



**EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS IDEAS DELIRANTES DESDE LA
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: PERSPECTIVA DESDE UN CASO.**

Tur Barja, Cristina

Psicóloga *Centro de Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario "Moratalaz"*

cturbarja@grupoexter.com

Bulevar José Prat nº36, 28032 Madrid.

Caballero Campillo, Rocío

Psicóloga *Centro de Rehabilitación Psicosocial "Móstoles"*

rcaballero@grupoexter.com

C/ Juan de Juanes, 2 Posterior 28933 Móstoles, Madrid

**EVALUATION AND TREATMENT OF DELUSIONAL WITH COGNITIVE
BEHAVIORAL THERAPY: VIEW FROM A CASE.**

Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la
Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid

Agradecemos a M^a Esther Caballero Campillo por su eterna disponibilidad para traducir todo lo que se le pide. También reconocer el apoyo de Cristina Nespral (Directora de EASC y CD de Moratalaz) por su ayuda con el artículo.

Evaluación y tratamiento de las ideas delirantes desde la terapia cognitivo conductual: perspectiva desde un caso.

Se presenta el caso de una mujer, de 32 años. Comienza su problema de salud mental con 20 años. Diagnosticada de Trastorno psicótico delirante. Comenzó a aislarse, rechazaba a sus padres y dejó de comer; acabó marchándose de casa y viviendo unos años con su pareja, para luego regresar al domicilio familiar. Presenta una ideación delirante de perjuicio; refiere que “mis padres me están echando algo en la comida, algo que me sienta mal...”. Dicha idea ha interferido en su historia clínica / biográfica significativamente y tras la evaluación funcional del caso, se valora intervenir en ella. La intervención se realiza desde protocolos basados en la evidencia, en concreto desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El abordaje de la idea delirante ha sido beneficioso para la paciente, ya que ha disminuido la angustia asociada y ha mejorado significativamente su funcionamiento psicosocial.

Palabras clave: ideas delirantes, cognitivo conductual, rehabilitación psicosocial, mujer.

Evaluation and treatment of delusional with cognitive behavioral therapy: view from a case.

We are dealing with 32 year old woman. Her mental health problem begins at 20. She was diagnosed upset psychotic delirious. She began to isolate, rejecting her parents, and stopped eating. She finally left her family's home and began cohabitation with her partner to return to her parents only a few years later. She presents a delirious conception of harm. She explains that "my parents are putting something in my food, something that damages her". This idea has interferred significantly throughout her medical/biographical record, and after the functional evaluation of this case, it has been assessed to intervene. Such intervention is carried out from evidence-based protocols, in particular from the Cognitive-Conductual Therapy. The approach to her delirious idea has been beneficial for the patient, since her associated anguish has diminished and her psicosocial functioning has improved significantly.

Keywords: Delirious idea, Cognitive – Conductual, rehabilitation psicosocial, woman.

Evaluación y tratamiento de las ideas delirantes desde la terapia cognitivo conductual: perspectiva desde un caso.

INTRODUCCIÓN.

El tratamiento de los síntomas psicóticos, ha estado relegado durante muchos años al tratamiento farmacológico exclusivamente. Cada vez más, la intervención se plantea desde un formato multidisciplinar, donde tanto lo farmacológico como lo psicológico juegan un papel importante.

A lo largo de la última década del siglo XX se ha aplicado el modelo cognitivo para la comprensión y el tratamiento de la psicosis que Beck describió por primera vez en 1976. Este modelo señala que las interpretaciones cognitivas así como las creencias que las personas tienen en la base de su percepción, influyen de manera significativa en el desarrollo de las ideas delirantes (Chadwick y Birchwood, 1994; Morrison, 1998, 2001, 2002; Bentall et al., 2001; Garety et al, 2001).

Desde la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, se atienden casos derivados por el Servicio de Salud Mental de referencia. El encuadre de trabajo es el de la Rehabilitación Psicosocial, con un abordaje multidisciplinar. El objetivo principal es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Rodríguez, 1997).

En muchos casos, las personas atendidas están afectadas de un trastorno con síntomas psicóticos (trastorno psicótico no especificado, esquizofrenias, trastorno bipolar, esquizoafectivo, trastornos de la personalidad del cluster A, etc.) y presentan ideas delirantes.

El abordaje de este tipo de ideas se hace necesario para mejorar la calidad de vida de la persona, reducir su interferencia en el funcionamiento psicosocial y tomar conciencia de la enfermedad para la prevención de recaídas futuras.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC, en adelante) es una forma de trabajo sistemático y de apoyo a las personas, para ayudarles a identificar sus procesos de pensamiento disfuncionales (psicóticos, depresivos, etc.) y encontrar formas de modificarlos.

Sin negar la importancia de la transferencia (y la contratransferencia) se intenta crear una relación relajada, segura y abierta y donde, en la medida de lo posible, se trata al paciente como un colaborador activo (Cullberg, 2007).

El objetivo general que se persigue desde la TCC es el de reducir la perturbación emocional de los síntomas, aliviar el sufrimiento, la reducción de la severidad de los síntomas y distanciarse de la realidad psicótica (Cuevas Yust, 2006).

