

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFICACIA EN
LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRASTORNO DE IDEAS
DELIRANTES DE TIPO SOMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN
CASO.

Trabajo de Graduación

Programa de Estudios de Posgrado Psicología Clínica
para optar al grado y título de Postgrado Académico
en Psicología Clínica

KATHERINE CORDERO CARMONA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2013

Dedicatoria

A los pacientes.

Agradecimientos

Al usuario quien motivó esta investigación. Al Dr. William Arguello ginecólogo obstetra, quien trascendió los límites de su trabajo en función del mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Al Dr. Roberto López Core, Jefe del servicio de Psicología Clínica del Hospital Nacional Psiquiátrico, quien fue mi supervisor en el caso a tratar.

A la Dra. Silvia Carrera, quien brindó una exitosa continuidad al caso y realizó una gran labor. Y al Dr. Alfonso Villalobos, por compartir su inagotable conocimiento en el área de la investigación.

"Este trabajo de graduación fue aceptado por la Comisión
del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica
de la Universidad de Costa Rica,
como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría
Académica/Doctorado Académico en Psicología Clínica."

Ana María Monteverde Castro
Coordinadora Nacional Comité Director Posgrado de Psicología Clínica

Alfonso Villalobos Pérez
Tutor de Trabajo de Graduación

Programa de Posgrado en Psicología Clínica

Katherine Cordero Carmona
Candidato o Candidata

Contenido

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Hoja de aprobación	iv
Resumen.....	vii
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
II. PROBLEMA.....	3
III. OBJETIVOS	3
IV. MARCO TEÓRICO.....	4
<i>a. Conceptualización del Delirio</i>	<i>4</i>
<i>b. Epidemiología</i>	<i>6</i>
<i>c. Criterios nosológicos del Trastorno Delirante</i>	<i>6</i>
<i>d. Paradigma neurobiológico</i>	<i>8</i>
<i>e. Paradigma psicológico</i>	<i>11</i>
V. MÉTODO	16
<i>a. Tipo de estudio</i>	<i>16</i>
<i>b. Criterios de selección.....</i>	<i>16</i>
<i>c. Criterios de inclusión.....</i>	<i>17</i>
<i>d. Criterios de exclusión</i>	<i>17</i>
<i>e. Procedimientos:</i>	<i>17</i>
<i>f. Finalidad:.....</i>	<i>20</i>
VI. RESULTADOS.....	22
<i>a) Investigaciones que han constatado la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en Trastornos del espectro psicótico</i>	<i>22</i>
<i>b) Componentes relacionados con la efectividad: contradicciones y vacíos teóricos</i>	<i>28</i>
<i>c) Contrastar la aplicación con el reporte de un caso.....</i>	<i>30</i>
VII. DISCUSIÓN	39
VIII. CONCLUSIONES.....	42
IX. REFERENCIAS	43
X. ANEXOS	46
<i>Anexo I.....</i>	<i>46</i>

<i>Anexo 2</i>	47
<i>Anexo 3</i>	48
<i>Anexo 4</i>	49
<i>Anexo 5</i>	50
<i>Anexo 6</i>	51

Resumen

La Terapia Cognitivo Conductual ha sido una de las corrientes que más estudios y reportes ha realizado para el tratamiento de los trastornos del espectro psicótico. La siguiente investigación consiste en una revisión sistemática y trata de la Terapia Cognitivo Conductual y su eficacia en la práctica clínica en el trastorno de ideas delirantes de tipo somático. El objetivo de este estudio es contrastar lo anterior con el reporte de un caso clínico de un usuario del Hospital Nacional Psiquiátrico, mediante el cual se logró comparar las técnicas mayormente utilizadas en alusión al caso. Esta investigación está dirigida al personal de salud mental.

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy has been one of the most current studies and reports made for the treatment of psychotic spectrum disorders. The following investigation is a systematic review and tries Cognitive Behavioral Therapy and its effectiveness in clinical practice delusional disorder somatic type. The aim of this study is to contrast this with the report of a clinical case of a user of National Psychiatric Hospital, which was achieved by comparing the techniques mostly used in reference to the case. This research is aimed at mental health staff.

Lista de Tablas

Tabla 1. Principales enfermedades de tipo cerebral, metabólicas, endocrinas, autoinmunes y/o por consumo de sustancias que podrían provocar o bien, interaccionar con el Trastorno de Ideas Delirantes.

Tabla 2. Recopilación de estudios controlados, aleatorios y de doble ciego, bosquejados por Gutiérrez, et. al (2012), de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en espectro psicótico de carácter agudo.

Tabla 3. Estudios controlados, aleatorios y de doble ciego, bosquejados por Gutiérrez, et. al (2009), de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en espectro psicótico de carácter crónico.

Tabla 4. Investigaciones con significancia estadística en tratamientos psicológicos para trastornos del espectro psicótico.

Tabla 5. Autores con resultados significativamente estadísticos, con carencia de técnicas específicas y que apoyan la Terapia Cognitivo Conductual como uno de los tratamientos más efectivos.

Tabla 6. Número de sesiones aplicadas, objetivos, técnicas y tareas aplicadas al caso anteriormente descrito.

Tabla 7. Reportes verbales que sugieren la disminución de la conducta verbal pública en el paciente D.

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Esta investigación surge a raíz de la necesidad que existió en el Hospital Nacional Psiquiátrico, de abordar a un paciente, el cual a pesar de un variado y prolongado esquema farmacológico, aún persistía su delirio de tipo somático. Se utilizaron algunas técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, durante 10 sesiones, las técnicas se escogieron para el caso en concreto con base en la evidencia disponible en bases de datos y textos bibliográficos.

A lo largo de la historia, gracias a la aparición de los psicofármacos y al avance en los estudios cerebrales a nivel estructural y funcional, los usuarios que presentaban la sintomatología de los trastornos con espectro psicótico comenzaron a presentar mejorías. Pese a ello, los antipsicóticos típicos llegaron a generar efectos secundarios de extrapiramidalización, por lo que rápidamente las compañías farmacéuticas comenzaron a revolucionar la industria a través de la creación de antipsicóticos atípicos.

A raíz de esta novedosa creación, los trastornos psicóticos y delirantes fueron quedando relegados a la eficacia de la psicofarmacoterapia, considerándose como la primera línea terapéutica la medicación antipsicótica; sin embargo, es gracias a las investigaciones actuales, que se ha ido más allá de los procedimientos puramente biológicos, integrando al ser humano desde un paradigma biopsicosocial (Lemus, Fonseca y Vallina 2010).

En los últimos años se ha evidenciado la importancia que cobra el trabajo interdisciplinario en la rehabilitación de trastornos del espectro psicótico, su reinserción social y la necesidad de validar y promover los derechos de tales personas. Esto se ha visto respaldado desde la perspectiva de un cambio en la salud pública, a través de un abordaje integracionista (Gutiérrez, Sánchez, Trujillo y Sánchez 2009). Es el panorama que también ha suscitado en América Latina y en nuestro país, es gracias a este cambio de paradigma que las terapias no farmacológicas han cobrado importancia en el abordaje de pacientes del espectro psicótico.

El cambio de paradigma del abordaje terapéutico de tipo biólogo al abordaje multimodal, el cual consiste en intervenir todas las áreas integradas del ser humano, es decir, su área conductual, cognitiva, afectiva, interpersonal y somática. Ha generado una serie de estudios, los cuales han proporcionado terapéuticas alternativas y coadyuvantes a los psicofármacos. Según Carmona, Cangas, García, Pedro (2009), una de las posturas teóricas que ha proporcionado evidencia y apego científico ha sido la Terapia Cognitivo Conductual, sin embargo, existen otros modelos que se derivan de la tendencia cognitiva, como combinación de las mismas, las cuales son llamadas por algunos teóricos “las Terapias de Tercera Generación”, las cuales también realizan valiosos aportes en el abordaje con pacientes que presentan sintomatología del espectro psicótico (p.301).

La finalidad de este trabajo es exponer las prácticas basadas en la evidencia para los Trastornos de Ideas Delirantes, haciendo énfasis en las terapias cognitivo conductuales, y analizando toda esta información a la luz de un caso desarrollado en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, durante el año 2012.

II. PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad reportada para los tratamientos de la Terapia Cognitivo Conductual en casos de personas diagnosticadas con el Trastorno de Ideas Delirantes?

III. OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la efectividad reportada a nivel internacional para el tratamiento de la Terapia Cognitivo Conductual en casos de personas diagnosticadas con el Trastorno de Ideas Delirantes.

