actualidad y en su histórico, Mateo no ha presentado comportamientos agresivos, por cuanto esto podría tratarse de un mecanismo de expresión de los sentimientos o pensamientos agresivos hacia los otros, pero que al no poder mostrarlos, sacarlos o expresarlos hacia afuera, son volcados hacia sí mismo, hacia adentro.

Una posible explicación de las ideas persecutorias de daño que surgen algunas veces sobre “un psicópata que viene a buscarle para matarle”, sea un mecanismo de expresión de las propias ideas de daño hacia sí mismo por tener pensamientos agresivos hacia otros, provocando en él ansiedad y angustia, misma que ha verbalizado tener a mayor nivel cuando producto de los delirios y alucinaciones siente que puede hacer daño a alguien.

### 3. INTERVENCIÓN

#### 3.1 Descripción de las Sesiones

##### Encuadre y Contrato Terapéutico

Objetivo General: Consolidar las reglas en las cuales se llevarán a cabo las sesiones individuales de TCC.

Objetivos Específicos:

1. Otorgar información sobre el objetivo de la TCC y obtener el consentimiento voluntario y compromiso con la asistencia a las sesiones individuales.
2. Establecer el encuadre terapéutico: duración de las sesiones, frecuencia y parámetros de trabajo.

Mateo muestra compromiso y voluntariedad en la participación y asistencia constante a las sesiones de TCC acordadas, con una frecuencia de 2 sesiones por semana y una duración de 25 a 35 min cada una debido a la presencia de somnolencia que puede evidenciarse por efecto de la toma de medicación.

Se acuerda que las sesiones se desarrollarán los martes y jueves de cada semana en horario de 11h30 a 12h00, en caso de presentarse alguna situación como salidas de ocio, salidas familiares, paseos terapéuticos, etc., y tuviera que ausentarse de la sesión deberá informar directamente y se coordinará una nueva hora o día; se ha de procurar asistir en el horario que él mismo ha delimitado idóneo para el efecto (ANEXO 1. Documento de Compromiso Terapéutico).

Se hace hincapié sobre la importancia de la asistencia periódica y continua, sin ofrecer cambios inmediatos, sino como una estrategia de trabajo de cara a mediano y largo plazo para conseguir resultados sostenibles en su proceso de rehabilitación. Se elabora el documento de compromiso terapéutico para revisión y firma por parte de Mateo y de la estudiante de prácticas bajo supervisión de la tutora de prácticas de Mentalia Puerto; Mateo no refiere dudas ni inquietudes adicionales

***Primera Sesión: Explicación de la Relación entre Situación, Emoción/Sentimiento, Pensamiento y Conducta.***

Objetivo General: Explicar a Mateo de la relación entre situación – emoción/sentimiento – pensamiento y conducta.

Objetivos Específicos:

1. Identificar emociones/sentimientos predominantes relacionadas con la historia vital de Mateo.
2. Identificar pensamientos automáticos relacionados con las emociones y sentimientos y su relación con las conductas.
3. Reconocer la intervención que se puede hacer en los pensamientos y las conductas en lugar de las emociones/sentimientos.

La explicación se realiza con fichas gráficas para captar atención de Mateo y así logre retener mejor la información; se utilizan sentimientos y emociones tanto positivas como negativas para la explicación, centrando más la sesión en las emociones negativas que haya experimentado Mateo.

Dentro de las pautas de comportamiento no muestra evidencia de respuesta inadecuadas frente a la experimentación de las emociones negativas, sin embargo, si verbaliza comportamientos violentos y agresivos en su histórico previo al debut de la enfermedad frente a las agresiones que refiere haber recibido por parte de su padre; se realiza un análisis sobre dichas situaciones que desencadenaron estos comportamientos y como ahora las observa.

Mateo reconoce la relación establecida entre estos componentes y ejecuta un análisis adecuado sobre cómo los pensamientos automáticos pueden impulsar a tener un comportamiento inadecuado guiado únicamente por la emoción; se hace hincapié en la importancia de la reflexión en los pensamientos para obtener un comportamiento más adecuado.

***Segunda Sesión: Explicación del Modelo Cognitivo del ABC de Ellis***

Objetivo General: Explicar a Mateo sobre el modelo del ABC de Ellis

Objetivos Específicos:

1. Explicar el modelo del ABC de Ellis: Acontecimiento activador, Pensamientos o Creencias y Consecuencias con ejemplos neutros.
2. Presentar como problemas a modificar las dificultades emocionales y comportamentales que presenta en C y no las A o las B.

Se explica el modelo del ABC de Ellis con situaciones neutras de la vida cotidiana introduciendo elementos de la vida propia de Mateo, al adentrarnos a la explicación con situaciones propias es posible evidenciar que a Mateo le cuesta comprender la relación con elementos de sí mismo, por cuanto se hace hincapié en el sistema de creencias propio, cómo observa el mundo desde este sistema y por ello cómo responde ante las circunstancias.

Se proponen ejemplos de respuesta de las formas como Mateo responde actualmente a las circunstancias, siendo este tema una pauta para la próxima sesión sobre las ideas irracionales y las “malas jugadas” que puede hacer nuestra propia mente, logrando que Mateo identifique que hay muchas formas de ver las circunstancias de la vida, y que algunas veces son las creencias las que hacen que uno vea las situaciones de una manera poco ajustada a la realidad.

***Tercera sesión: Revisión del Modelo Cognitivo del ABC e Introducción a las Ideas Irracionales***

Objetivo General: Explicar a Mateo el concepto de las ideas irracionales asociadas a su sistema de creencias.

Objetivos Específicos:

1. Explicación del concepto de ideas irracionales.
2. Explicación sobre cómo descubrir nuestras ideas irracionales.

Mateo logra la comprensión del concepto de ideas irracionales con ejemplos neutrales y posteriormente las distorsiones cognitivas con algunos ejemplos de la vida cotidiana buscando a través de los “deberías” y los “tienes que”, para referirse a formas de pensar que se alejan de una perspectiva más real y menos distorsionada.

A Mateo le cuesta identificar ideas irracionales propias, por cuanto se mantiene el trabajo en esta sesión con ejemplos sencillos y neutrales para lograr la comprensión del concepto y la idea central.

En esta sesión se evidencia que Mateo tiende a polarizar mucho las situaciones, para él o es blanco o es negro, o es bueno o es malo, sin dar posibilidad a matrices dentro de la experimentación de emociones, para él un día es bueno o malo, o se está feliz o se está triste, con lo cual se considera necesario dedicar una sesión más a profundizar en este tipo de ideas que pueden dar paso a posibles pensamientos irracionales y por ende a distorsiones cognitivas.

Se envía una tarea a Mateo que consiste en listar 3 ideas racionales y 3 ideas irracionales neutrales, no necesariamente suyas, sino que las pueda identificar en cualquier situación de la vida cotidiana.

***Cuarta Sesión:** Ideas Irracionales y Distorsiones Cognitivas (técnica para la identificación de ideas irracionales con material visual - Anexos).*

Objetivo General: Reflexionar con Mateo sobre las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas

Objetivos Específicos:

1. Revisar las distorsiones cognitivas identificadas en el sistema de creencias de Mateo para asegurar su comprensión.
2. Explicar la técnica de identificación de pensamientos irracionales desde los pensamientos negativos.

Durante la revisión de la tarea se identifica que Mateo no ha logrado comprender el objetivo de esta, ya que presenta un listado en el cual se evidencia:

Ideas Racionales: Matemáticas, Física, Estadística.

Ideas Irracionales: La rabia, agresividad, xenofobia.

Se realiza una breve revisión de los conceptos y sin desacreditar la tarea presentada, se traslada desde estos elementos a la razón que llevó a proponerlos, y a partir de ahí hacerle notar cómo funcionan los pensamientos y creencias irracionales, así como las distorsiones cognitivas; mediante diálogo socrático se pone en juego situaciones que él ha presentado y se las debate,

consiguiendo que Mateo reflexione sobre ello y reconozca que si ha tenido algunas ocasiones creencias irracionales, y que esto ha podido repercutir en algún comportamiento irracional.

Se refuerza el análisis realizado con la explicación de la técnica de pensamientos negativos e irracionales, y si el resultado es un pensamiento irracional, desecharlo, caso contrario acudir donde su psicólogo/a de cabecera en Mentalia para gestionar ese pensamiento.

### ***Quinta Sesión: Pensamientos Irracionales – Conductas Irracionales***

Objetivo General: Enseñar a Mateo la influencia que tienen los pensamientos irracionales en la consecución de conductas irracionales.

Objetivos Específicos:

1. Explicar la relación que tienen los pensamientos irracionales y cómo llevan a comportamientos alejados de la realidad.