Atendiendo a la definición de delirio, nombraremos a Jaspers (1993), que definía el delirio como “una idea falsa, que se mantiene con una convicción subjetiva extraordinaria, se mantiene ante contra-argumentaciones o ante experiencias en contra y tiene un contenido imposible”. El DSM IV TR (APA, 2002) describe el delirio como “falsa creencia, basada en inferencias incorrectas, relativa a la realidad externa, que es firmemente sostenida a pesar

de lo que todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia obvia de lo contrario”.

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE y MOTIVO DE CONSULTA.

DATOS BIOGRÁFICO- CLÍNICOS:

Se trata de una mujer de 32 años de edad, la menor de tres hermanas. Soltera. En el momento de la intervención reside en el domicilio familiar junto a sus padres. Tiene estudios básicos, no ha llegado a trabajar nunca.

Comenzó con su problema de salud mental a los 20 años aproximadamente, aunque sus padres explican que “siempre fue una niña muy rara”. Comenzó a aislarse, rechazaba a sus padres y dejó de comer; acabó marchándose de casa y viviendo unos años con su pareja, para luego regresar al domicilio familiar.

Atendida en Salud Mental desde que tenía 20 años. Diagnóstico psiquiátrico: *Depresión, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno psicótico delirante*. Ha tenido 4 ingresos hospitalarios en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría.

Ha utilizado varios recursos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera (Centro de Rehabilitación Psicosocial, CRPS en adelante y Equipo de Apoyo Social Comunitario, EASC en adelante).

MOTIVO DE CONSULTA:

Derivada al EASC desde el Servicio de Salud Mental con los objetivos de “ayudarla a controlar y ajustarse con los tiempos, reducir la interferencia de la idea delirante en su vida diaria, así como, apoyar a la familia dotándoles de estrategias”.

Por su parte, la paciente acepta la intervención del EASC y demanda apoyo para que la ayudemos por las mañanas para llegar a tiempo a las actividades del CRPS y reducir las consecuencias negativas percibidas desde la idea delirante (molestias físicas).

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Mostraba una lentitud extrema a la hora de asearse, desayunar, vestirse..., llegando a tardar hasta 5 horas en estar lista por las mañanas; presentaba numerosas comprobaciones, rituales y pensamientos intrusivos que dificultaban su participación en actividades con normalidad. Se intervino en este sentido (temporalización de las conductas, moldeamiento y modelado, reforzamiento positivo, instigación y prevención de respuesta) y mejoró dicha sintomatología (obsesiones, comprobaciones, lentitud) asociada a su cuadro obsesivo, con un mejor funcionamiento general y menor interferencia de sus síntomas en su vida cotidiana.

Otro de los síntomas que presentaba, y en el que nos vamos a centrar en este artículo, es su ideación delirante de perjuicio: refería que “mis padres me están echando algo en la comida, algo que me sienta mal...”

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN.

La evaluación de los delirios, se encuadraría dentro de la **evaluación funcional del caso**. La terapia cognitivo conductual utiliza como herramienta el análisis funcional de la conducta.

ANTECEDENTES	VARIABLES DISPOSICIONALES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECUENTES
Externos	Determinantes biológicos pasados	MOTORA FISIOLÓGICA COGNITIVA	<u>Aumentan o mantienen la conducta:</u> Reforzadores positivos Reforzadores negativos <u>Disminuyen la conducta:</u> Extinción Castigo positivo o negativo.
Internos	Determinantes biológicos actuales		
Discriminativo (señales)	Repertorio de conducta		
Desencadenantes	Historia de aprendizaje		
	Estilos de personalidad		

El objetivo principal de la evaluación cognitivo conductual es conseguir que el terapeuta y el paciente tengan un conocimiento compartido de los problemas pertinentes, de los factores que han intervenido en el desarrollo de estos problemas y de los elementos participantes en el mantenimiento de los mismos, además de indicadores que hará falta medir a fin de poder monitorizar el progreso (Morrison A., Renton J., Dunn H, Williams S., Bentall R., 2004).

Mediante las entrevistas que utilizamos en las diferentes citas con la paciente, vamos evaluando otras cuestiones que son muy importantes para la evaluación, y que son complementarias al análisis funcional del caso: relación terapéutica, grado de interferencia de las ideas delirantes en el funcionamiento social del sujeto, angustia psicótica asociada y dimensión de la idea delirante.

Otras cuestiones que consideramos importantes en la práctica clínica con vistas al abordaje de las ideas delirantes son: funcionamiento cognitivo, adherencia al tratamiento, entorno, coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias y posibles estresores.

EVALUACIÓN: ASPECTOS PRÁCTICOS DESDE EL CASO:

Establecimiento de la relación terapéutica:

Desde el comienzo de la intervención se intentó que la paciente tuviese un papel activo en su proceso de rehabilitación, se acordaron con ella unos objetivos y se fue interviniendo con el fin de reducir su tardanza por las mañanas, fomentando su autonomía y reduciendo el malestar asociado a la creencia que sus padres la estaban “echando algo en las comidas”. Se fue consensuando con ella la manera en la que se iba a ir trabajando.

Durante el proceso de la intervención se fueron reforzando los avances conseguidos, priorizando sus demandas, todo ello desde la escucha activa y la validación de la persona.

Grado de interferencia del delirio en su funcionamiento social y consecuentes emocionales:

La detección de la sintomatología psicótica se ha realizado a través de **entrevistas** con la paciente y su familia, y a través de la **observación** y **autorregistros**. No se ha utilizado ninguna escala ni entrevista estandarizada.