Objetivos específicos

- Revisar algunas investigaciones que han constatado la eficacia de la Terapia cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno delirante y síntomas psicóticos.
- Describir los principales componentes relacionados con la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en personas con diagnóstico de Trastorno de Ideas Delirantes.
- Contrastar las características de aplicación de Terapia Cognitivo Conductual reportada en la literatura con un caso diagnosticado con Trastorno de Ideas Delirantes en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

IV. MARCO TEÓRICO

a. *Conceptualización del Delirio*

Etimológicamente, el investigador Miu (2010), realiza una recopilación del término *paranoia* refiriendo que: “proviene del griego *pará* (al lado, contra) y *noús* (espíritu) y hace referencia a enfermedad o locura, en términos generales”. Dicho vocablo, estaba en su origen, desprovisto del sentido específico que en la actualidad posee.

Según comenta el autor, este vocablo comienza a ser utilizado de forma más precisa por los autores Boissier de Sauvages y por Heinroth a principios del siglo XVII, al designar con él un grupo de trastornos en los que el delirio afecta de forma parcial al psiquismo, cursando con exaltación de un grupo de ideas fijas: “*manteniendo el paciente la capacidad para razonar con lógica y acierto en otros asuntos*”. Por tanto, el centro absoluto de dicha enfermedad, sobre el que gira su evolución y pronóstico, es el delirio, sin otros síntomas reseñables” (p. 8). El término “delirio”, ha sido vinculado a varios trastornos psiquiátricos, especialmente aquellos del espectro psicótico. El concepto llegó a asociarse en la antigüedad a “la locura”.

Comprender el significado de la palabra delirio, nos ayuda a tener una aproximación más clara y objetiva, desde el paradigma científico, es importante estructurar y definir qué se entiende en los tiempos actuales por su conceptualización. Situación que, gracias al avance y al progreso que ha tenido la Terapia Cognitiva, según la recopilación de investigaciones basadas en la evidencia, se han realizado aportes acerca de las creencias y pensamientos. No solamente de las personas que poseen un trastorno mental, sino que parte de la premisa de que todas las personas, independientemente del nivel de salud mental, poseemos un esquema de pensamientos que son inherentes al ser humano, es decir, es parte de su esencia.

Rojas (2010) argumenta que Jasper introdujo una diferenciación entre la percepción y la representación, diferenciación que plantea un “un falso dilema”. El mismo autor plantea que, este psicólogo alemán, argumentaba que las percepciones son corpóreas, es decir, provienen del espacio objetivo exterior. Mientras que las representaciones, por su

connotación son incorpóreas y provienen de un mundo subjetivo interior. Esto lleva a cuestionarse sobre brecha que ha existido desde los tiempos iniciales de la filosofía, acerca de lo subjetivo-objetivo, lo real-lo imaginario, lo interno-externo.

Con base a los dilemas que se han planteado con respecto al delirio, Rojas (2010), argumenta que trascendiendo este problema, el paciente que presenta delirios, es una persona la cual es parte de un fenómeno en el que su creencia comienza a instalarse y se llega a convertir en el centro de su vida, de tal manera que, otras áreas de su vida quedan relegadas, o bien, disfunciona debido a este centramiento.

A esto le llama el mismo autor: “representaciones anancásticas”, pues estas personas llegan a estructurar todas sus conductas y sus relaciones en función de la idea delirante per se. Debido a que estos procesos delirantes llegan a ser parte de las llamadas metacogniciones, el mismo autor refiere que, gracias a los procesos neuroconductuales y plasticidad cerebral, las ideas delirantes llegan a formar parte de la conciencia a tal punto donde ya no logran diferenciarse de la realidad.

En síntesis, desde un paradigma de condicionamiento operante, la concepción skinneriana, define como conducta “el percibir, imaginar y soñar”, de modo que, independientemente de si estas se puedan o no evidenciar en el mundo circundante, corresponden a conductas.

Podemos ver como cronológicamente el término delirante ha sido asociado desde término paranoia como idea base o explicativa del trastorno, sin embargo, para efectos de la presente investigación se considera importante la revisión de otros subtipos como el somático o hipocondríaco. Del cual se habla poco en la literatura, debido a la escasa investigación basada en la evidencia y soporte biológico del mismo. Es precisamente, por la aparición de estos nuevos subtipos tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades así como, en el Manual Diagnóstico Estadísticos de los Trastornos Mentales, se habla de Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (F 22) y se dejó de llamar como en épocas antiguas, paranoia o estados paranoides.

b. Epidemiología

De Portugal (2009), gracias a una investigación realizada en España, en un estudio transversal con una muestra de 86 pacientes, los cuales cumplían con los criterios según el DSM IV para el diagnóstico de Trastorno Delirante; logra obtener resultados basados en la evidencia. Según ellos demostraron que:

La edad media de inicio fue de 39,6 años y el 61,6% de los casos eran mujeres. Los tipos de Trastorno Delirante más frecuentes fueron persecutorio (59,3%) y celotípico (22,1%). Casi el 21% tenía antecedentes familiares de esquizofrenia y el 17,4% tenía antecedentes heredofamiliares del Trastorno Delirante (significativamente mayor entre los que tienen el subtipo celotípico) p.1

Este hallazgo contrasta con el reportado hasta el momento en el DSM IV TR, donde se argumenta que “probablemente el Trastorno Delirante celotípico, es más frecuente en hombres que en mujeres, pero no parece haber diferencias por género importantes en la frecuencia total del Trastorno Delirante” p. 367.

En nuestro país datos de la Caja Costarricense del Seguro Social, según el Área de Estadística en Salud, indica que el número de pacientes que egresaron entre 1997 y el primer trimestre del 2012, con el diagnóstico de F22 el cual corresponde al Trastorno de Ideas Delirantes, fue mayormente de hombres.

c. Criterios nosológicos del Trastorno Delirante

Desde la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la patología es clasificada como F22 Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes. La misma clasificación indica que se trata de ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas o esquizofrénicas. Se agrega que se trata de un grupo heterogéneo, el tema o conjunto de ideas delirantes deben ser la manifestación clínica única o la más destacada y deben de estar presentes durante por lo menos tres meses, ser claramente propias o idiosincráticas, es decir, no depender de factores culturales. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32) siempre y cuando las ideas delirantes no

coincidan con las alteraciones del estado de ánimo. Cabe resaltar que no debe haber evidencia de lesión cerebral, de voces alucinatorias ocasionales ni antecedentes de síntomas esquizofrénicos, etc. p. 61.

Desde el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR), el Trastorno Delirante (se clasifica así nosológicamente), se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes. La idea delirante se clasifica como extraña. Los demás criterios son compartidos con el CIE 10 p. 364.

Los subtipos según el DSM IV TR, son:

- Tipo erotomaniaco (el tema central es la idea de que otra persona está enamorada del sujeto).
- Tipo de grandiosidad (es la convicción de tener algún extraordinario talento o intuición, o de haber hecho un reconocimiento importante).
- Tipo celotípico (el tema central es que el cónyuge o amante es infiel).
- Tipo persecutorio (el tema central es que el sujeto está siendo objeto de conspiración).
- Tipo somático (el tema central se refiere a las funciones o sensaciones corporales).
- Tipo mixto (cuando no predomine un tema delirante específico).
- Tipo no especificado (cuando la creencia delirante no esté descrita en los tipos específicos) p.365.

En lo que respecta al diagnóstico diferencial se debe tomar en cuenta el delirium, demencia, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico no especificado, trastorno bipolar no especificado, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado, hipocondría, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno paranoide de la personalidad y del trastorno Dismórfico corporal. En el caso de esta última patología puede a su vez presentar comorbilidad.

Así mismo, es importante resaltar que para efectos de esta investigación interesa la revisión del diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal, el cual desde el DSM IV TR puede recibir el diagnóstico adicional de Trastorno de Ideas Delirantes de tipo somático. Sin embargo, es importante aclarar que para efectos del CIE 10, no existe categorización adicional para el Dismórfico Corporal, por lo que el subtipo somático, entraría en la categoría de Hipocondriasis.

d. Paradigma neurobiológico

Las causas o etiología del trastorno de ideas delirantes en general no están del todo clarificadas. Sin embargo, desde el área de la investigación de la genética molecular se han reportado hipótesis esperanzadoras, en especial para el subtipo de ideas delirantes de persecución.

Realizando un recorrido desde lo más elemental a nivel etiológico, es importante descartar primeramente la causa orgánica del trastorno, en este caso, los principales causantes a nivel orgánico son:

Tabla 1.