El desarrollo de esta sesión se centra en la explicación sobre cómo el convencimiento sobre los pensamientos irracionales puede llevar a comportarse de una forma irracional; se proponen ejemplos sencillos neutrales para que Mateo comprenda la relación entre ambos. El análisis que realiza él sobre estos conceptos es que “el comportamiento de muchos compañeros es irracional ya que no logra comprender por qué, si Mentalia es un excelente recurso hay personas malagradecidas y que tratan mal al personal”; se hace uso de ese hecho que propone Mateo para hacer la reflexión sobre las posibles ideas que tengan los compañeros sobre el recurso para que haya ese comportamiento, y cómo estas ideas pueden ser irracionales y por ende se muestran en comportamientos irracionales que carecen de lógica frente a la mirada de otras personas.

Se evidencia la comprensión sobre el tema tratado, Mateo realiza un análisis adecuado sobre la base de estos ejemplos y conceptos.

### ***Sexta Sesión: Las Distorsiones Cognitivas***

Objetivo General: Explicar a Mateo la relación entre pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas.

### Objetivos Específicos:

1. Identificar las distorsiones cognitivas que ha tenido con base en el listado de distorsiones cognitivas más comunes.

Se revisa con Mateo el listado de distorsiones cognitivas proponiendo ejemplos neutrales de cada una de ellas, el listado contiene las distorsiones cognitivas más comunes como: Pensamiento de todo o nada, Sobre generalización, Abstracción selectiva, Adivinación de pensamiento y Adivinación del futuro. En cuanto a estas distorsiones cognitivas, es posible identificar que la abstracción selectiva y adivinación de pensamiento no son distorsiones tan arraigadas en el sistema de creencias de Mateo a diferencia del Pensamiento todo o nada que es uno de los más presentes.

El pensamiento todo o nada es el que se tendrá presente en el desarrollo de las consecutivas sesiones para poder contrastar con Mateo que, hay más que solo dos opciones frente las circunstancias de la vida diaria, y que siempre se puede pensar en más de una o dos opciones de respuesta.

La sobre generalización es una distorsión que se observa medianamente en el sistema de creencias de Mateo, sobre todo en situaciones que guardan relación con el ámbito familiar; Mateo afirma que, “porque su madre consume cigarrillo y bebe vino de vez en cuando, entonces ella es una completa descuidada de su salud y una adicta”. Llama la atención la ambivalencia en cuanto a la relación de Mateo con su padre, ya que ha afirmado muchas veces que su padre era malo detallando las razones por las cuales lo califica así, y posteriormente ha referido que su padre es bueno porque le ha dado la vida y gracias a él ha conseguido ahora lograr muchas cosas; luego vuelve a atacarlo y no da crédito a que sea una buena persona por lo malo que fue con él, pero posteriormente refiere que siente amor por su padre porque es su padre y debe amársele por ese simple hecho.

Estas verbalizaciones constituyen elementos para asegurar la presencia de estas distorsiones cognitivas como forma de ver el mundo y a su vez permiten cuestionar sobre el sentimiento de culpa que puede haber en Mateo, debido a esta ambivalencia emocional que refiere en la relación con su padre.

*Séptima Sesión: Pensamientos Negativos (Contraste de las creencias falsas con hechos puntuales a partir de pensamientos negativos propios).*

Objetivo General: Enseñar a Mateo a distinguir las creencias de los hechos como valoraciones que pueden ser verdaderas o falsas.

Objetivos Específicos:

1. Debatir las creencias: “Puede ser o podría ser” con hechos concretos: “Esto es o no es”.
2. Enseñar estrategias para buscar evidencia sobre las creencias o probabilidades e identificar si estas creencias son verdaderas o falsas.

En el discurso de Mateo, cuando no tiene una respuesta concreta sobre algo, responde con un: “puede ser”; muchas de las afirmaciones sobre pensamientos negativos de Mateo provienen de creencias y no de hechos concretos, con lo cual abre la posibilidad de debatir dichas creencias.

Se inicia con ejemplos neutrales, sencillos y algo exagerados para que Mateo logre comprender el sentido del debate, sobre todo porque en las sesiones anteriores se observó que Mateo no comprende órdenes de tareas muy complejas, por lo tanto, se usan situaciones aleatorias como: “Yo creo que un perro puede llegar a volar.”, ante estas afirmaciones se le solicita hacer la prueba de realidad, porque cree que sí, o porque cree que no; luego que ha captado el sentido del debate de estas afirmaciones se introducen situaciones asociadas a la enfermedad mental y a las alucinaciones propias de Mateo.

Frente a las afirmaciones propuestas que se asocian a la enfermedad mental responde:

- Andrea: “Yo creo que los gritos que tengo son una forma de torturarme”
- Mateo: “podría ser”
- Andrea: “Yo creo que los gritos que tengo me controlan”
- Mateo: “podría ser”.
- Andrea: “Yo creo que me merezco tener esta enfermedad mental”
- Mateo: “podría ser”.

Estas ideas se contrastan mediante diálogo socrático recordándole a Mateo que el “podría ser”, corresponde a una creencia y que por lo tanto una creencia puede no ser cierta; se brindan pruebas de realidad para que él deduzca si, con esas pruebas la creencia es cierta o falsa, ante lo cual

reconoce que esas afirmaciones carecen de lógica, no tiene pruebas para afirmar que así sean y por ende corresponderían a una falsa creencia.

Se observa que tras este ejercicio Mateo queda pensativo, por cuanto se incentiva a la reflexión de más creencias para ponerlas a prueba de realidad y hablar sobre ello en la siguiente sesión.

***Octava sesión: Sesión Sobre las Creencias Vs. los Hechos a partir de Pensamientos Positivos, cómo debatir las creencias.***

Objetivo General: Reforzar la distinción entre las creencias de los hechos como valoraciones que pueden ser verdaderas o falsas.

Objetivos Específicos:

1. Demostrar los hechos y cómo se sustentan con pruebas de realidad verificables a partir de ejemplos positivos.
2. Buscar evidencia en las creencias para que puedan llegar a ser hechos.

Se refuerza la sesión anterior haciendo hincapié en construcciones positivas respecto de las creencias y los hechos, se considera importante luego de la deconstrucción realizada en la sesión anterior construir afirmaciones con hechos sólidos, con lógica y pruebas de realidad, haciéndole notar que “los gritos no tienen un control sobre él”, y que esta idea es real, ya que él mismo ha mencionado que la medicación que toma le ayuda mucho a tener controlados estos gritos, y que con sus estrategias de afrontamiento ha logrado que no le molesten tanto.

Se recalca que, a pesar de no poder controlar que aparezcan los gritos, el efecto de la medicación es una acción que muestra el resultado real sobre estos, sobre su intensidad y su duración, por lo tanto, debatir una creencia sobre la enfermedad y que esta sea falsa no significa algo negativo, es más bien positivo, ya que permite descartar una idea errónea y por lo tanto nos acerca a la búsqueda de una respuesta más lógica, más certera y por lo tanto más real.

***Novena Sesión: Identificación de Creencias Verdaderas o falsas (Hechos que dan sentido a la construcción de los síntomas).***

Objetivo General: Debatir con Mateo sobre las creencias actuales respecto de los síntomas psicóticos que presenta, con hechos verificables.

Objetivos Específicos:

1. Usar el ejercicio de identificación de ideas irracionales para lograr que Mateo identifique creencias irracionales asociadas al origen de los síntomas psicóticos y de la esquizofrenia.

Mateo refiere que tras haber realizado un análisis él cree que su enfermedad es un castigo divino, con esta afirmación se inicia un diálogo socrático en el cual se pone a prueba el ejercicio de realidad en la cual se le invita a Mateo a reflexionar sobre: primero ¿cómo se ve a sí mismo?, refiere que *“él es una buena persona que ayuda a los demás, no es agresivo, y que está muy agradecido por todas las atenciones que recibe de Mentalia y de los profesionales”*; luego se le invita a reflexionar sobre ¿a qué personas se les impone o se les da un castigo?, ante esto refiere que *“un castigo es para las personas malas, quienes han cometido un crimen o han hecho algo malo”*; con estas respuestas se le devuelve a Mateo la siguiente inferencia: *“Si tu mencionas que a quien se le castiga es alguien que ha hecho algo malo, ¿Qué de malo has hecho tu para que te estén castigando con esta enfermedad?”*.

Mateo responde que no ha hecho nada malo, entonces con ello se le debate: *“Mateo, si no has hecho nada malo para que te castiguen, y tú refieres ser una buena persona, ¿crees entonces que la enfermedad sea un castigo?”*, frente a este cuestionamiento Mateo reconoce que no, y se da cuenta que lo que ha estado pensando no tiene lógica, que ha sido un pensamiento irracional.