A través de las entrevistas mantenidas con ella y de la información facilitada por sus padres se detecta sintomatología psicótica activa, concretamente sintomatología delirante: “*sé que mis padres me están echando algo en la comida y me siento mal...*”. Sus padres comentan que les ha pedido que no le echen nada en la comida. Se muestran alarmados y preocupados.

Dicha sintomatología le está provocando malestar emocional, ella refiere sentir “rabia, enfado...”. Por el momento parece no estar interfiriendo en su funcionamiento social de manera significativa, aunque hay que tener presente que en el pasado, a raíz de dicha sintomatología, dejó de comer y comenzó a rechazar a sus padres de manera radical.

Se valoran las **dimensiones** de la idea delirante, para ello se le pide que le asigne un valor de 0 a 100 para poder de alguna manera cuantificar y tener más información acerca de la interferencia en su vida cotidiana y el malestar que produce:

- **Grado de convicción:** 100% (“se que son mis padres los que me echan algo en la comida...lo sé”).
- **Grado de preocupación:** 70% (“lo pienso todos los días...porque me siento mal...unas 10 veces al día...”).
- **Intensidad de la perturbación emocional asociada a la creencia:** 70% (“me siento mal...yo no quiero que me echen nada...a veces me siento triste...o enfadada...”).
- **Interferencia conductual:** 10% (“no pasa nada...pero no me gusta...no quiero que lo hagan...”).
- **Reacción a la contradicción hipotética** (posibilidad de otras causas que expliquen su malestar físico): 50% (“un poco”).

También se han valorado otras conductas asociadas al delirio, como las conductas de seguridad y de afrontamiento, ya que se tendrán en cuenta en la intervención:

Conductas de seguridad: parece que no realiza, no evita comer lo que sus padres le preparan de comida ni escapa de esas situaciones. Sí evita en los últimos tiempos verbalizar dicha creencia.

Conductas de afrontamiento: no utiliza ninguna estrategia fisiológica, cognitiva ni conductual concreta. En ocasiones refiere que intenta pensar en otra cosa o hacer algo (distracción), ya que este delirio aparece varias veces al día.

Análisis funcional del caso:

Idea delirante: *Siente molestias físicas y piensa que es porque sus padres le están echando algo en las comidas.*

ANTECEDENTES	VARIABLES DISPOSICIONALES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECUENTES
<ul style="list-style-type: none"> Malestar físico (sensaciones) Estreñimiento Gases Dolor de tripa Mal aliento Molestias en los dientes 	<ul style="list-style-type: none"> 32 años, mujer. Baja forma física. Molestias en la espalda. Bruxismo. Alta activación, “angustia” basal. Padre sobreprotector (tendencia al refuerzo negativo) y madre crítica (castigadora). Inadecuados hábitos de salud en la familia. Escaso orden en las comidas: sensación de descontrol (comen por separado, cada uno a una hora) Presencia en casa de botes del herbolario que ella no identifica (puede confundirlos con “veneno”). La madre es la única que cocina. Problemas con la alimentación desde la adolescencia (perdió 36 kilos). Desde los 16 años, aislamiento y dificultades para expresar dudas, emociones. Idea delirante presente desde los 20 años. Baja autoestima. Estilo obsesivo. Escasas habilidades sociales. 	<p>MOTORA: Tocarse la tripa, mirarse los dientes, comprobaciones físicas - autoobservación</p> <p>FISIOLÓGICA: dolor de tripa, abdomen hinchado.</p> <p>COGNITIVA: “Mis padres me están echando algo en la comida, me están envenenando”.</p>	<p>AUMENTAN O MANTIENEN LA CONDUCTA:</p> <p>Reforzadores negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Focalización del malestar, conductas repetitivas, que producen sensación de control de la estimulación aversiva. - Encuentra explicación a sus sensaciones de malestar físico, disminuyendo la alta activación, de manera inmediata. - Se lo comunica a la familia en forma de queja, alivio. - No comenta sus sospechas, aunque sigue pensándolas, se inhibe. <p>DISMINUYEN LA CONDUCTA:</p> <p>Castigo positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poco después, aflora el sentimiento de tristeza y enfado, dado el tipo de explicación utilizado. Vuelve a elevar la activación. - Recibe expresiones de enfado y malestar por parte de su madre, recriminando su actuación

Otras cuestiones importantes que se evaluaron fueron:

- **Funcionamiento cognitivo:** Orientada en las tres esferas, con una capacidad de aprendizaje funcional y adaptado al contexto, en los límites de la normalidad. Flexibilidad cognitiva suficiente que permite la reestructuración de la idea.
- **Adherencia al tratamiento:** Toma la medicación de forma adecuada y acude a sus citas, tanto con psiquiatra como con psicóloga, de manera regular.
- **Entorno de la persona afectada por dicha sintomatología:** La familia reacciona alarmada ante el síntoma. Escasas competencias en el manejo del mismo, suelen ridiculizar o restar importancia sin escucharla. Suelen actuar muchas veces desde la sobreprotección o el criticismo.
- **Coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias:** No aparece patología dual ni actual ni en su historia clínica.
- **Estresores a los que está expuesto el sujeto y cómo afronta dicho estrés y/o situaciones.** En el momento de la intervención pocos estresores. Sí la expectativa / exigencia de que mejore por parte de los padres, y cambios de su rutina diaria (establecimiento de hábitos saludables y rutinas).
- **Aspectos relacionados con la resistencia al cambio.** Dificultad para comunicarse, especialmente a la hora de expresar emociones. Escasas habilidades por parte de la familia para aplicar contingencias.
- **Aspectos facilitadores del cambio.** Motivación hacia la intervención y buena relación terapéutica.