Principales enfermedades de tipo cerebral, metabólicas, endocrinas, autoinmunes y/o por consumo de sustancias que podrían provocar o bien, interactuar con el Trastorno de Ideas Delirantes.

Causas orgánicas en el Trastorno de Ideas Delirantes				
Enfermedades cerebrales	Enfermedades Metabólicas	Enfermedades Endocrinas	Enfermedades Autoinmunes	Consumo de Sustancias
Accidentes cerebrovasculares	Deficiencias vitamínicas (p. Ej. Déficit de tiamina, déficit de vitamina B12, etc.)	Hipotiroidismo o hipertiroidismo. Hiperparatiroidismo	Lupus eritematoso diseminado	Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas
Convulsiones psicomotoras (ictales, postictales o interictales)	Encefalopatía hepática o urémica	Síndrome de Cushing	Tiroiditis autoinmune	
Encefalitis paraneoplásica	Hipoglucemia			
Encefalitis u otra infección del SNC (p. Ej.: neurosífilis)	Hiponatremia			
Encefalopatía por el	Porfiria aguda intermitente			

VIH
Enfermedad de Huntington
Enfermedad de Wilson
Tumores cerebrales, epilepsia
Vasculitis del SNC 41
Tomado de Miu (2010), p. 43

Hart citado en Miu (2010) refiere que las enfermedades neurológicas que más se asocian a las ideas delirantes son las que afectan áreas cerebrales tales como el sistema límbico y a los ganglios basales. El mismo autor concluye que las ideas delirantes de los pacientes que presentan patología neurológica en ausencia de deterioro intelectual, tienden a ser complejas y similares a las del trastorno delirante puro. Por el contrario, los pacientes con una patología neurológica y deterioro cognitivo presentan ideas delirantes más simples de las observadas en el trastorno delirante crónico. Así, el trastorno delirante puede implicar patología del sistema límbico o de los ganglios basales en aquellos pacientes que tienen intacto el funcionamiento del córtex cerebral.

El mismo autor refiere que las investigaciones más recientes se centran en el circuito ganglios basales - tálamo - córtex cerebral y en el circuito cortico- estriatal- tálamo-cortical. Dichos circuitos conectan con el sistema dopaminérgico mesolímbico - mesoestriatal, cuyo mal funcionamiento produciría pensamiento delirante. Se ha estudiado la importancia del hipocampo en el sistema de memoria del lóbulo temporal medial, como “recipiente” del equilibrio de emociones aportado por la amígdala, y también como estructura clave en la integridad del funcionamiento cognitivo p. 55.

Lo anterior toma importancia en cuanto a que, a nivel bioquímico Miu (2010), refiere que la respuesta a los neurolépticos es buena en algunos casos. Y la hipótesis dopaminérgica, es decir, aquellos fármacos que bloquean la dopamina o que son antagonistas serotoninérgicos – dopaminérgicos (pre y post sinápticos), ha generado resultados eficaces a nivel de tratamiento psicofarmacológico, especialmente en el caso de las ideas delirantes de subtipo paranoide, pero también se ha comprobado la eficacia en otros subtipos como el somático, sin embargo, en este último caso en su investigación la muestra utilizada fue pequeña.

Un ejemplo de lo anterior, es el caso reportado por los investigadores venezolanos Pérez, Pérez, Pérez, y Dávila (2007), donde concluyen que existe una respuesta particularmente favorable al uso de risperidona en una paciente de 73 años portadora del trastorno delirante de tipo somático, la cual presentaba 30 años de evolución. La paciente respondió favorablemente a una dosis de 2 mg. diarios, presentando rigidez y astenia como efectos secundarios de la medicación.

Pese a que, la cantidad de investigaciones no es significativa y falta aún mayor constatación de la evidencia científica, con los pocos casos ya reportados, se hipotetiza que hay un compromiso bioquímico (dopaminérgico) en el Trastorno de Ideas Delirantes, independientemente del subtipo de delirio. Sin embargo, existe el vacío teórico, en el sentido de que esta hipótesis es respaldada por las investigaciones en esquizofrenia y que el Trastorno de Ideas Delirante Persistente se diferencia de esta patología por ser monosintomático (ideas delirantes nada más sin otros síntomas positivos). Es decir, aún faltan investigaciones que expliquen ciertas variables o categorías, por ejemplo, la variable etiológica del por qué se han reportado casos de déficit o deterioro cognitivo en la esquizofrenia, pero en el trastorno de ideas delirantes no se han reportado casos.

Cabe mencionar un estudio que se realiza en la India, donde pese a que no logran detectar la asociación genética como tal entre la Esquizofrenia y el Trastorno Delirante, evidencian que a nivel de inmunogenética el gen leucocito humano (HLA) aporta en una explicación etiológica. Tal como lo plantean Monojit, Sujit, Nirmal, Chitta y Tapas (2006), el HLA A- 03 (gen leucocito humano) se asocia significativamente con el trastorno delirante, así como con la esquizofrenia paranoide. Este gen HLA solo o en desequilibrio de ligamiento con otros genes HLA u otros genes que no estén estrechamente vinculados al HLA - A 03 pueden influir en la susceptibilidad al trastorno delirante y en la esquizofrenia paranoide.

Lo anterior quiere decir que, la etiología común de la Esquizofrenia y el Trastorno de Ideas Delirantes es apenas “la punta del iceberg” y no explica completamente ninguno de los dos trastornos. Sin embargo, los pasos que se han dado son avances importantes, especialmente en el campo de la genética.

e. Paradigma psicológico

Tal como se mencionó inicialmente, la terapia por excelencia que hasta hace algunos años que se consideraba la únicamente efectiva en el tratamiento de síntomas psicóticos e ideas delirantes, era la farmacoterapia. La cual sin duda ha alcanzado grandes avances. Sin embargo, al considerar desde la perspectiva cognitivo conductual que los pensamientos (delirios), son modificables y provocan repercusiones en las conductas y en la emociones, ha incrementado el número de investigaciones y las aplicaciones de técnicas que proporcionen un alivio y una mejoría en los síntomas y calidad de vida de las personas portadoras de este padecimiento.

Zych, Buela, Sierra y Gómez (2012), realizaron un estudio en el cuál evaluaron el conocimiento que tenían 274 psicólogos españoles acerca de las terapias de la nueva generación. A nivel teórico le llaman así a aquellos modelos los cuales desarrollaron su planteamiento conceptual a raíz de superar las terapias de primera generación, las cuales consistían en aquellas que eran basadas en la evidencia, tal como el condicionamiento clásico; y así mismo, buscaban superar las de segunda generación las cuales basan su planteamiento en postulados más flexibles basados en los sistemas u ordenadores, tal como la de orientación cognitiva p.10.

El resultado de dicha investigación apunta a que, las terapias de la tercera generación son poco conocidas por los profesionales en psicología. Estas modalidades integran el planteamiento contextual, el lenguaje natural, centrándose en el análisis funcional, tomando en cuenta la relación entre terapeuta y paciente como un punto importante en la recuperación del paciente p.11. Finalmente, dichos autores proponen que dentro de las diferentes terapias de tercera generación, la más conocida entre los psicólogos es la Terapia de Aceptación y Compromiso p. 14.

Esto nos lleva a cuestionarnos, si desde la perspectiva cognitivo conductual y desde otras vertientes del mismo modelo, aún existen en realidad algunos profesionales que atañen la mejoría de sintomatología psicótica y delirante únicamente a la farmacoterapia, realizando pocos esfuerzos por trascender dicho paradigma. No obstante, dicho cuestionamiento se sale de los planteamientos investigativos en esta revisión sistemática,

interesa la mención de dicho modelo con la finalidad de encontrar los aportes que han otorgado al para el abordaje efectivo del trastorno delirante.

En el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en psicosis, según Carmona, et. al (2009), la esencia del modelo radica en que el paciente acepte aquellos aspectos de su experiencia, tal como pensamientos, emociones, alucinaciones, voces, sensaciones, etc., que ha intentado cambiar sin éxito alguno. Promueve que el sujeto no caiga en el Trastorno de Evitación Experiencial, síndrome que es mencionado por la recopilación de autores tales como Hayes p.3.

Las terapias cognitivas, y dentro de ella la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), han ido aportando evidencia acerca de la efectividad del debate de ideas delirantes, especialmente, a la hora de debatir la realidad de la mismas. A pesar de que la TREC no es el modelo de elección primario para el abordaje de trastornos psicóticos e ideas delirantes, Tower (2009) propone que si esta se integra dentro de diferentes modelos puede llegar a modificar aquellos pensamientos disfuncionales acerca de las experiencias que el paciente va presentando con respecto a su trastorno mental, experiencias que generan emociones poco saludables p. 13. Lo anterior cobra importancia debido a que los pensamientos irracionales giran en torno a la percepción de vulnerabilidad cognitiva que suelen presentar los pacientes que padecen una enfermedad mental, pensamientos que pueden ser modificados mediante el proceso un terapéutico cognitivo (Londoño, 2011).