Se usa ese momento para motivar a encontrar ese tipo de situaciones y que, con guía del profesional se irán debatiendo para reconocer los pensamientos irracionales, y que esto representa un avance para una construcción más real sobre el origen de su enfermedad y la persistencia de sus síntomas psicóticos.

En esta sesión Mateo revela que tiene dudas sobre los gritos, ya que ha notado que son gritos de hombre, de un señor grande; se acoge esta información invitándole a que pueda identificar que otras características han parecido en los gritos que antes no lo notaba para poder analizarlos en la próxima sesión.

*Décima sesión: Explicación con Creencias Emocionalmente Neutras hacia la Explicación Propia de los Síntomas Positivos.*

Objetivo General: Analizar las ideas que tiene Mateo respecto de las alucinaciones (los gritos) que experimenta a su posible origen y permanencia.

Objetivos Específicos:

1. Explicar a Mateo las creencias sobre las alucinaciones de forma general con ejemplos neutros.
2. Descubrir con Mateo las creencias que tiene sobre sus alucinaciones, trabajando en conjunto con las creencias irracionales identificadas previamente.

Se realiza la sesión con un diálogo sobre aquello que abarca la experimentación de las alucinaciones de forma general, para posteriormente adentrarnos en las alucinaciones auditivas que experimenta Mateo; reconoce que los gritos solo están en su cabeza, que nadie se los pone, que nadie influye sobre ellos, por lo que sospecha que tendrá mucho que ver con todo lo que ha sufrido en la infancia y que no se explica cómo siendo una buena persona le pasen cosas como esto.

Se le cuestiona sobre la posibilidad de que los gritos sean una forma de expresar su ira con el pasado, sobre todo con su PADRE por todo el daño del cual fue víctima, como una forma de exteriorizar los sentimientos agresivos; frente a esta suposición Mateo narra nuevamente las experiencias de la infancia, y refiere que si llegó en su momento a agredir a su padre física y verbalmente, pero que se arrepiente de aquello, menciona que lo hizo en defensa porque ya estaba cansando de tantos maltratos, y que por esa razón también recurrió a huidas de la casa como un intento de escape y posteriormente el intento de suicidio.

Se le propone entonces la posibilidad de que los gritos sean una huella de todas esas agresiones vividas en el pasado, y que, al ser gritos de hombre, de señor grande tengan relación con el hecho de haber recibido muchos malos tratos por parte de su padre; Mateo no afirma ni niega esta idea, sin embargo refiere sentir molestia por la existencia de personas como su padre.

Mateo verbaliza la posibilidad de que los gritos se deban a lo malo que él pudo portarse en el pasado (con su padre, no lo menciona, pero es de la única persona con quien se sabe Mateo ha sido agresivo), se le propone pensar que, si ahora hay un Mateo bueno ¿Cómo sería este Mateo malo?,

él refiere que no quisiera que nadie lo viera porque es demasiado malo, verbaliza: *“no podría mostrarlo, es que no quiero ni pensarlo y menos que lo veáis porque es que es demasiado”*.

Sobre esta última afirmación se reorienta a Mateo en el pensamiento o todo nada ejemplificado con situaciones neutras que le permitan notar que las personas no son solo buenas o malas, que enojarse con alguien no nos hace malos, que reaccionar frente a situaciones de peligro no es incorrecto, y que una persona buena puede experimentar emociones negativas como ira, odio, tristeza y eso no le hará una mala persona, pues las emociones son parte de la naturaleza del ser humano y lo importante como lo se ha revisado en la primera sesión no es el sentir o no esas emociones, sino en los pensamientos que giran en torno a ellas.

***Decimoprimer sesión: Sesión Explicativa del Modelo Vulnerabilidad estrés asociado a las Experiencias Vitales.***

Objetivo General: Explicar a Mateo el origen de su trastorno mental de acuerdo con el modelo vulnerabilidad estrés.

Objetivos Específicos:

1. Explicar a Mateo el modelo vulnerabilidad estrés asociado a su trastorno mental.
2. Lograr la comprensión de Mateo sobre el origen de sus síntomas positivos con relación al modelo vulnerabilidad estrés.

Se realiza la explicación del modelo vulnerabilidad estrés con una enfermedad fisiológica como la diabetes para posteriormente pasar a la explicación con relación a la esquizofrenia; una vez que se ha asegurado la comprensión del modelo de forma general se introducen elementos propios de Mateo y se explica de acuerdo con el modelo Vulnerabilidad – Estrés cómo pudo haberse desarrollado su trastorno mental y por ende la presencia de los síntomas positivos de la psicosis.

Mateo verbaliza haber pensado que él nació con la enfermedad mental, ya que a la edad de 2 años recuerda haber cobrado conciencia de que tenía algo raro, menciona: *“fue como que vino la conciencia hacia a mi y pude darme cuenta que ya tenia esta enfermedad, entonces ahí supe que nací con esto”*; se procede mediante el diálogo socrático a analizar esta creencia, haciéndole notar que el pensamiento reflexivo y/o crítico que se lo conoce como “conciencia” no se desarrolla a

una edad tan temprana como los 2 años, se le demuestra mediante búsqueda en internet que tener esquizofrenia no es algo que pueda saberse en esa edad, y que por lo tanto esa idea carece de lógica; Mateo acepta este análisis y apesadumbrado reconoce que quisiera saber aquello que origino su enfermedad mental.

Tras deconstruir nuevamente esta idea irracional se procede a explicar a Mateo el modelo vulnerabilidad – estrés con sus experiencias propias, y lograr que Mateo comprenda que hay mas de una variable que influye en el origen de su trastorno mental, que todas se relacionan entre sí y que por sí solas ninguna puede afirmar al 100% el origen exacto de su trastorno mental y de sus síntomas, pero si permite acercarnos a una explicación más real, que haga más sentido y sea más lógica. Se concluye la sesión invitando a Mateo a poner en juego la próxima sesión sobre aquellas ideas nuevas que le surjan sobre el origen de sus síntomas (delirios y/o alucinaciones).

***Decimosegunda sesión:** Identificación de Pensamientos y Emociones Asociados a Episodios Delirantes o con Voces (entrenamiento en auto registro).*

Objetivo General: Analizar las acciones o hechos detonantes de los síntomas positivos y las emociones que experimenta.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las situaciones que provocan la aparición de las alucinaciones
2. Identificar las emociones asociadas a los gritos - alucinaciones.
3. Definir y registrar la ocurrencia de las alucinaciones.

En esta sesión se busca identificar si hay elementos específicos que generen la experimentación de las alucinaciones en Mateo, identificar si hay circunstancias concretas para la aparición de los gritos o la elevación en la intensidad de estos. De acuerdo con las referencias que se han analizado en el transcurso de esta y las anteriores sesiones, Mateo no refiere alguna circunstancia puntual que haga que los gritos aparezcan o no, refiere que su frecuencia y duración son inespecíficas sin poder precisar un intervalo.

Se identifica con Mateo que cuando los gritos aparecen producen una molestia que no llega a repercutir en sus actividades diarias ni en su estado de ánimo, a diferencia de meses atrás cuando

si le generaban mucha angustia; menciona que preferiría no experimentar las alucinaciones, sin embargo siente que ha sabido manejarlos; se orienta a Mateo sobre la importancia de las estrategias de afrontamiento, ya que en su caso las alucinaciones son permanentes y por lo tanto es necesario aprender a convivir con ellas, de tal manera que generen una molestia mínima con las aplicación de las estrategias que ha obtenido antes y durante estas sesiones de intervención.

Se explica a Mateo sobre la técnica de auto registro para usarla en aquellas situaciones donde identifique que las alucinaciones le impidan ejecutar actividades de la vida diaria y le generen sentimientos negativos o ansiosos, y que, habiendo aplicado las estrategias de afrontamiento no haya logrado aplacarlas.

***Decimotercera sesión: Estrategias de Afrontamiento para los Síntomas Positivos de la Psicosis.***

Objetivo General: Enseñar a Mateo técnicas de afrontamiento para las alucinaciones.

Objetivos Específicos:

1. Explicar a Mateo la ejecución de la técnica del Grounding.
2. Explicar a Mateo la ejecución de la técnica RAIN
3. Explicar a Mateo la ejecución de la técnica STOP
4. Explicar a Mateo la técnica del árbol de las preocupaciones
5. Explicar a Mateo la técnica de respiración con los hombros
6. Explicar a Mateo la técnica de reencuadre
7. Explicar a Mateo afirmaciones positivas para reducir el estrés y la ansiedad respecto de la enfermedad mental.