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Una vez realizada la evaluación, teniendo en cuenta los objetivos con los que se derivó a la paciente al EASC y las demandas de la propia usuaria y su familia, se establecieron unos objetivos de intervención:

- Debilitar la convicción del delirio, flexibilizar dicha creencia, abrir el abanico de alternativas posibles a su malestar. Es decir, que empiece a verbalizar otras posibles causas a su malestar físico: Esto se evaluará a través de entrevistas con ella y de la información facilitada por la familia.
- Reducir el malestar físico: Dicho objetivo se evaluará teniendo en cuenta sus quejas somáticas (molestias en la boca, dolor de tripa...), número de veces que lo verbaliza, actividades que deja de realizar por dichas molestias, etc.
- Reducir el malestar emocional (tristeza, rabia...): A la hora de evaluar este objetivo se tendrán en cuenta tanto aspectos verbales como no verbales: valorando si se reducen sus gestos faciales de tristeza, expresiones de enfado contra sus padres, apatía o anhedonia.
- Recuperar sensación de control, disminuir sensación de indefensión: Para evaluar dicho objetivo se tendrán en cuenta las nuevas operantes que pone en marcha para mejorar su día a día, tales como conductas asertivas con sus padres, conductas encaminadas a reducir sensaciones físicas desagradables (lavarse los dientes, no tomar bebidas con gas...), pasar más tiempo acompañada de gente que la hace sentir bien, etc.

- Buscar otra operante que le alivie, papel que cumple actualmente el delirio (“da sentido a lo que le pasa”).
- Expresar malestar/discrepancias respecto a sus padres: Como se apuntaba anteriormente, se evaluarán las comunicaciones asertivas, aquellas que expresen discrepancias con sus padres de manera adecuada.
- Con sus padres: la intervención se ha centrado en tres puntos básicamente:
 - Explicar en qué consisten las ideas delirantes: causas, factores que contribuyen a su mantenimiento,...
 - Reducir la angustia y el malestar que les produce el hecho de que su hija les acuse de echarle algo en la comida.
 - Facilitar pautas básicas para el manejo de dicha sintomatología.

Dichos objetivos se valoraran a través de la información facilitada por ellos mismos y la que facilite la paciente en cuanto a relación con sus padres.

TRATAMIENTO.

No en todos los delirios es preciso o recomendable intervenir, en este caso decidimos intervenir para reducir principalmente su malestar emocional. Razones para intervenir, tras realizar el Análisis Funcional:

- Malestar emocional que refiere le hace sentir dicho delirio.
- Interferencia en su vida diaria: Si mantiene dicha convicción puede ir aumentando, ya que en el pasado comenzó refiriendo que sus padres le echaban algo en la comida y después creía que era veneno; como consecuencia dejó de comer y mantuvo durante varios años un rechazo total hacia sus padres, es decir fue aumentando la interferencia en su vida cotidiana, en su salud, en su relación con la familia...
- Si mantiene esta idea se asienta la sensación de falta de control, sensación de indefensión.
- Si continua pensando de esta manera, no va a operar de manera eficaz para reducir las molestias físicas que tiene (que seguramente sean efectos secundarios de la medicación, cambios en la alimentación, ausencia de ejercicio físico...).
- Reducir el malestar de sus padres.

A continuación recordaremos los objetivos de intervención, esta vez asociándolos con las diferentes técnicas utilizadas para abordarlos:

Objetivo nº1: Debilitar la convicción del delirio, flexibilizar dicha creencia, abrir el abanico de alternativas posibles a su malestar.

- Técnicas utilizadas: entrevistas no estructuradas, método socrático, disputa verbal.

Objetivo nº2: Reducir el malestar físico.

- Técnicas utilizadas: potenciación de estrategias de afrontamiento, tales como desviación de la atención y puesta en marcha de operantes concretas para mejorar sensaciones físicas.

Objetivo nº3: Reducir malestar emocional (tristeza, rabia...).

- Técnicas utilizadas: potenciación de estrategias de afrontamiento, tales como autoafirmación, aumento de la actividad social y manejo de ansiedad.

Objetivo nº4: Recuperar sensación de control, disminuir sensación de indefensión.

- Técnicas utilizadas: potenciación de estrategias de afrontamiento, tales como autoafirmación y entrenamiento en habilidades sociales (asertividad).

Objetivo nº5: Buscar otra operante que la alivie, papel que cumple actualmente el delirio (“*dar sentido a lo que le pasa*”).

- Técnicas utilizadas: disputa verbal, confrontación de la idea y reestructuración hacia una explicación más objetiva y real.

Objetivo nº6: Que exprese malestar/discrepancias respecto a sus padres.

- Técnicas utilizadas: entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

Objetivo nº7: Con sus padres: la intervención se ha centrado en tres puntos básicamente: a) Explicar en qué consisten las ideas delirantes: causas, factores que contribuyen a su mantenimiento, etc.; b) Reducir la angustia y el malestar que les produce el hecho de que su hija les acuse de echarle algo en la comida; y c) Facilitar pautas básicas para el manejo de dicha sintomatología.