En el caso de las psicosis agudas, se ha reportado que la terapia cognitivo conductual combinada con el tratamiento farmacológico, ha demostrado mayor mejoría en el abordaje con pacientes que presentan tales síntomas. Según Gutiérrez et.al. (2011), indican que esa es la clave para una recuperación integral.

Cuando se trata de psicosis crónicas o de larga data, según los autores anteriormente citados, pero para la época del 2009 en España, las técnicas de terapia cognitiva pueden llegar a convertirse, tal como la terapia farmacológica de mantenimiento, por el resto de la vida para el paciente. En este sentido, desde la perspectiva de rehabilitación

psicosocial, los investigadores rescatan que las técnicas cognitivas pueden ser variadas, entre ellas:

- El desarrollo de un modelo empático con el paciente.
- Técnicas de afrontamiento como las que son usadas en la depresión y en trastornos de ansiedad.
- Entrenamiento en resolución de problemas.
- Desarrollo de actividades programadas.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Técnicas de relajación.
- Debates cognitivos para la modificación de esquemas disfuncionales.
- Técnicas específicas para los delirios y alucinaciones tal como la modificación de creencias no reales, por ejemplo prueba de realidades y debate socrático.
- Finalmente, el manejo de recaídas es importante.

Dichos autores aclaran que el panorama presenta un pronóstico desfavorable cuando existe comorbilidad del trastorno mental y consumo de sustancias p. 113. Pero en general, el modelo cognitivo ha demostrado ser el más eficaz paralelo a la intervención farmacológica.

Dentro de las versiones que mayormente han recopilado evidencia científica son la “Modificación de Creencias y la “Potenciación de las estrategias de afrontamiento”, según expone Perona, Cuevas y Martínez citados en Pérez, Fernández, Amigo y Fernández (2003). Sin embargo, estos exponen a nivel de terapia cognitiva en general se debe tener precaución porque muchas de las investigaciones han presentado dificultades propias para la validación, esto debido a la diversidad y combinación de técnicas p.99.

Nieto y Sotoca citados en Olivares, Espada y Xavier (2007), refieren que en síntesis, en el Trastorno Delirante en especial el de subtipo persecutorio, para poder conseguir una modificación de la ideación delirante, se necesita intervenir con estrategias de disputa verbal y experimentos conductuales.

En el caso de los delirios de embarazo y androginia en hombres, en la literatura internacional es escasamente reportado, Domínguez, Olivieri y Téllez (2009) exponen

en su revisión sistemática, que solamente se han reportado tres estudios de caso, y en nuestro país no se encontraron reportes acerca de este tipo de delirio.

En Holanda existe una guía clínica o protocolo de atención a personas que padecen de síntomas físicos inexplicables complejos en su etiología y que comparten el diagnóstico con el trastorno somatomorfo, los autores Van der Feltz, Hoedeman, Keuter y Swinkels (2012) refieren que la guía es multidisciplinar y que en estos casos el diagnóstico y la intervención requieren de profesionales médicos y psicólogos. A nivel psicológico posterior a una revisión sistemática realizada por estos investigadores en ese país, encontraron que la terapia cognitivo conductual es por excelencia la que ha demostrado mayor eficacia en el abordaje de dichos pacientes.

El punto de convergencia entre los investigadores que constatan la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el trastorno de ideas delirantes y síntomas psicóticos, es que el abordaje debe ser multimodal, es decir, debe incluir medicación antipsicótica, psicoterapia y tratamiento psicosocial rehabilitativo. En este sentido, Lemus, et. al (2010), argumentan que la psicoeducación, optimizar la relación terapéutica, entrenamiento en resolución de problemas, en habilidades sociales, asertividad comunitaria y rehabilitación cognitiva, forman parte de ese proceso integral.

Sin embargo, los mismos autores refieren que hasta la fecha lamentablemente no existe tratamiento preventivo eficaz para la psicosis, por lo tanto el abordaje de atención primaria o prevención no es tan útil en patologías tales como “la esquizofrenia”. Es decir, el trastorno no es prevenible, pero sí es posible aumentar la psicoeducación de tal forma que los pacientes, familiares y personal de salud estén al tanto del modelo integral, pues el tratamiento debe dirigirse a las diferentes dimensiones clínicas del trastorno p. 309.

El hecho de que no exista la posibilidad de prevención de la enfermedad per se, no indica que no se les pueda brindar a atención integral en fase prodrómica a los pacientes que presentan trastornos del espectro psicótico. Tizón (2009) asegura que 5 estrategias de atención precoz deben incluir:

- a) Una detección comunitaria precoz.

- b) Una visita domiciliaria del equipo de atención integral.
- c) Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.
- d) Delimitar el abordaje entre los pacientes con el trastorno psicótico propiamente dicho y entre aquellos que se encuentran en fase prodrómica.
- e) Seguimiento clínico mediante protocolos de investigación empírica para el manejo de intervención grupal.
- f) Actividades de coordinación y formación de redes.
- g) Programa psicoeducativo preventivo de posibles fases prodrómicas a nivel familiar.
- h) Actividades de formación y capacitación, docencia e investigación.

En síntesis, el concepto de idea delirante se ha ligado al concepto de paranoia. El subtipo somático es poco frecuente.

Los estudios que han sido significativos a nivel neurobiológico, son aquellos que se presentan paralelos a otros síntomas del espectro psicótico. Por lo cual, son escasos los datos neuroquímicos del delirio propiamente dicho.

El modelo de intervención es por excelencia la Terapia Cognitivo Conductual. Esta integrada desde el modelo interdisciplinario, así como también, enfocado en un modelo comunitario en función de evitar el modelo asilar.

V. MÉTODO

a. *Tipo de estudio*

La siguiente investigación es un estudio teórico o reseña, su contenido se basó en una revisión sistemática, es decir, en una especie de tutorial en el que se definió y clarificó el problema o pregunta planteada; se resumió las investigaciones escogidas para informar al lector que se desempeña en el área de la salud mental, especialmente psicólogos (as), psiquiatras y enfermeras (os), acerca de una actualización de la Terapia Cognitivo Conductual y su eficacia en la práctica clínica en el Trastorno de Ideas Delirantes de tipo somático.

b. *Criterios de selección*

- Se trató de identificar las categorías o dimensiones relacionadas con el tema, contradicciones, vacíos e inconsistencias teóricas encontradas en la literatura internacional, esto con la finalidad de brindar un aporte a la evidencia ya existente.
- Se adicionó un reporte de caso, es decir, el reporte de un caso atinente a la revisión sistemática. El mismo, fue abordado en la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, y la finalidad es comparar las técnicas implementadas en el mismo con las que reporta la literatura, para que de esta forma se pueda enriquecer aún más la evidencia reportada en la literatura.
- Las publicaciones utilizadas fueron aquellas que oscilan entre el año 2006 y 2013, con la finalidad de asegurar que la información publicada sea lo más actualizada posible. Las publicaciones escogidas fueron principalmente aquellas que estaban traducidas o escritas al lenguaje español, salvo cinco en inglés.
- Los términos de búsqueda fueron “Trastorno Delirante”, “Androginia”, “Delirio tipo somático”, “Delusional Disorder”, “Somatoform Disorder”, “History of delusional disorder”, “Cognitive behavioral therapy”, “Terapia Cognitivo Conductual en Delirios”, “Terapia psicológica en Delirio”, “etiología delirios”.

c. Criterios de inclusión

- Se tomó en cuenta aquellas publicaciones que incluyeran revisiones sistemáticas, estudios de casos y ensayos clínicos aleatorios, esto para garantizar que las conclusiones obtenidas tuviesen un respaldo científico.
- Así mismo, se tomó como requisito que las revistas escogidas fueran indexadas y que estuvieran sometidas a revisión de artículos por pares externos.
- En cuanto al contexto, se privilegiaron los artículos con la población de América Latina, con el fin de obtener resultados y perfiles de sujetos más próximos a nuestra latitud y a la realidad costarricense. Sin embargo, se tomó en cuenta aporte de investigaciones en países tales como: España, Alemania, Noruega, Holanda e India. Se escogió ese contexto y estos países porque fueron las publicaciones que mostraron muestras amplias o bien, actualizaciones sistemáticas con información reciente.

d. Criterios de exclusión

- Se descartaron aquellas investigaciones que no cumplieran con el rango de los años de publicación seleccionados.
- Aquellas publicaciones que su fuente de divulgación se consideró desconocida.
- Aquellas investigaciones que no estaban sometidas a una revista que como requisito no tuviesen la evaluación a pares externos.

e. Procedimientos:

La búsqueda de la literatura para esta investigación se realizó:

- La utilización de las bases de datos tales como Medline/PubMed, Psych Articles, Dyna Med, BioMed Center, Cochrane y Google Scholar; además se consultó una tesis doctoral de psiquiatría la doctora Miu (2010) de la Universidad Complutense de Madrid; esto proporcionó la posibilidad de revisar algunas

investigaciones que han constatado la eficacia de la Terapia cognitivo conductual en el tratamiento del Trastorno Delirante y síntomas psicóticos.