La sesión se desarrolla con la explicación de la técnica mediante fichas gráficas para asegurar la comprensión de Mateo y la puesta en práctica de cada una de las técnicas por parte de Mateo para asegurar la comprensión de estas; las técnicas son cortas y sencillas para asegurar la comprensión y aplicación adecuada de las mismas de manera autónoma.

***Decimocuarta sesión:*** *Análisis de las videncias en las que se basan las creencias mediante el uso del diálogo socrático, se valora el grado de convicción de la creencia, la repercusión emocional para una búsqueda de alternativas.*

Objetivo General: Analizar las nuevas ideas que tiene Mateo respecto de sus síntomas y la enfermedad mental.

Objetivos Específicos:

1. Hacer un resumen utilizando elementos analizados como el modelo de vulnerabilidad – estrés, ideas irracionales sobre el origen de sus síntomas y la enfermedad mental.
2. Construir con Mateo alternativas a la presencia de síntomas positivos y alternativas para comprender el trastorno mental.

Mateo construye la idea de las alucinaciones como la cicatriz de una herida, los hechos de la infancia y adolescencia, mas todos los factores sociales, individuales y predisponentes como elementos fuertes que causaron una herida muy profunda en el aspecto emocional; esta herida profunda dejó una huella (los gritos/ alucinaciones) que sería la cicatriz. Mateo expresa con motivación que, a pesar de tener esquizofrenia, no se siente una persona inútil o incapacitada, por el contrario, refiere sentirse más motivado para continuar logrando cosas, ya que, *“al ser un Sobreviviente del pasado y de la enfermedad mental, cree que puede continuar logrando muchas cosas más”*.

***Decimoquinta sesión:*** *Búsqueda de Alternativas a su Situación Personal y Prueba de Realidad.*

Objetivo General: Reforzar las nuevas concepciones que tiene Mateo respecto de sus síntomas y la enfermedad mental basadas en el modelo vulnerabilidad – estrés.

Objetivos Específicos:

1. Reforzar las alternativas a la presencia de síntomas positivos basadas en el modelo vulnerabilidad – estrés.
2. Reforzar las alternativas de afrontamiento positivas frente a la enfermedad mental.

En esta sesión se refuerza la alternativa encontrada por Mateo para comprender sus alucinaciones como un rezago de los eventos traumáticos acontecidos en la infancia y que en conjunto con factores predisponentes biológicos y sociales derivaron en un trastorno mental; se refuerza esta idea con elementos positivos que ha logrado Mateo desde el debut de la enfermedad, haciendo hincapié en la mejora progresiva su condición clínica, evidenciando desde su propio discurso cómo estaba antes vs. cómo se encuentra actualmente, contrastando los logros conseguidos en el ámbito personal, social, educativo y clínico, mostrándole en base a la evidencia de su histórico clínico como ha sido posible una evolución exitosa y progresiva.

### **3.2 Resultados Post Test**

#### **BPRS – Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica/ Brief Psychiatry Rating Scale**

- Preocupación somática: 2 – Muy Leve, en ocasiones le preocupa su cuerpo, síntomas o la enfermedad física. Mateo refiere preocupación por su salud física ya que está intentando bajar de peso por recomendación del médico, menciona que en el mes de julio se sentía más preocupado por las visitas al hospital, pero actualmente se encuentra tranquilo.
- Ansiedad: 2 – Muy leve, en ocasiones se siente un poco ansioso. Mateo refiere haberse sentido preocupado porque cree que tiene “dinero fobia”, un miedo a tener mucho dinero, como si tuviera miedo a la riqueza, pues no sabría qué hacer con tanto dinero.
- Culpa: 3 – Leve, culpabilidad moderada en ocasiones o se siente algo culpable con frecuencia. Mateo refiere sentirse culpable en ocasiones por cosas del pasado, que a lo mejor pudo provocarle algo malo a su padre, refiere que se ha sentido culpable por golpearle a su padre en el pasado y no ha sabido si cuando ocurrió esto hizo bien o hizo mal.
- Suspiciousia: 2 – Muy Leve, episodios raros de desconfianza que pueden o no estar justificados por la situación. Mateo refiere que, días previos a la administración del inyectable ha tenido algunas ideas de perjuicio por parte de compañeros de Mentalia, y que ha llegado a sentir como si al acercarse a él quisieran pegarle; él es consciente de que esto solo ocurre en esos días y que el resto de los días no se le ha pasado ningún pensamiento como este.

- Contenido inusual de pensamiento: 2 – Muy Leve, presunción o probabilidad de delirio. Mateo cree que él tiene un poder especial para hacer frente a los problemas, y que es un sobreviviente de todo lo malo que le ocurrió en el pasado porque él es muy bueno y no hace las cosas con interés de conseguir dinero ni nada.
- Grandiosidad: 3 – Leve, autoestima inflada definida o exagera talentos en forma algo desproporcionada con las circunstancias. Mateo refiere que su vida tiene el propósito especial de ayudar a los demás, sobre todo a los que tengan nulos conocimientos de alguna materia que él sí conozca, y todo ello sin ánimo de lucro; menciona que tiene el poder especial de hacer que los otros hagan el bien, conseguir sacar lo mejor de ellos para que no sean malos y sean buenos. Refiere que esto no hace que tenga una relación especial con Dios, solamente un creyente más que tiene el poder de hacer el bien.
- Alucinaciones: 3 – Leve, alucinaciones definidas pero insignificantes, transitorias. Mateo refiere que persiste el impacto de las voces/gritos que escucha, reconoce que la medicación ha logrado que este impacto haya disminuido ya que no siente estos gritos tan fuertes como antes, refiere que actualmente los gritos aparecen 2 a 3 veces por semana, algunas veces todos los días, pero no todo el día, únicamente por momentos y que con relajarse (aplicación de técnicas para reducir la ansiedad) o distraerse en otras actividades estos gritos se van.
- Retraso motor: 3 – Leve, ligero retraso en la conversación, movimientos algo lentos. Se ha observado que la marcha de Mateo es lenta, pausada, como si estuviera bajo de energía; al hablar su discurso es igualmente lento y pausado, le cuesta hallar palabras para expresar sus pensamientos y demora en reaccionar ante ciertos detonantes emocionales.
- Afecto aplanado. 2 – Muy leve. En ocasiones parece indiferente a temas que suelen acompañarse por alguna demostración emocional.

BDI – Inventario de Depresión de Beck/ Beck Depression Inventory de Beck

Puntuación: 5 – No Depresión.

Puntúa 1 en Autocrítica, refiere considerarse un poquito débil por ser muy bondadoso.

Puntúa 1 en Preocupación somática, refiere sentirse preocupado por los problemas del pecho que tuvo en julio, y por un dolor que tiene ahora en la espalda.

Puntúa 3 en Preocupación Sexual, refiere haber perdido por completo el interés por el sexo y eso le hace sentir mal porque, su sueño era darle nietos a su abuelo.

BAI – Inventario de Ansiedad de Beck/ Beck Anxiety Inventory, de Beck, Brow, Epstein y Steer.

Puntuación: 11 (Nivel de ansiedad muy baja). Se evidencia que la afectación de Mateo ha reducido, ya no se evidencian preocupaciones a nivel médico y aquellas asociadas al futuro; se mantiene la preocupación económica pero dentro de un nivel leve; por último, está la preocupación clínica de carácter subjetivo que se evidencia con menor intensidad asociado a la presencia de las alucinaciones.

#### Habilidades Sociales de Mariana Segura

- Conducta adecuada: 70%
- Inhibición de conducta: 10%
- Conducta Inadecuada:
  - Ansiedad: 15%
  - Falta de habilidad: 5%

Mateo refiere sentirse seguro y con confianza en Mentalia con la mayoría de los compañeros, sin embargo, menciona que hay algunos con quienes prefiere no intimar mucho ya que no le generan buena impresión, pues ha observado que son compañeros que no se comportan bien y tiene comportamientos groseros y/o agresivos con el personal, y que él al ser una buena persona y estar agradecido con el recurso como tal no concibe cómo hay personas que no aprovechan estos servicios.

SUMD – Escala de la Valoración de la No Conciencia de Enfermedad/ Scale Unawareness of Mental Disorder.

Conciencia Total: 3,5 – Conciencia Media.