- Técnicas utilizadas: Se les da información (Psicoeducación) acerca de la sintomatología de su hija: delirios vs. manías y se les facilita una serie de pautas concretas: no ridiculizar ni criticar abiertamente el delirio; no alarmarse, mantener la calma si les manifiesta dicha creencia, no enfadarse ni ponerse a llorar, es decir, no darle tanto contenido emocional; facilitarle soluciones concretas para sus molestias sin entrar en su delirio. Además, normalizar todo lo referente a la comida, procurando que la paciente participe en elaboración de la comida o prepare la mesa, que su madre la pregunte acerca de la cantidad que quiere, etc., fomentando su autonomía, y reconocer y reforzar los avances de la paciente.

Las técnicas utilizadas en el caso:

❖ **Potenciación de las estrategias de afrontamiento (PEA) de Tarrrier, 1992:**

Con esta estrategia de intervención se persigue resaltar recursos personales con los que afrontar los síntomas, dotando a la persona de estrategias para reducir la frecuencia e

intensidad de la idea delirante y aminorar la perturbación emocional asociada al mismo. El **1^{er} paso** consiste en seleccionar con el paciente uno de los síntomas identificados durante la fase de evaluación, describiendo dicho síntoma de forma clara y precisa; hay que seleccionar síntomas técnicamente abordables (que los antecedentes y consecuentes sean claramente identificables y modificables) o síntomas que causen malestar emocional a la persona o desorganización funcional. El **2^o paso** consiste en determinar la estrategia que empleará el paciente, basándonos en las que ya ha usado y le han sido útiles, o enseñándole otras nuevas: conductuales (desarrollo de actividades programadas, realización de pruebas de comprobación, exposición, etc.), cognitivas (autoinstrucciones, distracción, parada de pensamiento, etc.), fisiológicas (relajación, desensibilización sistemática, etc.) o sensoriales (modificación de aferencias sensoriales: usar el walkman, tapones en los oídos, etc.). El **3^{er} paso** consiste en explicar al paciente lo que pretendemos hacer. Es conveniente hacer una devolución del análisis funcional realizado, así como discutir y establecer conjuntamente los objetivos a conseguir y la forma de ponerlos en práctica, exponiendo aquellas técnicas que se consideran más adecuadas. El **4^o paso** es el entrenamiento en el uso de la estrategia seleccionada mediante la práctica en la consulta, en imaginación o en vivo.

Las Estrategias que se seleccionaron fueron:

- *Desviación de la atención:* a través de la distracción, desviar la atención que presta a sus sensaciones corporales que elicitaban sus síntomas (evitar las comprobaciones continuas sobre su tripa e hinchazón). Ella suele utilizar ya alguna estrategia: ver la tele, salir con su madre a la calle, etc. Introducimos alguna nueva como: llamar por teléfono a alguna amiga y charlar un rato con ellas o leer.
- *Autoafirmación:* cuando le venga la idea de que se siente mal porque sus padres le echan algo en la comida, entrenarla para que en voz baja se repita la posibilidad de otra explicación a su malestar (“*puede ser en parte por la medicación, porque voy algo estreñida*”) y centrarse en lo que puede hacer para reducir: el dolor de tripa, boca pastosa o mal aliento
- *Conductas que reduzcan su malestar físico.* No se trata de cuestionar la causa del malestar sino influir directamente sobre esas sensaciones. Se plantea, basándonos en otras posibles explicaciones tales como: efectos secundarios de la medicación, estreñimiento, tomar bebidas con gas, comidas fuertes, etc., ir introduciendo algunas pautas como: regular la cantidad de agua; pasear y tomar fruta en ayunas (para reducir el estreñimiento); reducir las bebidas con gas o comidas fuertes; lavarse más los dientes o tomarse algún caramelo mentolado (dice que sólo se los lava una vez al día). Operantes eficaces que va poniendo en práctica con el fin de reducir dicho malestar:
 - Ha comenzado a lavarse los dientes tres/cuatro veces al día. Lleva caramelos mentolados en el bolso y una botella de agua; refiere sentir la boca “menos pastosa”.
 - Ha ido al dentista por la molestia en los dientes. Éste le ha recomendado volver a utilizar el aparato para el bruxismo. Refiere que se encuentra “algo mejor...me duelen menos”.
 - Respecto a su queja de ir muchas veces al servicio, valoramos la posibilidad de acudir a su médico para descartar una posible infección de orina. Acudió a su médico de atención primaria quien le pautó un tratamiento para la infección de orina. Comenta que “*algo mejor...voy menos veces al baño...ya no me molesta*”.

- *Aumento de la actividad social*: ha comenzado a quedar con alguna amistad, sale a cenar, al cine, queda con otros compañeros...se está fomentando y reforzando que aumente sus contactos sociales, ya que menciona que lo piensa más cuando está sola.
- *Manejo de ansiedad, reducir su nivel de activación, de tensión*: ir a la piscina, pasear, ir al fisioterapeuta, relajación...

❖ **Desafío verbal o disputa verbal (Chadwick y cols, 1996; Chadwick, Birchwood y Trower, 2001):**

Este procedimiento tiene unas 5 fases:

1. Se comienza enseñando al paciente a identificar y diferenciar entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas. Normalmente, considera sus pensamientos como hechos, y no es capaz de verlos como hipótesis sobre esas situaciones. El objetivo es enseñarle a identificar y valorar las emociones desagradables y comportamientos desadaptados (Ej.: enfados e insultos a la TV), registrando la situación en la que ocurre (Ej.: viendo la TV), e identificando los pensamientos asociados a esa situación (Ej.: están hablando de mi).