- Se consultó en Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal con la finalidad de revisar los estudios controlados, estudios sistemáticos y metaanálisis que reportan la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales en el trastorno delirante, tanto cerca de nuestra latitud, como fuera de ella. Por eso, se tomaron en cuenta las revistas indexadas de Investigación en Psicología, tal como Añales de Psicología, con la finalidad de realizar un cuadro comparativo acerca de los aportes realizados actualmente sobre algunas terapias o modelos que combinados con el tratamiento de fármacos antipsicóticos, han resultado efectivos en el abordaje del trastorno de ideas delirantes y síntomas psicóticos, según la literatura internacional.
- Se utilizó la revista electrónica de Psiquiatría.com, del cual se tomó el reporte de un caso en un paciente con un delirio muy similar al que se expondrá. Para finalmente poder realizar una integración en una tabla comparativa, acerca de las técnicas que han sido reportadas como las más eficaces en el tratamiento del trastorno de ideas delirantes, y compararlas con las utilizadas en el reporte de caso.

Se encontraron además 37 artículos en inglés relacionados con Delusional Disorder, en la base de datos de DynaMed, se descartaron aquellos que se limitaban únicamente al manejo farmacológico del trastorno, o bien, aquellos que incluían comorbilidad con trastornos de personalidad u otro trastorno clínico. Pero para efectos del marco teórico, sí se utilizó un artículo que retoma la neuroanatomía y que se sustenta en hipótesis de la etiología bioquímica.

Se complementó lo anterior con la base de datos Google Scholar, se tomó ahí un artículo de The Canadian Journal of Psychiatry, el cual fue tomado de base para publicaciones actuales, acerca del campo de la genética y neurobiología en el Trastorno de ideas delirantes.

En la base de datos Medline se tomó en cuenta una Guía Clínica en inglés realizada en Holanda acerca de “Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles”, se consideró significativo el aporte debido a que fue realizado a través de la experiencia científica de un equipo interdisciplinario y de la constatación en las revisiones bibliográficas. Con esto se buscó que en las discusiones y conclusiones se enfatice la importancia del abordaje integral en los centros de salud mental.

En PudMed, se encontró 20 de 63 resultados, donde se eligió trabajar con una investigación la cual publicó un estudio transversal, con una muestra de 86 pacientes los cuales cumplían con los criterios del Trastorno Delirante del DSM IV.

Se tomó en cuenta un artículo encontrado en la revista electrónica *psiquiatría.com*, de 200 elementos relacionados, se consideró atinente este debido a que tiene relación con el delirio de tipo somático que presenta el paciente que se analiza en esta investigación, el cual se basa en el delirio de embarazo y androginia es un hombre con esquizofrenia desorganizada (Domínguez, et. al (2009), el mismo tiene soporte bibliográfico y constatación de la literatura en el reporte de un caso. Se hizo también mención a un artículo de tipo bibliográfico, en el cual se hace referencia a guías clínicas, ya aprobadas y validadas y a publicaciones basados en la evidencia acerca de las bases clínicas para un modelo de atención en psicosis (Lemus, 2010).

Lo anterior relacionado al embarazo y androginia, porque se buscó contrastar las características de aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en un caso de una persona diagnosticada con el Trastorno de Ideas Delirantes de tipo somático, con la evidencia actual disponible sobre las técnicas con mayor eficacia del modelo cognitivo conductual en el abordaje del paciente con delirios.

En cuanto al tema de la Terapia Cognitiva per se, se escogió artículos de Google Scholar, en el cual se encontraron 15 500 resultados. Principalmente se filtraron aquellas que se encontraban registradas en la Revista Redalyc, en el caso de Vulnerabilidad cognitiva (Londoño, 2011), se tomó en cuenta la publicación porque

utilizaron una muestra de 490 usuarios de servicios psicológicos de 12 universidades en Colombia, quienes consultaban por primera vez. Además, utilizaron para efectos de esa investigación 4 cuestionarios que cuentan con la respectiva validación.

En el caso de la base de datos de Cochrane en relación a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual como patología a estudiar, se encontró dos artículos en los cuales se interviene tanto en psicosis aguda como en psicosis crónica (Gutiérrez, et. al 2009 y 2012), ambas son revisiones actualizadas de tipo bibliográfico donde incluyeron únicamente publicaciones que incluyen diseños controlados y aleatorios que garantizan la fiabilidad y validez que avalan la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en tales casos. En el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Zych, et. Al, 2012), se utilizó un artículo el cual se aplica tal terapia en 6 estudios de caso y 2 ensayos clínicos aleatorios. Se hizo mención a artículos científicos de las terapias de la nueva generación, las cuales han estado cobrando importancia en el área de rehabilitación.

Se realizó la consulta de dos libros los cuales fueron base para la intervención en el caso de análisis de esta investigación, tal como lo son: Terapia psicológica: análisis de casos (Olivares, et. Al, 2007) y la Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Pérez, et. al, 2003).

De lo anterior se integró mediante una tabla comparativa, aquellas técnicas cognitivo conductuales, que han demostrado según la literatura internacional y según el caso expuesto, mayor efectividad en el abordaje del paciente que padece un trastorno de ideas delirantes.

f. *Finalidad:*

Lo anterior dio pie para la realización de una revisión sistemática, es decir, una investigación sistemática, donde la investigación es un resumen de las publicaciones más actuales en relación al tema para posteriormente ser comparada con un caso atinente al trastorno de ideas delirantes. En la cual se garantizó que los artículos escogidos provienen de bases de datos reconocidas, indexadas y que estuvieran sometidas a revisión de artículos por pares externos.

El propósito fue el de describir la naturaleza de las manifestaciones sintomáticas del Trastorno Delirante en relación a la comparación de las técnicas y modelos cognitivos hasta ahora descritas, con un enfoque de intervención terapéutica Cognitivo Conductual.

VI. RESULTADOS

a) Investigaciones que han constatado la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en Trastornos del espectro psicótico

Tal como se mencionó en párrafos anteriores, el Trastorno de Ideas Delirantes es planteado por Londoño (2011) y otros teóricos, desde la hipótesis de conglomerado de “esquemas y distorsiones cognitivas,” tal como ha sido desarrollado por Beck y otros (p.306). Es por eso que, dentro de las propuestas teóricas encontradas se parte de este paradigma y de la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual y sus ramificaciones, las cuales de una u otra forma intervienen directamente con los procesos de ideación y razonamiento disfuncional.

Desde la Terapia Racional Emotivo Conductual, Tower (2009), concluye en su investigación la cual se basó en ensayos empíricos acerca de las voces y del delirio de tipo paranoide, que en el modelo A-B-C (donde A es el evento activador o acontecimiento, B la creencia irracional y C la conducta o emoción), puede aplicarse a varios síntomas tanto negativos como positivos (p.22). Pues los delirios vendrían a ser Aes, es decir, el evento activador, siendo este inferencial no perceptual; diferenciándose de las inferencias normales a partir del grado o nivel de convicción, es decir, entre más fuerte sea la convicción hay mayor probabilidad de ser contemplado por la persona como un hecho.

El autor concluye de esta forma que el modelo ABC clarifica que el delirio comienza con una observación a nivel perceptual acerca del cual se hace el delirio inferente. Además, demuestra que dentro de los delirios está implícita una valoración (p.18), el cual es posible debatir.