- Conciencia Global: 1,6 – Conciencia. Mateo es conocedor de estar diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide y sabe definir en que consiste la enfermedad. Presenta adherencia al tratamiento farmacológico, logra reconocer los beneficios de la medicación y logra ubicar la necesidad de tomar la medicación de forma adecuada, así como las posibles consecuencias de dejar de tomarla. Reconoce medianamente las consecuencias sociales que conlleva la enfermedad refiriendo directamente el rechazo social.
- Conciencia de síntomas: 1,3 – Conciencia. Mateo reconoce la presencia de voces- gritos (alucinaciones) y de ideas extrañas previo a la aplicación del inyectable (delirios), las reconoce de esa forma mas no por definición exacta del síntoma. Reconoce la falta de energía, de concentración, pérdida de la memoria, somnolencia (síntomas negativos).
- Atribución de síntomas: 4,33 – No Conciencia de Atribución. Mateo no logra ubicar el motivo o razón de a qué se debe la presenta de las voces- gritos (alucinaciones) y de la ideas extrañas (delirios), a excepción del embotamiento afectivo el resto de los síntomas negativos no logra ubicar a que se deben o que los provocan.

### **3.3 Análisis de Resultados Pretest y Post Test**

Es posible evidenciar luego de la aplicación de las pruebas en el pretest y postest que hay algunas diferencias no muy marcadas, y sobre su significación clínica y psicopatológica se puede apreciar lo siguiente:

En el inventario BDI de depresión, es posible observar que la puntuación disminuye 3 puntos con relación al inicio de la intervención, considerando que este puntaje no es un indicador de depresión como tal sino de acontecimientos de la vida cotidiana que tienen un impacto negativo dentro de los parámetros normales. A diferencia del inicio de la intervención, actualmente Mateo no evidencia desánimo hacia el futuro y sentimientos de fracaso, por el contrario, hay mucho ánimo respecto del futuro, motivación y se evidencia un aumento en la autoestima.

Con relación a las habilidades sociales, se aprecia de acuerdo con los resultado de esta escala que los resultados obtenidos guardan coherencia con las conductas observadas, Mateo no presenta dificultades para relacionarse con los compañeros y compartir en espacios comunitarios, sin embargo, también demuestra alta deseabilidad social ya que en su discurso refiere continuamente

estar agradecido por la atención y cuidados que recibe en el recurso, por los profesionales de Mentalia, por lo pendientes que están de su salud física y mental, esto de formas reiteradas. Si bien el porcentaje de conducta adecuada disminuye un 15% con relación al inicio de la intervención, se percibe en Mateo un discurso más real sobre la relación con sus compañeros, un reconocimiento de que hay personas con las cuales no se siente a fin con razones completamente válidas, a comparación con el inicio de la intervención que percibía unas relaciones gratas y sin problemas con todos, por cuanto se sospecha que esta reducción en la conducta adecuada se deba a este contraste de realidad.

Se observa que el porcentaje que se reduce en conducta adecuada aumenta en Ansiedad, es posible que Mateo haya desarrollado mayor conciencia ante situaciones sociales más reales y esto le produzca ansiedad, muestra de que no necesariamente esto representa un retroceso en su rehabilitación, sino que ha adquirido mayor conciencia social.

Con relación a la escala psiquiátrica BPRS, presenta una reducción media de 1,85 puntos en 7 ítems de forma positiva y con un aumento de 1,66 en 3 ítems de forma “negativa”, de manera individual se evidencia que respecto de la evaluación previa al inicio de la intervención: disminuye 1 punto en preocupación somática de moderada a leve, a pesar de presentar la patología cardiaca se muestra con mayor seguridad a la hora de llevar los cuidados necesarios con su enfermedad del corazón; se mantiene el puntaje en Ansiedad leve, siendo la principal preocupación el dinero y la adecuada gestión de este; disminuye totalmente en depresión, ya no puntúa en este ítem, muestra de un estado de ánimo más elevado; disminuye un punto de culpa moderada a culpa leve, esta culpabilidad está asociada a la idea de ser bueno siempre y el temor de llegar a comportarse de una forma que le dé imagen de malo.

Disminuye totalmente en hostilidad, no puntúa en este ítem; puntúa muy leve en Susplicacia, ya que Mateo verbaliza tener ideas vagas de perjuicio por parte de compañeros en los días previos a la administración del inyectable, él es consciente y puede dar cuenta de aquello; disminuye un punto de contenido inusual de pensamiento de leve a muy leve, la creencia de tener habilidades extrasensoriales reduce a habilidades para hacer el bien y mover a otros hacia la práctica del bien, la presencia de estas ideas se dan sin comportamientos exacerbados o que llamen la atención; aumenta un punto en grandiosidad de muy leve a leve, debido al aumento del autoestima, ha referido considerarse una persona demasiado buena y con muchas habilidades para realizar

multiplicidad de tareas como idiomas e informática en comparación con otros compañeros, esta idea está asociada a la creencia de hacer el bien y tener el poder para influenciar a los otros a hacer el bien.

Disminuye un punto en alucinaciones de moderada a leve, persiste el impacto de las voces/gritos que escucha, reconoce que la medicación ha logrado que este impacto haya disminuido ya que no siente estos gritos tan fuertes como antes, refiere que actualmente los gritos aparecen 2 a 3 veces por semana, algunas veces todos los días, pero no todo el día, únicamente por momentos y que con la aplicación de técnicas para reducir la ansiedad los gritos no le perturban tanto como antes, una reducción considerable tomando en cuenta el impacto emocional que tenían las alucinaciones. Reduce en Auto abandono y conducta estrafalaria, actualmente ya no puntúa en estos ítems.

Aumenta en retraso motor con una puntuación leve, sobre todo se evidencia en movimientos lentificados tanto corpóreos como del habla, posiblemente se deba a la medicación y a la somnolencia que estos le producen, sobre todo esto ha sido más notorio durante la mañana hasta llegado el medio día; se mantiene la puntuación en afecto aplanado, Mateo reconoce este síntoma y lo asocia a la toma de la medicación.

Sobre la conciencia/ conocimiento de enfermedad, refleja una reducción en la Conciencia Total de 1.1 punto de diferencia, pasando de un estado de Conciencia a Conciencia Media con relación al inicio de la intervención, siendo una de las variables que influyen en la reducción de la conciencia total la conciencia de atribución de síntomas, donde esta aumenta considerablemente 2,83 puntos, pasando de un estado de conciencia a no conciencia de atribución; Mateo es conocedor de tener un trastorno mental denominado esquizofrenia, puede definir en sus palabras a breves rasgos en que consiste el trastorno, conoce y define los beneficios de la medicación y algunos efectos que produce, sin embargo, es posible que al realizar este trabajo de construcción de un sentido más propio de los síntomas positivos para Mateo, esto implicó deconstruir los sentidos y definiciones anteriores que él tenía respecto sobre todo de los gritos (alucinaciones) y su posible origen, por lo tanto esto implica que actualmente Mateo no pueda definir a que atribuye la presencia de los síntomas pues han sido deconstruidos, y será necesario trabajar con él en la construcción de unos nuevos sentidos propios más reales.

Esta creencia constituye una hipótesis muy subjetiva que es posible medirla por medio de una batería psicológica, por lo tanto, para que sea una variable medible, habrá que dar continuidad al

trabajo terapéutico sobre la construcción de la atribución de síntomas y así lograr aumentar la puntuación en este ítem y a nivel de conciencia global.

### **3.4 Justificación de las Sesiones y Recomendaciones**

Una vez que se ha culminado con la intervención a través de la aplicación de las sesiones de TCC para los síntomas positivos de la psicosis, es importante recalcar que no fue posible completar las 20 sesiones propuestas en estructura del programa, llevando a cabo una aplicación total de 15 sesiones, más la sesión previa de encuadre; esto se debió a que durante el mes de julio 2022 Mateo presentó incidencias médicas por patología cardíaca, mismas que requirieron internamiento médico en el Hospital Clínico Universitario por una semana y media; posterior a esta incidencia se presentó un brote de COVID 19 en los usuarios de Mentalia Puerto, que, de acuerdo con los lineamientos de la Conselleria de Sanidad implicó la suspensión de la asistencia de los estudiantes de prácticas a esta casa de salud, aislamiento que duró 10 días, por cuanto las 5 sesiones restantes corresponden a las semanas de ausencia en las cuales no se pudo brindar atención a Mateo.

Estas sesiones no han podido continuarse y/o reprogramarse debido al corto tiempo de estancia de prácticas del alumno, por cuanto se ha tomado en cuenta las consecuencias de ello para dar continuidad a esta intervención por parte de las profesionales del área de psicología de Mentalia Puerto, de quienes se ha tenido la supervisión y previsiones frente a lo acontecido; se considera importante por ello dentro de los objetivos propuestos para el PIR de Mateo en Mentalia Puerto se tome en cuenta lo siguiente:

- Continuar con el trabajo de la TCC en la construcción de nuevos sentidos para Mateo, de tal manera que esto influya de forma positiva en aumentar el conocimiento respecto de la enfermedad para si mismo, no solo uno un concepto bien definido que tenga que ser aprendido sino como un sentido propio que sea bien reconocido por él mismo, que la presencia de las voces- gritos (alucinaciones) tengan un sentido propio y logre ubicar para si mismo su posible motivo de origen, y que esto le permita llevar la enfermedad con mayor “conciencia”.