También es importante valorar el grado de convicción de esos pensamientos, valorándolos en porcentajes (0% nivel mínimo de convicción/100% nivel máximo de convicción). Usar autorregistros de: SITUACION-PENSAMIENTO-EMOCIÓN-CONDUCTA. Recoger las evidencias, actuales y pasadas, a favor y en contra, de la idea delirante objeto de modificación, así como las valoraciones que realiza sobre el contenido de tales creencias.

2. Se debaten las evidencias a través de cuestionamientos lógicos o método socrático: preguntas encaminadas a que el paciente tome conciencia de la inconsistencia lógica, la pobreza de fundamentos y la carencia de utilidad de sus creencias. No se cuestiona el delirio en sí mismo, sino las evidencias o “hechos” en los que el paciente se basa para mantener la creencia; hay que enseñarle a distinguir entre los eventos y la interpretación de los mismos. Abstenerse de realizar confrontaciones directas con el delirio, que provocan un enfrentamiento entre paciente y terapeuta y crean resistencia al cambio, y ofrecer un modelo explicativo alternativo al delirio que de sentido a las experiencias.

3. Análisis de la lógica interna del delirio: una vez discutida y analizada cada una de las evidencias en las que se basan las creencias delirantes con un estilo de colaboración y no de confrontación, es más fácil discutir directamente las creencias. Se pueden buscar las contradicciones e incoherencias presentando dos únicas alternativas: con sentido o no, coherente o contradictorio...o en términos de grados de probabilidades; éstas últimas son más efectivas cuando abordamos creencias mantenidas con un alto grado de convicción. También se puede utilizar la desdramatización de las consecuencias de tener esa creencia. Por último se puede analizar con el paciente las ventajas e inconvenientes de seguir manteniendo la idea delirante.

4. Desarrollo de un nuevo modelo explicativo del síntoma: Una vez debilitado el delirio, es conveniente empezar a buscar otras creencias que expliquen de forma más adaptativa y racional los eventos y acontecimientos, sin necesidad de recurrir a formas delirantes.

5. La comprobación empírica del delirio o prueba de realidad (Beck y cols., 1979) Consiste en planear y llevar a cabo una actividad o tarea que ponga a prueba una determinada creencia, siendo más efectiva si va seguida de la disputa verbal.

Según Chadwick y Cols., (1996): hay que definir de manera clara “lo que vamos a probar”. Después, hacer una predicción basada en la inferencia que se quiere poner en marcha, y revisar las evidencias a favor y en contra de dicha predicción. Diseñar una intervención para comprobar la validez de la predicción y sacar las conclusiones.

Según Salkovskis (1991): las personas con delirios suelen realizar conductas de seguridad, para prevenir un supuesto resultado negativo de las situaciones que consideran amenazantes. Se debe especificar las conductas de seguridad y su relación con la inferencia que se quiere poner a prueba. Diseñar una situación en la que el sujeto no pueda poner en práctica dicha conducta, previniendo las conductas de escape y evitación. Registrar los resultados y sacar conclusiones.

Reproducción de sesión terapéutica:

T. ¿En qué te basas para pensar que tus padres te están echando algo en la comida?
P.- En que me siento mal, y sé que es porque me echan algo...
T.- Entiendo, y ¿has pensado en otras explicaciones, otras posibles causas para lo que te pasa?
P.-Si...pero no, es que es por mis padres...por lo que me echan...
T.- Pero ¿se te ocurre alguna otra razón por la que podrías sentir estas molestias?
P.- No, no lo sé...
T.- ¿Qué es lo que crees que tu hermana pensaría de esto?
P.- A lo mejor que me lo creo yo...que son imaginaciones...
T.- Por ejemplo, y si una compañera del Centro te contara las molestias que tú tienes, ¿qué le dirías?, ¿qué crees que se lo podría estar provocando?
P.- No sé...la medicación...
T.- ¿La medicación?
P.- Si... a lo mejor es por las pastillas o porque no va al servicio... y está estreñida...
T.- Tienes razón, la medicación puede tener algún efecto secundario como estreñimiento o provocar sequedad en la boca...muy bien, ¿te parece que hagamos una lista entre las dos para ver qué otras cosas pueden estar provocando esas molestias...?
P.- Bueno...”

Intentar que reflexione de manera más crítica sobre las evidencias, *búsqueda de alternativas*:

MOLESTIAS	OTRAS POSIBLES CAUSAS
<ul style="list-style-type: none"> • Tripa hinchada 	<ul style="list-style-type: none"> • “que me echan algo en la comida” • “comer mucho” • “tomar bebidas con gas”
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de tripa 	<ul style="list-style-type: none"> • “tomar alguna comida que me siente mal...”

<ul style="list-style-type: none"> • Sensación en los dientes 	<ul style="list-style-type: none"> • “porque me echen algo en la comida” • “por algo fuerte que he comido” • “efectos secundarios de la medicación...” • “por lavarme poco los dientes”
------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Análisis lógico, realizar preguntas que resulten contradictorias con el delirio (método socrático: continua formulación de preguntas encaminadas a que el paciente tome conciencia de la inconsistencia lógica, la pobreza de fundamentos y la carencia de utilidad de sus creencias...).