Miu (2010), en su tesis doctoral concluye que el Trastorno Delirante Crónico o Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes, se construye a partir de una concepción errónea sobre una vivencia hipervalorada. El delirio se puede formar a partir de interpretaciones erróneas de tipo exógeno y endógeno. Adicionalmente, concluye que en un reporte de caso en el cual describe el Trastorno de Ideas Delirantes en una mujer de 44 años y en la recopilación de bibliografía para el año 2007 en España, que los

pacientes sometidos a la Terapia Cognitivo Conductual concomitante, aseguraban presentar una mejoría (p.170). Dentro de los objetivos de trabajo desde este paradigma, se incluyen:

- a) Lograr mayor conciencia de enfermedad.
- b) Mejorar la adherencia al tratamiento.
- c) Involucrar al paciente gradualmente en su proceso de mejoría. (p.171)

Así mismo, indica que consensualmente las fases a abordar desde la Terapia Cognitivo Conductual son:

- a) Preparación del paciente para la terapia.
- b) Desafío o debate cognitivo de la convicción delirante.
- c) Test o prueba de realidad. (p.131)

En el caso de tendencias que continúan dentro del paradigma cognitivo conductual, pero que a su vez han ido incorporando otras técnicas de modo que brindan especial atención a la relación terapéutica y a la autoaceptación, tal como es el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso expuesto por Carmona, et. al, en el 2009; han brindado aportes importantes donde el objetivo consiste en la no eliminación de síntomas positivos y negativos, sino más bien, en la aceptación, convivencia y aprendizaje de los mismos en la vidas de aquellos quienes las padecen.

Los autores brindan una recopilación de 6 estudios de caso y 2 ensayos clínicos aleatorios, los cuales aportan bajo la evidencia clínica las primeras aplicaciones de dichas técnicas por diferentes autores. El primer ensayo fue con una muestra de 80 pacientes realizado por Bach y Hayes en el año 2002, el grupo que recibió el tratamiento habitual más 3 sesiones de la técnica de Aceptación y Compromiso, disminuyó en un 50% los reingresos hospitalarios por un periodo de seguimiento de 4 meses (p. 5).

El segundo ensayo fue realizado por Gaudiano y Herbert en el 2006, el cual consistió en una muestra de 40 pacientes, a quienes se les brindó un promedio de 3 sesiones de técnicas de Aceptación y Compromiso incluyendo la psicoeducación dentro de estas. Logrando una mejoría al término de síntomas psicóticos, afectivos, de interacción social y una mejoría global (p. 6).

En cuanto a las intervenciones en psicosis agudas, Gutiérrez, et. al (2012) realizan una recopilación bibliográfica de diseños controlados y aleatorios del abordaje de Terapia Cognitivo Conductual como grupo de técnicas esencial en su abordaje. Las investigaciones que se expondrán únicamente serán aquellas en las cuales el tipo de evaluador fue doble ciego.

Tabla 2.

Recopilación de estudios controlados, aleatorios y de doble ciego, bosquejados por Gutiérrez, et. al (2012), de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en espectro psicótico de carácter agudo.

Autor	Muestra	Significancia e Intervalo de Confianza	Duración	Evaluación	Resultados
Jackson, et. al (2008)	62 pacientes 1er episodio psicótico	No Indica	20 sesiones	SCID BPRS SANS SOFAS	TC en psicosis temprana desapareció síntomas negativos, mejoría global a la mitad del tratamiento, no así al final del tratamiento.
Bertelsen, et.al (2008)	547 pacientes 1er episodio psicótico	No indica	2 años	SCAN SAPS SANS Life Chart Schedule GAF	Tratamiento intensivo mayor al tratamiento rutinario, proporcionó redujo síntomas psicóticos, consumo de sustancias, medicación, uso de servicios médicos y mejoría en el funcionamiento global.
Gleeson, et. al (2009)	82 pacientes en remisión del 1er episodio psicótico.	finalizaron con una media de 11,84 sesiones (SD = 1,55) no indican el intervalo.	7 meses	SCID MADRS BPRS SANS MARS WAIS Premorbid Adjustment Scale SOFAS WHOQOLBREF ASSIST AUDIT	TCC redujo las tasas de recaída más que el tratamiento rutinario. Igualaron en adherencia al tratamiento. El tratamiento rutinario mejoró la alogía y la TCC no.
O'Donnell et. al (2003)	56 pacientes con esquizofrenia.	significancia estadística del -11% (95% intervalo de confianza del -37% al 15%)	5 sesiones	PANSS SAI GAF QLS	Terapia de Cumplimiento igual resultado que la Terapia de Asesoramiento Inespecífico.
Lewis et. al (2002), TARRIER et. al (2004), TARRIER	309 pacientes esquizofrénicos, esquizofreniforme, Esquizoafectivos o Delirantes	No indica		PANSS PSYRATS	TCC mayor eficacia que la Terapia de apoyo y que la Terapia Rutinaria en rapidez. Las tres igualan en mejoría suicida. Terapia de Apoyo superó a la TCC y a la Terapia

et. al
(2006),
Haddock
et. al
(2006)

Rutinaria en menores de 21 años. Y la TCC superó a ambas en mayores de 21 años.

Adaptado de Gutiérrez et. al (2012), p.229-230

En base a la revisión bibliográfica anterior de los autores, concluyen que la Terapia Cognitivo Conductual se va abriendo paso como una herramienta eficaz en el abordaje de psicosis agudas; mostrando mayor beneficio cuando se combina con el tratamiento farmacológico (p. 241).

En el caso de las psicosis crónicas, los mismos autores Gutiérrez, et. al pero en el año 2009, realizan una recopilación bibliográfica de diseños controlados y aleatorios del abordaje de Terapia Cognitivo Conductual como grupo de técnicas esencial en su abordaje. Las investigaciones que se expondrán, igualmente que en las investigaciones expuestas en párrafos anteriores, serán únicamente aquellas en las cuales el tipo de evaluador fue doble ciego.

Tabla 3.

Estudios controlados, aleatorios y de doble ciego, bosquejados por Gutiérrez, et. al (2009), de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en espectro psicótico de carácter crónico.

Autor	Muestra	Duración	Evaluación	Resultados
Tarrier, et. al (1999)	87 pacientes con esquizofrenia, Esquizoafectivo, delirante y síntomas psicóticos persistentes.	20 sesiones	Línea base postratamiento por 1 año	La TCC fue más eficaz en la reducción de síntomas y gravedad que la Terapia de Apoyo y que el Tratamiento Rutinario.
Sensky, et. al (2000)	90 pacientes con esquizofrenia refractaria a los antipsicóticos convencionales	19 sesiones por 10 meses	Línea base postratamiento por 9 meses	TCC fue más eficaz que “befriending” (establecimiento de amistad).
Durham et. al (2003)	66 pacientes esquizofrénicos, Esquizoafectivos, delirantes, estabilizados con antipsicóticos durante al menos 6 meses	20 sesiones	Línea base postratamiento 3 meses	TCC fue más eficaz que la Terapia de Apoyo y el Tratamiento Rutinario en la sintomatología psicótica.
Rector et.	50 pacientes	20 sesiones	Línea base	TCC igual de mejoría que el Tratamiento

al (2003)	esquizofrénicos o Esquizoafectivos con síntomas positivos y negativos persistentes		postratamiento 3 meses	Rutinario Enriquecido, en síntomas psicóticos y depresivos. TCC mostró mayor eficacia que el Tratamiento Rutinario Enriquecido en síntomas negativos.
Granholm et. al (2005)	76 pacientes con esquizofrenia crónica y Esquizoafectivos.	1 sesión por semana durante 6 meses	Línea base de tratamiento y al final.	Entrenamiento en habilidades sociales demostró ser más eficaz que el Tratamiento Recurrente, en insight y actividades sociales.
Valmaggia et. al (2005)	72 pacientes esquizofrénicos hospitalizados y resistentes al tratamiento farmacológico.	16 sesiones en 26 semanas	Línea base postratamiento 6 meses	TCC más eficaz que la Terapia de Apoyo en hospitalización. Igual eficacia en el seguimiento posterior.
Wykes et. al (2005)	85 pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas persistes	7 sesiones durante 10 semanas	Línea base postratamiento 9 meses de seguimiento	TCC más eficaz que el Tratamiento Rutinario en el funcionamiento social.

Adaptado de Gutiérrez et. al (2009), p.108

Entre de las conclusiones a las llegan dichos autores, se encuentra que las intervenciones psicoterapéuticas son eficaces mientras se lleven a cabo y supongan un complemento a las intervenciones psicofarmacológicas. Cabe mencionar que aclaran que, se observa una mejoría en el tiempo de seguimiento próximo, sin embargo, es posible que haya una pérdida del efecto con el tiempo, por lo tanto se cuestionan si al igual que las terapias farmacológicas, el abordaje psicoterapéutico debe ser igualmente y en su mayoría crónico (p. 113).