Esta mayor “conciencia de enfermedad” definida por las baterías de test, así como los protocolos de Mentalia, se traduciría en este mejor conocimiento de los síntomas de Mateo, con una construcción propia, más real a sí mismo, más relacionada con su historia de vida y por lo tanto más sostenible, esto se reflejaría en términos medibles en el aumento de la puntuación del cuestionario SUMD, tomando en cuenta que la puntuación como tal no medirá en grado de conciencia o no conciencia, pues la batería no es reflejo de los procesos subjetivos que se llevan a cabo, por lo tanto la disminución o aumento de la puntuación no va a revelar el trabajo subjetivo que realice Mateo, y para ello será imprescindible el acompañamiento continuo a nivel personal- profesional.

- Reforzar las estrategias de afrontamiento aprendidas para disminuir el impacto de los síntomas positivos de la enfermedad, mediante terapia individual cognitivo conductual para los síntomas psicótico; no basta con haber enseñado y repasado varias técnicas, sino que estas sean constantemente reforzadas para lograr un hábito y aprendizaje a largo plazo, tomando en cuenta que los síntomas no van a desaparecer, por lo tanto es importante que estas estrategias también se trabajen de forma constante y recurrente.

Una de las formas en las cuales Mentalia puede medir el impacto es por medio de la escala BPRS, tomando en cuenta que no se busca que Mateo no experimente síntomas positivos, sino que los lleve de la mejor manera posible en su día a día con un bajo impacto emocional, por lo tanto es la experiencia subjetiva aquella que se escapa esta medición y que hará que en la puntuación de esta escala no llegue a puntuar un cero, por lo tanto habrá que hacer énfasis en conocer cómo está llevando Mateo la experiencia subjetiva, ya que esto marca la importancia en el cómo lleva Mateo su sintomatología en el día a día.

#### 4. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que, el impacto que tiene la TCC de los síntomas psicóticos ha sido positivo en Mateo, disminuyendo en una media de 1,8 puntos el nivel la severidad del impacto de la sintomatología positiva que en su caso corresponden a las alucinaciones auditivas (dato referencial de la escala BPRS); si bien a nivel de puntuación la reducción es un puntaje pequeño, esto representa un avance respecto de su clínica pues es muestra que se ha logrado influir en una reducción del impacto emocional que produce la experimentación de los síntomas positivos de la psicosis, por ello es necesario dar continuidad a la práctica de la TCC para que los resultados obtenidos se mantengan, se potencien y se trabaje ahora mismo en la construcción de los sentidos propios de Mateo respecto de la enfermedad y de la sintomatología.

Se considera necesario que el trabajo pueda continuar ejecutándose sobre la búsqueda y construcción de alternativas asociadas a la situación personal de Mateo con prueba de realidad racionadas a las alucinaciones y continuar reforzando las estrategias de afrontamiento, ya que es posible que de no reforzar esto, exista una reducción en la conciencia de síntomas de la enfermedad, debido a la deconstrucción de ideas irracionales previas que permitió en base al modelo de vulnerabilidad - estrés iniciar la construcción de una hipótesis de origen de sus síntomas más consciente y racional.

Es imprescindible acompañar a esta estrategia la motivación para que Mateo asista a las sesiones psicoeducativas y mejorar el conocimiento de enfermedad y de síntomas asociado a su situación propia; sin embargo, aunque la valoración sobre el discurso mantiene un carácter subjetivo, es posible reconocer en él un cambio de perspectiva sobre su posición respecto de la sintomatología, es notable cómo el sufrimiento emocional no solo se reduce en puntuaciones de los test, sino en el aumento del autoestima, y que dentro de su discurso hoy por hoy, hay elementos direccionados hacia una motivación por logros, más que al sufrimiento por la enfermedad mental, con lo cual la TCC para los síntomas psicóticos muestra ser una estrategia que funciona.

Se recomienda que las sesiones que se realicen posteriormente por las psicólogas de Mentalia Puerto, mantengan una frecuencia de al menos una vez por semana para que Mateo no pierda continuidad en los temas tratados y forme parte de su plan de rehabilitación individual

Es necesario que Mateo pueda continuar trabajando por hallar alternativas para entender la presencia no solo de las alucinaciones sino del trastorno mental, ya que se ha observado que es una de sus preocupaciones más latentes; por cuanto será necesario dar continuidad a estas sesiones en reforzar las alternativas, esto asegurará que las construcciones cognitivas no se desvanezcan.

Es posible que en la búsqueda de alternativas aparezcan ideas irracionales sobre la persistencia de las alucinaciones o sobre el sentido de origen de la enfermedad mental, por cuanto la continuidad de las sesiones ha de permitir debatir estas ideas mediante el diálogo socrático y despachar la formación de estas ideas, no permitir que se arraiguen más allá del tiempo y que se conviertan en ideas fijas que repercutan en un retroceso en la construcción propia sobre su trastorno mental y el conocimiento de su enfermedad.

Será importante también dar continuidad de forma transversal a elementos asociados a las distorsiones cognitivas como el pensamiento todo o nada que focaliza la atención en Mateo en una sola forma de ver las cosas, mucho más en temas asociados a la relación familiar; es posible que esta distorsión cognitiva haga que Mateo focalice sus logros en tener o no tener alucinaciones, estar o no estar enfermo, basado en su creencia bueno – malo; por cuanto se considera que la construcción de alternativas para dar un sentido propio a los síntomas beneficiaría en la reducción de esta distorsión cognitiva, presentándole más de una forma de entender y de llevar los síntomas positivos de la esquizofrenia.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave de Valencia . (2022, Abril 7). *CREAP Valencia*. Retrieved from [www.creap.imserso.es](http://www.creap.imserso.es)
- Clínica de la Universidad de Navarra. (2022). *Clínica de la Universidad de Navarra*. Retrieved from [www.cun.es](http://www.cun.es)
- Gumley, A., & Schwannauer, M. (2008). *Volver a la Normalidad después de un Trastorno Psicótico*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mayo Clinic. (2021, Julio 29). *Mayo Clinic*. Retrieved from [www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org)
- National Institute of Mental Health. (2021). *National Institute of Mental Health*. Retrieved from [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Junio de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [www.who.int](http://www.who.int)
- Pastor, A., Blanco, A., & Navarro, D. (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Tamminga, C. (2022, Abril ). *Manual MSD Versión para público en general*. Retrieved from [www.msmanuals.com](http://www.msmanuals.com)
- Vallina, O. (2020). *INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LA ESQUIZOFRENIA 2ª Edición actualizada*. Cantabria: Consejo General de Psicología de España.

## 6. ANEXOS

## 6.1 Tareas realizadas por Mateo, sesiones cuarta y séptima.

| COSAS IRRACIONALES   | COSAS RACIONALES   |
|--|--|
| (3)<br>1ª) FURIA<br>2ª) AGRESIVIDAD<br>3ª) XENOFOBIA   | (3)<br>1ª) MATEMÁTICAS<br>2ª) FÍSICAS<br>3ª) ESTADÍSTICA                       |
| <u>PENSAMIENTOS NEGATIVOS</u>  | <u>PENSAMIENTOS POSITIVOS</u>  |
| <del>CREO QUE ME MERECERÍA ESTA ENFERMEDAD POR SER REBELDE Y POR TENER PENSAMIENTOS MALOS COMO MALTRATAR A ALGUNA PERSONA CERCAÑA A MÍ</del> | MENTALIA ES MUY BUENA CONNIEGO<br>LOS COMPAÑEROS ME RESPETAN                   |
| HAGO   | CREO QUE HAGO E L BIEN ALREDEDOR MÍO<br>TIENGO UNA BUENA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN |

## 6.2 Documento de Compromiso Terapéutico



14/06/2022

### Compromiso Terapéutico:

"Yo, **S.N.M.**, acepto participar de manera libre y voluntaria de las sesiones de Terapia Cognitiva Conductual para los Síntomas Psicóticos, propuesta por Andrea Chilingua estudiante de prácticas del Mater Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Jaume I, con el objetivo de apoyar el desarrollo de su propuesta de trabajo de la materia SAX008 y TFM.