<p>T.- “¿Cómo es la relación con tus padres? P.- Bien...me llevo bien.... T.- ¿Te ayudan en algo tus padres? P.-Si...claro... T.- Dime, ¿en qué sentido te ayudan o se preocupan por ti? P.- Pues...no sé...mi madre está conmigo por las tardes... T.- ¿Hacéis cosas juntas que te gustan? P.- Si...vamos de compras... T.- Y tu padre ¿en qué cosas te ayuda? P.- No sé...pero sí...me llevo bien... T.- Por ejemplo cuando no te daba tiempo por las mañanas él te llevaba todos los días al Centro, ¿verdad? P.- Si... me llevaba en coche... T.- Y eso ¿te ayudaba? ¿te venía bien? P.- Si...me ayudaba a llegar ... T.- Muy bien, es decir, se portan bien contigo ¿no? P.- Si... T.- ¿Cómo es posible que tus padres que dices se preocupan por ti y te cuidan, al mismo tiempo, te echen algo sabiendo que te sienta mal? P.- No lo sé... T.- ¿Cómo puedes explicar que siendo buenos contigo hagan a la vez algo que te hace sentir mal? P.- Pues no sé...pensarán que es bueno para mí...será algo bueno, lo harán por mi bien... T.- ¿Por tu bien? P.- Si...no se...vitaminas...algo bueno...pero a mí me sienta mal T.- ¿Vitaminas? P.- Si...no es malo...vitaminas o algo así...algo bueno...”</p>

Toda esta intervención se completó con **citas de seguimiento** donde se evaluaba de forma continúa el mantenimiento de la reestructuración de la idea delirante, y sobre todo, la reducción de la interferencia de la misma en su vida diaria. Dicho seguimiento se prolongó durante unos 6 meses. Los resultados fueron positivos, ya que mejoró su funcionamiento psicosocial y, como consecuencia, su calidad de vida.

RESULTADOS.

Los principales resultados que se obtuvieron tras 14 sesiones con la paciente y 2 con la familia a lo largo de 7 meses fueron los siguientes:

- Respecto a la sintomatología: comenzó a poner en marcha estrategias de afrontamiento, tales como aumentar sus contactos sociales, poner en marcha conductas distractoras y relajación. Asimismo, descendió el número de veces que aparecía la idea delirante y también se redujeron sus quejas asociadas a dicha creencia. Consecuentemente se redujo el malestar asociado, sobre todo el sentimiento de rabia e indefensión.

- En relación al malestar físico: empezó a atribuir parte de su malestar físico a otras causas (bebidas con gas, insuficiente lavado de dientes, escasa actividad física, estreñimiento...) y comenzó a realizar nuevas operantes para reducir dicho malestar, recuperando así cierta sensación de control.

- En cuanto a la relación con la familia: la paciente comenzó a colaborar con su madre para poner la mesa, servirse ella la comida, etc. Además sus padres intentaron seguir ciertas indicaciones con el objetivo de fomentar la autonomía de su hija, no dramatizar y normalizar.

En general la intervención consiguió avances: persistía la creencia delirante pero comenzó, en ocasiones, a contemplar otras alternativas, empezó a incidir sobre su malestar físico, verbalizando menos quejas somáticas y mejorando la relación con sus padres.

En este caso es importante destacar que cuando la paciente comenzó a verbalizar su ideación delirante ya se tenía establecida con ella un buen vínculo, lo que facilitó poder abordar la sintomatología de manera directa. Apuntar, asimismo, que el objetivo desde el principio no fue eliminar el delirio sino flexibilizar dicha creencia y reducir su malestar físico y recuperar la sensación de control. Tener estos objetivos presentes facilitó una mayor implicación de la paciente en el proceso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El caso que hemos comentado es un ejemplo de otros muchos que llegan a los recursos de Rehabilitación de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Se trata de personas que, como consecuencia de su problema de salud mental, han ido perdiendo autonomía, integración en la comunidad y mantienen dificultades que les influyen significativamente su calidad de vida, y precisan una intervención en rehabilitación psicosocial para recuperar o adquirir habilidades que les permitan desenvolverse en su entorno de forma normalizada.

A la hora de intervenir en diferentes áreas de rehabilitación (adherencia al tratamiento, habilidades sociales, ocio, actividades de la vida diaria, capacidades cognitivas, manejo del estrés...), a veces nos encontramos con que las ideas delirantes, asociadas al perfil de derivación (la mayoría cursan con sintomatología psicótica de base), interfieren en todas las áreas de la vida de la persona, dificultan el enganche y la vinculación con el recurso y los profesionales y son un barrera para una óptima integración comunitaria.

Por ello, es fundamental intervenir en dichas ideas, ya que el abordaje de las mismas permite la reducción del sufrimiento, la reducción de hospitalizaciones, una vida más saludable y la posibilidad de iniciar un proceso de recuperación.

En este caso concreto, la idea delirante que presentaba la paciente interfería en su día a día de forma significativa. Una vez que se intervino directamente sobre dicha sintomatología, ésta se redujo e interfirió menos en su día a día. La intervención realizada con la paciente utilizando la TCC redujo el impacto de dicha sintomatología en su funcionamiento psicosocial.