Para García (2008) quien retoma los trastornos psicóticos, tal como la esquizofrenia, de forma multifactorial, indica en su recopilación teórica y bibliográfica que todas las corrientes son útiles y no hay nada específico, recalca que la variable indispensable paralela a cualquier psicoterapia son el esquema farmacológico, recursos hospitalarios, comunitarios y de rehabilitación (p. 20).

El mismo autor, indica en su recopilación que desde el enfoque de terapia cognitiva algunas de las técnicas y procesos aplicables son:

- a) Evaluación de síntomas
- b) Formulación de síntomas clave, uso de técnicas como: focalización, exposición, respuesta racional, reatribución, modificación de pensamiento, distracción,

discusión, cuestionamiento inductivo, imaginación, role playing, asignación de tareas.

c) Prevención de recaídas (p. 12).

El autor avala esto desde el meta-análisis expuesto por Rector y Beck en el año 2001, quienes rescatan que la Terapia Cognitivo Conductual es efectivo tanto para el abordaje de síntomas positivos como negativos.

Klingberg, et. al (2010) realizaron en Alemania un ensayo clínico de tipo experimental, doble ciego, prospectivo y aleatorio, con una muestra de 165 personas las cuales recibieron la Terapia Cognitivo Conductual durante 20 sesiones, y otra muestra con la misma cantidad de personas y sesiones las cuales recibieron únicamente terapia de apoyo. El objetivo de las conclusiones radica en la eficacia de la Terapia Cognitiva en el abordaje de los síntomas psicóticos (p. 1).

Dentro del plan tratamiento se incluyó:

- a) Creencia delirante
- b) Alucinaciones
- c) Esquemas disfuncionales de pensamiento
- d) Interacción social
- e) Relación terapéutica (p. 7)

En la interpretación de los resultados, concluyen que la Terapia Cognitivo Conductual mostró mayor eficacia específicamente en la disminución de síntomas psicóticos cuando se compara con la Terapia de Apoyo. Añaden además un hallazgo importante en el cual adjudican los cambios en los sesgos cognitivos, lo cual hipotéticamente garantizaría un posible cambio a nivel neuronal, hecho que no sucedería en la psicoterapia de apoyo (p. 16).

En una investigación noruega bastante reciente, Krakvik, Grawe, Hagen & Stiles (2013), realizaron un estudio controlado aleatorio, se sometieron 45 pacientes a 20 sesiones de Terapia Cognitivo Conductual. Tanto en la evaluación postratamiento como a los 12 meses después del seguimiento, los pacientes mostraron una reducción de los síntomas psicóticos (p. 9).

Es decir, encontraron que la Terapia Cognitivo Conductual demostró mayor eficacia que el tratamiento usual. Sin embargo, aclaran que la Terapia funcionó mejor con pacientes quienes no poseían alucinaciones auditivas (específicamente las voces), explican que esto pudo suceder debido a que la terapia no fue diseñada específicamente para estos pacientes, y se dirigió a la reestructuración cognitiva entorno al contenido delirante (p. 9).

Adicionalmente, añaden en su estudio que consideran de importancia y apoyan aquellos estudios el cual enfatizan que los terapeutas tengan una formación adecuada en Terapia Cognitivo Conductual y que reciban algunas supervisiones (p. 12).

b) Componentes relacionados con la efectividad: contradicciones y vacíos teóricos

A lo largo de la recopilación en diferentes investigaciones, los autores y tendencias dentro del paradigma cognitivo conductual es variado; se observaron avances en las técnicas utilizadas, las cuales en algunos casos no se especifican de forma detallada. Lo anterior lleva a cuestionarse acerca de vacíos teóricos y metodológicos que podrían ser variables de una investigación a otra y que intervienen en la determinación de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en los trastornos del espectro psicótico.

Tabla 4.

Investigaciones con significancia estadística en tratamientos psicológicos para trastornos del espectro psicótico.

Autor	Trastornos	Técnicas	Tratamiento
Nieto y Olivares; et. al (2007)	Reportan de 1 caso de Trastorno de Ideas Delirantes	Solución elegante, autorregistro, psicoeducación, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, coste – beneficios, reestructuración cognitiva.	Terapia Cognitivo conductual
Tower (2009)	Recopila 1 Ensayo experimental de voces y delirios de tipo paranoide	Modelo A - B – C.	Terapia Racional Emotivo Conductual
Miu (2010)	Reporta de 1 caso de Ideas Delirantes	Debate cognitivo y prueba de realidad.	Terapia Cognitivo Conductual
Klingberg, et. al (2010)	Realiza 1 ensayo clínico experimental, doble ciego, prospectivo, aleatorio de síntomas psicóticos.	Debate de la creencia delirante, alucinación, esquema disfuncional del pensamiento, interacción social y relación terapéutica.	Terapia Cognitivo Conductual
Kråkvik (2013)	Realiza 1 Estudio controlado aleatorio de síntomas psicóticos.	Modelo de Chadwick, Birchwood y Tower. Desafío de creencias delirantes, de las alucinaciones auditivas con reestructuración	Terapia Cognitivo Conductual

		cognitiva.	
Perona, Cuevas y Martínez en Pérez, et. al (2003)	Recopilan 5 estudios de espectro psicótico de Terapia Cognitiva de Chadwick, Birchwood y Tower.	Reestructuración cognitiva, con procedimientos mixtos de estrategias de afrontamiento, prevención de recaídas y estrategias de normalización racional.	Terapia Cognitivo Conductual
	Recopilan 2 estudios de Potenciación de estrategias de afrontamiento en síntomas psicóticos.	Autoinstrucciones, distracción, incremento en actividades físicas (plan conductual), relajación y respiración.	
	Recopilan 2 estudios de Terapia de Focalización en alucinaciones auditivas verbales.	Reformulación de la voz como evento generado por el propio paciente.	
Gutiérrez, et. al (2009)	Recopila 7 estudios controlados aleatorios, doble ciego, del espectro psicótico crónico.	Desarrollo de empatía con el paciente. Técnicas de afrontamiento como las que son usadas en la depresión y en trastornos de ansiedad. Entrenamiento en resolución de problemas. Desarrollo de actividades programadas. Entrenamiento en habilidades sociales. Técnicas de relajación. Debates cognitivos para la modificación de esquemas disfuncionales. Técnicas específicas para los delirios y alucinaciones tal como la modificación de creencias no reales, por ejemplo prueba de realidades y debate socrático.	Terapia Cognitivo Conductual.
Gutiérrez, et. al (2009)	Recopilación de 7 estudios controlados y aleatorios en pacientes con Esquizofrenia, Esquizoafectivo, Ideas Delirantes Persistentes y del espectro psicótico con cronicidad.	Actividades programadas, relajación, habilidades sociales, “enganche terapéutico”, discusión racional, presentación de alternativas, pruebas de realidad, debatir visiones negativas y disfuncionales, técnicas de distracción cognitiva (recaídas).	Terapia Cognitivo Conductual
Gutiérrez, et. al (2012)	Recopilación de 5 estudios controlados y aleatorios del primer episodio psicótico de los trastornos psicóticos	Psicoeducación y técnicas de control de síntomas y reducción del estrés combinado con psicofármacos.	Terapia Cognitivo Conductual

Adaptado de: Nieto y Sotoca en Olivares, et. al (2007); Tower (2009); Miu (2010); Klingberg, et. al (2010); Kråkvik (2013); Perona, Cuevas y Martínez en Pérez, et. al (2003); Gutiérrez, et. al (2009); Gutiérrez, et. al (2009); y de Gutiérrez, et. al (2012).

Tabla 5.

Autores con resultados significativamente estadísticos, con carencia de técnicas específicas y que apoyan la Terapia Cognitivo Conductual como uno de los tratamientos más efectivos.

Autor	Trastornos	Técnicas	Tratamiento
Carmona et, al. (2009)	Recopila 6 estudios de caso y 2 ensayos clínicos aleatorios en esquizofrenia.	No brindan la técnica específica de la TCC únicamente refieren el uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Indicando sólo temas de abordaje como desesperanza, control, fusión del lenguaje diferenciación entre contenido y contexto mediante el uso de metáfora.	Terapias de Tercera Generación.

Adaptado de Carmona, et al. (2009)

c) Contrastar la aplicación con el reporte de un caso

En el 10 congreso virtual de Psiquiatría, Domínguez, et. al (2009), exponen el caso de un paciente el cual posee 42 años, dos años atrás en el 2007, inicia con síntomas psicóticos y delirio de embarazo. Los mismos autores correlacionan con otros casos en los cuales los pacientes, quienes presentaron el mismo tipo de delirio, eran por lo general mujeres, exponiendo así en sus conclusiones que esta idea delirante es escasa en hombres. Los mismos investigadores exploraron el reporte de un caso en un varón en el año 1989, para entonces el autor Chaturbedi, lo correlaciona con comorbilidad de Retraso Mental y con una explicación etiológica desde la corriente psicodinámica. Fuera de estos dos casos impresiona que no se hayan hecho reportes de hombres quienes presenten un delirio así de específico.