Reconozco que se me ha comunicado del objetivo general de la intervención y los objetivos de las sesiones, se me ha explicado la frecuencia y duración de las mismas, con lo cual me comprometo a seguir las pautas expuestas a continuación con el fin de contribuir con el desarrollo del propuesta ya que esto también me ayuda en mi proceso de rehabilitación psicosocial:

1. Me comprometo a asistir a las sesiones de TCC con Andrea Chilingua de forma bisemanal los días martes y jueves en horario de 11h30 a 12h00.
2. En caso de no poder asistir a la sesión por visitas familiares o causas ajenas a mi voluntad me comprometo en informar lo más pronto posible para modificar la hora y/o día de la sesión.
3. Me comprometo a participar activamente de las sesiones y realizar las tareas que me sean enviadas.
4. Me comprometo a cumplir con la totalidad de las sesiones (20 sesiones) sin abandonar el programa a la mitad del desarrollo del mismo.

**NOTA:** EN CASO DE PRESENTARSE UNA INCIDENCIA A NIVEL DE SALUD YA QUE S.N. PRESENTA PATOLOGÍA CARDIACA, NO SE TOMARÁ ESTE COMO UN INCUMPLIMIENTO SINO COMO RAZONES DE FUERZA MAYOR PARA JUSTIFICAR LA INASISTENCIA A LA SESIÓN.

EL TERAPEUTA SE COMPROMETE A GUARDAR LA COINFIDENCIALIDAD DE LA IDENTIDAD Y DE LOS DATOS CONFORME DOCUMENTO "ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO" FIRMADO EN MENTALIA PUERTO Y HACER USO DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA DE MANERA OBJETIVA Y RESPONSABLE.

Fdo. Andrea Chilingua  
Estudiante de Prácticas  
Máster Universitario

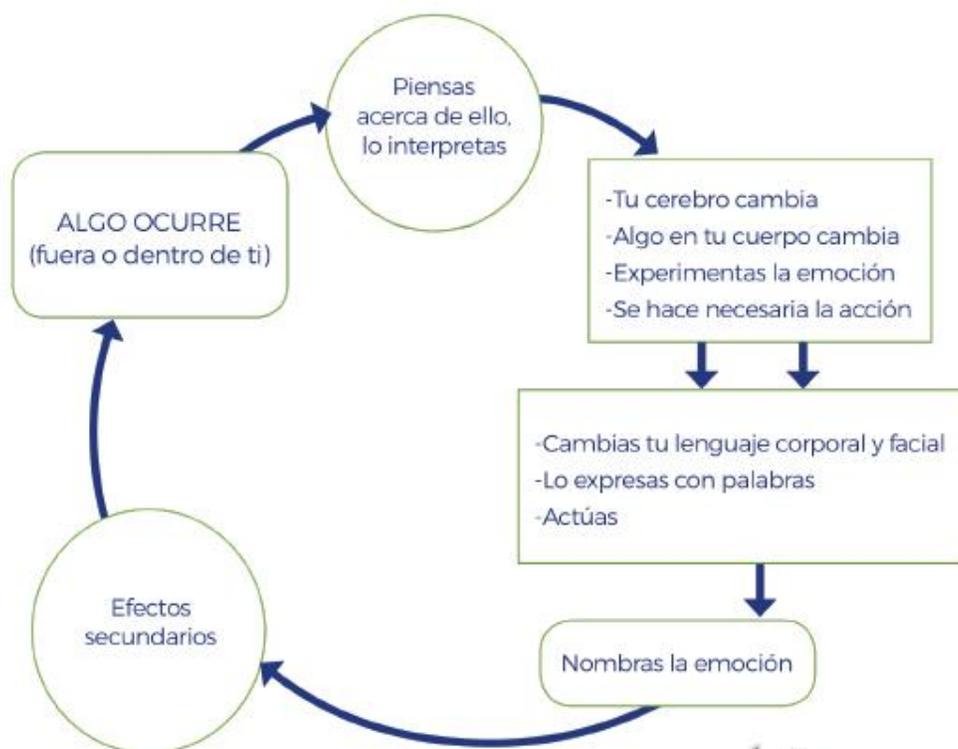
Fdo. S.N.M.  
Usuario Mentalia Puerto

### 6.3 Material para la primera sesión sobre la “Explicación de la Relación entre Situación, Emoción/Sentimiento, Pensamiento y Conducta”.

## PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA N° 3

Entender las emociones  
(radiografía de una emoción).



## PENSAMIENTO, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA N°4

MIREMOS LAS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS CON LUPA.....AMOR  
PALABRAS QUE LO EXPRESAN

*Cariño, compasión, deseo, ternura, atracción, afecto, aprecio...*

¿QUÉ LO DESENCADENA?

- EVENTOS

*Alguien nos da algo que queremos o necesitamos*

*Pasamos mucho tiempo con una persona*

*Tenemos una comunicación excepcional con alguien*

- PENSAMIENTOS

*Crear que alguien nos quiere o nos necesita*

*Pensar que alguien es físicamente atractivo*

*Pensar que podemos contar con alguien, que estará siempre allí*

¿QUÉ SENTIMOS?

*Nos sentimos alegres y llenos de energía*

*Nos sentimos seguros, invulnerables*

*Nos sentimos felices o eufóricos pero a la vez relajados y en calma*

*Queremos lo mejor para la persona que amamos*

*Queremos vera y pasar tiempo junto a ella*

*Queremos tener relaciones sexuales con ella*

¿CÓMO ACTUAMOS?

*Diciendo "Te quiero"*

*Tocándose, acariciándose, abrazándose*

*Sonriendo*

*Haciendo lo que la otra persona quiere o necesita*

*Expresándole sentimientos positivos*

EFFECTOS SECUNDARIOS

*Sólo vemos los aspectos positivos de la persona que queremos*

*Estamos distraídos, despistados, soñando despiertos*

*Sentir que se puede confiar en la otra persona*

*Recordar a otras personas a las que se ha querido.*

## PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA N° 6

Miremos las emociones y sentimientos con lupa:

## IRA, RABIA

PALABRAS QUE LO EXPRESAN: ira, cólera, frustración, disgusto, envidia, indignación, irritación, repulsión...

### ¿QUÉ LO DESENCADENA?

#### • EVENTOS

- Perder poder
- Ser insultado
- Sentir dolor físico o emocional
- No obtener lo que se desea

#### • PENSAMIENTOS

- Tener la expectativa de que ocurrirá algo doloroso
- Sentir que nos han tratado injustamente
- Creer que las cosas deberían ser diferentes
- Pensar de manera rígida

### ¿QUÉ SENTIMOS?

- Incoherencia
- Pérdida de control
- Rigidez en el cuerpo
- Tensión, ansiedad, incomodidad

### ¿CÓMO ACTUAMOS?

- Frunciendo el ceño, no sonriendo
- Atacando verbal o físicamente a la persona causante de nuestra ira
- Criticando
- Levantando la voz, gritando
- Golpeando objetos, tirando cosas
- Evitando el contacto con los demás

### EFFECTOS SECUNDARIOS

- Solo se atiende a la situación que nos enfada
- Tenemos pensamientos repetitivos
- Se recuerdan otras situaciones que nos enfadaron en el pasado
- Vergüenza profunda, miedo u otras emociones negativas



## PENSAMIENTO, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA Nº 7

**MIREMOS LAS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS CON LUPA.....TRISTEZA**



**PALABRAS QUE LO EXPRESAN**

Daño, abandono, angustia, añoranza, depresión, pesimismo, sufrimiento, desesperación

**¿QUÉ LO DESENCADENA?**

- **EVENTOS**

No obtener lo que queremos

Que las cosas estén peor de lo que esperábamos

Perder una relación, pensar en las pérdidas

La muerte de un ser querido

Que nos rechacen o excluyan

- **PENSAMIENTOS**

Creer que la separación de un ser querido será definitiva

Creer que no valemos para algo o en general

Creencias de desesperación

**¿QUÉ SENTIMOS?**

Cansancio, agotamiento, desear no moverse de la cama en todo el día

Dolor o vacío en el pecho o en el estómago

Dificultades para tragar o respirar

Ganas de llorar

**¿CÓMO ACTUAMOS?**

Mirando hacia el suelo, sin mantener la mirada

Evitando el contacto con la gente

Hablando muy poco o nada

Moviéndonos lentamente o estando muy inactivos

**EFFECTOS SECUNDARIOS**

Sentirse irritado o malhumorado

Culparse o criticarse

Ver la "botella medio vacía"

Pesadillas, insomnio

No ser capaz de recordar hechos felices

Presentar una actitud desesperada

Ira, vergüenza, miedo...

## PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA N° 8

*Miremos las emociones y sentimientos con lupa:*

## MIEDO

**PALABRAS QUE LO EXPRESAN:** agobio, ansiedad, pánico, nervios, terror, tensión, aprensión, preocupación, susto, necesidad de huir...