A modo de conclusión, según la bibliografía y nuestra propia experiencia, observamos que para tener éxito en el abordaje de las ideas delirantes es importante:

- **Que dediquemos tiempo a ello:** suelen ser intervenciones a largo plazo y que se mantienen durante todo el proceso. No se trataría de un entrenamiento puntual, sino de algo nuclear que habría que ir contemplando desde el análisis funcional de caso, a medida que aparezcan nuevos antecedentes (estresores, por ejemplo).
- **Tolerancia a la frustración del terapeuta:** no desistir. Pese a la reactancia emocional que puede aparecer al principio de la intervención, si mantenemos la intervención, ésta irá poco a poco siendo eficaz: de dudar de la idea, a criticarla y finalmente dejarla en un segundo plano o llegar a reestructurarla completamente.
- **Importancia a la relación de confianza con el terapeuta:** es importante no apresurarse a intervenir y esperar al momento adecuado. Lo sería cuando esté afianzada la relación y la persona pueda vivir nuestro trabajo como una ayuda y no como que desconfiamos de ella.
- **Trabajar desde el análisis funcional de caso:** es una herramienta potente de evaluación continua para individualizar y adaptar al momento de la persona, encuadrándolo en su historia.
- Resulta beneficioso contar con **coterapeutas** (apoyo de familia o red de apoyo social).
- Se debe asegurar la **adherencia al tratamiento farmacológico**, y que no haya muchos cambios en la pauta durante la intervención.
- El tema de los delirios suele guardar **relación con su historia** de aprendizaje, su biografía, dinámica familiar.
- La aplicación de técnicas cognitivo conductuales debe estar enmarcada dentro de un proceso integral de **rehabilitación psicosocial**.

REFERENCIAS.

American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Andreasen, N. (1984): *Scale for the assessment of Positive Symptoms*. Department of Psychiatry, Iowa City.

Asberg, M., Montgomery, S, Perris, C., Scahlling, D. y Sedvall, G (1978). *The Comprehensive Psychopathological Rating Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 277, 5-27.

Bentall, R et al (2001): Presecutory delusions. *Clinical Psychology .Review* 22.



- Cañamares, J.M; Castejón M.A.; Florit, A.; González, J.; Hernández J. A., Rodríguez A. (2008): *Esquizofrenia. Guías de intervención*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Castilla del Pino, C. (1997): *El delirio, un error necesario*. Barcelona. Ediciones Nobel S.A.
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994): The omnipotence of voices. *British journal of Psychiatry* 164.
- Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996): *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK, Wiley.
- Cuevas – Yust, C (2006): *Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios*. Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 267-292.
- Cullberg, J. (2007): *Psicosis. Una perspectiva integradora*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos para el XII Curso Anual de Esquizofrenia.
- Endicott, J., Spitzer, R.L (1978). *A diagnostic interview: The Schedule for affective Disorders and Schizophrenia*. *Archives of general Psychiatry*, 35, 837-844.
- Fowler, D., Garety, P y Kuipers, E. (1995): *Cognitive behaviour therapy for psychosis: theory and practice*. Chichester, UK, Wiley.
- Garety, P. et al (2001). A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine* 31.
- Herjanic, M., Brown, F y Whitt, T (1975). Are children reliable reporters?. *Journal of abnormal child Psychology*, 3, 41-48.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: Fondo de cultura económica. (Orig 1946).
- Kay, S., Opler, L y Lindenmayer, J.P (1988). *Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics*. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Krawiecka, M., Goldberg, D y Vaughan, M (1977). *A standardised psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 55, 299-308.
- Kingdon, D. y Turkington, D. (1994): *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove, UK, Erlbaum.
- Lenz, H. (1964). *Vergleichende Psychiatrie*. Viena: Wilhem Maudrich Verlag.

Montgomery, S., Taylor, P. y Montgomery, D. (1978). Development of a schizophrenia scale sensitive to change. *Neuropharmacology*, 17, 1061-1063.

Morrison, A (1998): Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms. In schizophrenia en Tarrier et al (eds.9 Treating Complex Cases. Chichester:Wiley.

Morrison A., Renton J., Dunn H, Williams S., Bentall R. (2004) *La terapia cognitiva de la psicosis. Un enfoque basado en la formulación*. Herder Editorial S.L. Barcelona

Nelson, H. (1997): Cognitive behavioural therapy with schizophrenia: A practice manual. Cheltenham, UK, Stanley Thornes Publishers.

Overall, J. y Gorham, D. (1962). *The brief psychiatric rating scale*. *Psychological Reports*, 10, 799-812.

Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C., Vallina Fernández, O., y Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitiva conductual de la esquizofrenia*. Guía Clínica. Ed. Minerva.

Real Academia Española de la Lengua (1984). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Crouhan, J et al (1981). *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule; Its history, Characteristics and validity*, *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Ratcliff, K.S (1982). *Validity of the diagnostic Schedule version II: DSM-III diagnosis*. *Psychological Medicine*, 12, 855-870.

Salkovskis, P. (1991): The importance of behaviour in the maintenance of anxiety of panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19.

Spitzer et al (1978). *Research diagnostic criteria: rationale and reliability*. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.

Spitzer et al (1987). *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. New York, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Spitzer, M. (1995). Ideas delirantes. En V.E Caballo, G. Buena Casal y J.A Carrobbles (eds), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp 737-776). Madrid: Siglo XXI.

Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms, En M. Birchwood y N. Tarrier (eds.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Chichester, UK, Wiley.

Wing, J.K, Cooper, J. y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge university Press.

Wing, J.K. (1988). *Abandoning what?*. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 325-328.