### ¿QUÉ LO DESENCADENA?

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EVENTOS</b></li> <li>- Una situación nueva o poco familiar</li> <li>- Estar en una situación en la que fuimos heridos en el pasado</li> <li>- Estar solo</li> <li>- Estar en la oscuridad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PENSAMIENTOS</b></li> <li>- Creer que alguien nos va a rechazar o criticar</li> <li>- Creer que vamos a fracasar</li> <li>- Creer que no obtendremos la ayuda que necesitamos</li> <li>- Perder la sensación de control o competencia</li> </ul> |
|--|--|

### ¿QUÉ SENTIMOS?

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudor, nervios, inquietud</li> <li>- Temblores, estremecimientos</li> <li>- Sensación de frío, de asfixia o nudo en la garganta</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diarrea, vómitos</li> <li>- Falta de aire, respirar rápido</li> </ul> |
|---|--|

### ¿CÓMO ACTUAMOS?

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hablando con voz temblorosa</li> <li>- Llorando, gritando, implorando auxilio</li> <li>- Escondiéndonos o evitando lo que tememos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yendo velozmente o muy deprisa a todas partes</li> <li>- Llorando, pidiendo ayuda</li> </ul> |
|---|---|

### EFFECTOS SECUNDARIOS

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- No concentrarse, estar desorientado</li> <li>- Perder el control</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recordar otras situaciones amenazantes</li> <li>- Ira intensa, vergüenza u otras emociones negativas</li> </ul> |
|--|--|



## PENSAMIENTOS, EMOCIONES Y CONDUCTA

FICHA N.º 14

Para estar centrado en el ahora recuerda este acrónimo:

**MODERA** la emoción

### MIRA, OBSERVA LA EMOCIÓN

- Nota su presencia
- Intenta separarte de la emoción
- No te dejes atrapar por ella

### DESCRIBE, EXPERIMENTA LA EMOCIÓN, NO HUYAS, NO LA AUMENTES

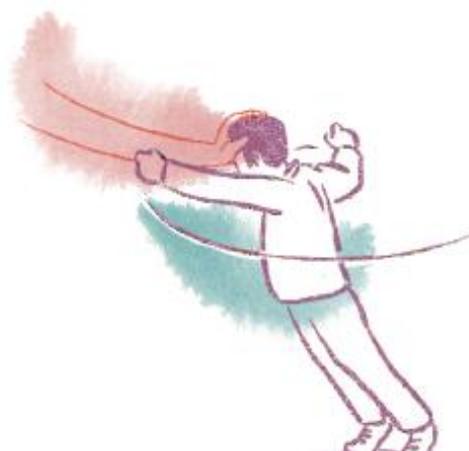
- Describe la emoción
- Como un junco, como una nube: viene y va
- Intenta no bloquear la emoción
- Intenta no suprimir la emoción
- No la hagas crecer
- No la exageres
- Dite a ti mismo: "Puedo contenerlo"

### RECUERDA: NO SOMOS LO QUE SENTIMOS

- No somos lo que sentimos
- No tenemos por qué actuar siguiendo nuestra emoción

### ACEPTA TUS PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

- No te juzgues
- Practica la tolerancia
- Si no hay otra forma, asume y acepta lo que hay



## 6.4 Material utilizado en la Decimotercera sesión sobre “Estrategias de Afrontamiento para los Síntomas Positivos de la Psicosis”.

### 6.4.1 Técnica del Grounding

5-4-3-2-1

TÉCNICA DE GROUNDING PARA LA ANSIEDAD  
Concentrate en tu respiración y después identifica ...

5 cosas que puedes ver

4 cosas que puedes tocar

3 cosas que puedes escuchar

2 cosas que puedes oler

1 cosa que puedes saborear

@mentis.sv

## 6.4.2 Técnica RAIN

# R.A.I.N.

TÉCNICA DE  
MINDFULNESS  
PARA GESTIONAR  
LAS EMOCIONES  
Y MOMENTOS  
DIFÍCILES

R. Reconocer

A. Aceptar

I. Investigar

N. No me identifico



## R. RECONOCE

Reconoce lo que está pasando y lo que estás sintiendo

¿Qué está pasando? Cómo me siento en este momento?  
¿En qué parte de mi cuerpo lo estoy sintiendo?

## A. ACEPTA

Acepta tus emociones y experiencias como son. Permítete sentir y estar presente.

Acepto lo que está pasando y me permito sentir aunque no se sienta bien.

@mentis.lv

## I. INVESTIGA

Investiga con amor, busca ver la situación desde otras perspectiva y descubre qué estás sintiendo y por qué.

¿Por qué esta situación o persona me hace sentir así? ¿Esto realmente es cierto o estoy llegando a conclusiones apresuradas?

## N. NO ME IDENTIFICO

Tus emociones, situaciones difíciles o pensamientos intrusivos no te definen y no son para siempre.

Estoy pasando por un momento difícil que me hace sentir mal pero yo no soy esta emoción y esta situación pasará.

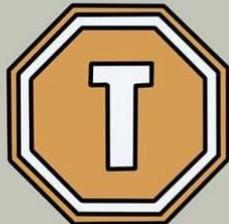
@mentis.lv

## 6.4.3 Técnica STOP

# TÉCNICA DE MINDFULNESS



**STOP:** para lo que estás haciendo concéntrate en el momento presente, el aquí y el ahora



**TAKE A DEEP BREATH:** respira hondo y despacio  
Unas cuantas veces



**OBSERVE:** identifica tus sentimientos y necesidades y luego nombra 3 cosas a tu alrededor



**PROCEED:** continúa con lo que estás haciendo de forma consciente

@mentis.sv

#### 6.4.4 Técnica “El Árbol de las Preocupaciones”

EL ÁRBOL DE LAS  
PREOCUPACIONES



**THE WORRY TREE**  
EL ÁRBOL DE LAS PREOCUPACIONES

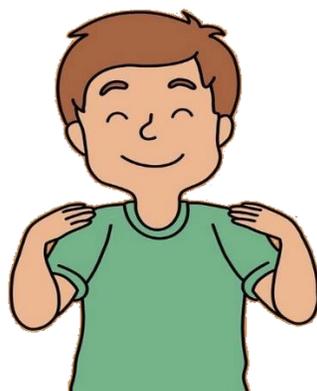
Es una guía para distinguir si estamos preocupados por una situación real, algo hipotético o algo que está fuera de nuestro control y nos ayuda concentrarnos en la resolución de problemas

El ejercicio  
“The Worry Tree”  
→



### 6.4.5 Técnica de Respiración con los Hombros

## EJERCICIO DE RESPIRACIÓN CON LOS HOMBROS



@mentis.sv

## EJERCICIO DE RESPIRACIÓN CON LOS HOMBROS

- Inhala y exhala profundamente por la nariz, relaja la cara y los hombros
- Ahora inhala profundamente contando hasta tres y levanta los hombros como si intentaras tocar tus orejas con la parte superior de tus hombros
- Exhala profundamente por la boca mientras mueves los hombros hacia abajo y hacia atrás
- Repite este proceso lentamente las veces que sea necesario

@mentis.sv

### 6.4.6 Técnica del Reencuadre

## TÉCNICA DE REENCUADRE

Los PENSAMIENTOS ANSIOSOS se desencadenan cuando interpretamos una situación como una amenaza y pensamos que no podemos manejarla.



Para ayudar a esta voz interior, puedes reinterpretar una situación como un desafío que SI PUEDES manejar.



@mentis.sv

## TIPS AND TRICKS

### PARA REPLANTEAR PENSAMIENTOS DE ANSIEDAD

1. Escribe sobre la situación o el pensamiento que estás enfrentando.
2. Escribe sobre los sentimientos y emociones que sientes.
3. Ahora escribe cuatro pensamientos alternativos.
4. Describe la evidencia que respalde estos pensamientos alternativos.
5. Finalmente, escribe qué sentimientos y emociones sientes después del reencuadre.

@mentis.sv

### 6.4.7 Afirmaciones Positivas

## AFIRMACIONES PARA MOMENTOS DE ESTRÉS Y ANSIEDAD

Hoy no voy a estresarme por las cosas que no puedo controlar

En esta lucha, no estoy solo

Mis errores solo son cosas de las que puedo aprender

Mi ansiedad no me controla

Soy fuerte, creo en mí y en mi capacidad de crecer

Haré las cosas un paso a la vez

Estoy sanando creciendo, aprendiendo

Soy más que mi ansiedad y en este momento no estoy en peligro

Este sentimiento es temporal, pasará

@mentis.sv