Es por esta razón que la idea de esta investigación radica en realizar una exposición breve acerca del caso de un usuario quien presenta un Trastorno de Ideas Delirantes de tipo somático, en el cual su delirio gira en torno a la convicción de su estado de embarazo. El mismo fue abordado desde técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual paralelo a la psicofarmacoterapia en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

a) *Datos Clínicos*

“D” es un masculino, de 21 años de edad nacido en 1992. Soltero, su nivel de escolaridad es la secundaria incompleta (8vo). Costarricense. Su domicilio es en la provincia de Alajuela. Actualmente se encuentra retomando sus estudios y labores en la microempresa del padre. Las fechas de valoración fueron: 20, 23, 25, 26 de abril 2012, donde se evalúa con el Test Proyectivo **Rorschach**, Prueba Proyectiva Casa-Árbol-Persona **HTP**, Test Gestáltico Visomotor **Bender** y Evaluación Neuropsicológica breve en Español **NEUROPSI**.

En el *motivo de consulta* en este primer ingreso refiere: “no sé para qué me trajeron, creo que para que me hiciera unos exámenes en la cabeza por la caída de la moto”. En la hoja de ingreso a este centro hospitalario se consigna lo siguiente: “Trastorno psicótico inespecífico”.

En los antecedentes patológicos personales destaca consumo de alcohol y de cannabis. Trastornos de sueño (insomnio). Tres antecedentes de Trauma Craneoencefálico (al año y medio de edad sin pérdida de conciencia, a los 11 años con pérdida de conciencia y hace año aproximadamente sin pérdida de conciencia). Destaca en antecedentes patológicos familiares tener un medio hermano (por parte del padre) el cual se encuentra en el Centro Penitenciario la Reforma por delitos como robo, quien es alcohólico y agresivo, de 35 años de edad. Adicionalmente la madre de “D” consultó en reiteradas ocasiones en este centro, cuando era adolescente, por depresión, abuso sexual e ideación suicida.

“D” es el tercero de 4 hermanos. El padre se muestra como una persona autoritaria impresionando mayor claridad de la problemática de su hijo, mientras que la madre, se muestra incongruente a nivel afectivo (se ríe de los delirios de su hijo), evidenciando rasgos de personalidad de tipo histéricos según la observación clínica; no impresiona con Retraso Mental ni patologías psiquiátricas mayores. Ambos padres evidencian una relación vincular con problemas de límites, en relación al grupo filial.

Según refiere la madre sobre la infancia temprana, el parto de “D” fue normal, sin embargo, al nacer “le detectan un virus en la sangre, por lo que está en control varios

años”, no sabe especificar la patología, indica que le dan alta posterior al restablecimiento. Al año y medio sufre un trauma craneoencefálico, mientras su madre habla con una vecina, el usuario sube una escalera que su padre deja sin supervisión pues estaba arreglando el techo de la casa, según comentan los padres, “D” cae desde el techo de la casa. Posterior a este evento lo llevan al día siguiente al hospital pues presentaba fuertes hematomas en su cara (“tenía la cabeza hinchada”).

Durante la etapa escolar tenía adecuado desempeño académico, y no presentaba problemas de conducta. No obstante, repite un año de escuela pues muere el hermano mayor de “D” (se ahoga en un paseo familiar), “esto repercute en la vida familiar y en todos los ámbitos” según indica la madre. A los 11 años de edad, se cae de su bicicleta con pérdida de conciencia, pero se descarta lesión a nivel cerebral mediante Tomografía Axial Computarizada.

Como hecho significativo, los padres del usuario manifiestan que “B”, el hermano de “D” (quien es el segundo hijo en orden ascendente de la madre), presenta problemas de agresividad, por lo que mantienen una relación conflictiva y distante con él. Destacan el hecho de que ambos hermanos durmieron juntos hasta los 14 años de edad, ambos padres sospechan que los niños tuvieron algún contacto “inadecuado” de índole sexual, que creen actualmente repercute en la problemática del usuario. A edad de los 14 años, “B” decide mudarse de la casa pues no compartía los límites y reglas impuestos por el padre. “D” confirma la declaración de la madre y refiere ser agredido sexualmente por este hermano.

A los 17 años “D” deserta del colegio y continúa sus estudios en un sistema educativo nocturno, pues su desempeño escolar bajó. El padre se lo lleva a trabajar con él, pues este es dueño de una empresa de seguridad, realizando diferentes oficios hasta que ingresa a trabajar de operario en una compañía de artículos médicos, donde fue ascendiendo laboralmente poco a poco.

Durante el periodo de adolescencia “D” se caracterizó por ser un joven introvertido. El padre manifiesta que: “tenía temor de que “D” fuera homosexual porque no le hacía

nada a las mujeres”, se mostraba como un chico tímido, pero que solía divertirse el fútbol y salía con sus amigos del trabajo.

Hace un año aproximadamente, sufre un accidente en motocicleta, en el cual iba con un amigo y sin el casco de protección. Refieren que “no hay daño visible a nivel físico o cerebral” hecho que se corrobora con su expediente de salud, el cual no refiere evidencia de daño o lesión en el TAC, sin embargo, un mes después del accidente comienza a tener un comportamiento extraño, deja de divertirse el fútbol, empieza a decir “incoherencias” como que “puede traspasar paredes”. Además “camina como robot”, se encierra en su cuarto, disminuye el apetito, habla solo, presenta risas inmotivadas, llora sin razón aparente, e inicia el delirio predominante y persistente: “estoy embarazado, yo siento donde se mueve, ahí están los hombres (señalando su área abdominal)”. Sin alucinaciones visuales ni auditivas. Presenta además un deterioro significativo en el rendimiento laboral, por lo que lo despiden del trabajo. Los padres le reflejan la situación, sin embargo, este niega hasta el momento tal comportamiento.

Reporta su padre que “infringía castigos físicos contra D” para contrarrestar dicha sintomatología, refiriendo que el cese de dichos castigos se dan por recomendación del psiquiatra que lo trata en ese momento a nivel privado. El usuario no alteración a nivel interaccional con el personal de salud durante su internamiento, y el delirio emerge únicamente cuando se toca el tema con él.

Inicia con Clozapina posterior a haber seguido el protocolo de esquema farmacológico con otros antipsicóticos con los cuales no mostró mejoría de la idea delirante, esto por consideración del médico tratante y por ser el antipsicótico más potente con el que se contaba; pues la finalidad del equipo interdisciplinario era devolverle la funcionalidad lo más pronto posible. No obstante, en tres meses de internamiento “D” continúa diciendo: *“A mí me cambiaron en el hospital, porque pude ser hermafrodita, por dentro sí, por fuera no”. “Me reconstruyeron el pene”. “Guardo la menstruación en una bolsa de aire”. “Yo soy virgen, no me viene la menstruación antes del embarazo”. “Los bebés se hacen con comida”. “Mi vientre crece, me duelen los ovarios, yo siento donde se mueve por eso tengo que dormir de lado”.*

Es importante destacar que como efecto colateral de la medicación “D” aumenta de peso y el crecimiento de su abdomen lo hace reafirmar aún más su delirio. No mostró cambio alguno en su estructura delirante a la fecha de su egreso, inclusive por orden médica recibe 8 sesiones de TEC (Terapia Electro Convulsiva) con las cuáles no presenta ningún deterioro cognitivo según la pruebas realizadas, pero tampoco cambios en el núcleo delirante.

En resumen, los resultados que arrojan los hallazgos de la valoración es que a nivel cognitivo no muestra alteración alguna. Pensamiento claramente delirante. Se descarta indicadores de psicoorganicidad cerebral. Pobre capacidad para expresar emociones, en especial cuando estas son opuestas a los demás. Presenta ansiedad aguda cuando se tratan temas de contenido emocional y sexual. Posee evidentes dificultades en el contacto interpersonal a nivel familiar, tiende al aislamiento. Se evidencia en el usuario una constante dificultad en la integración de su identidad sexual y de rol de género, que demuestra cierto temor homosexual, sentimientos de culpa en relación a prácticas de tipo sexual, además de evidenciar inmadurez y confusión psicosexual.

b) Conductas Meta

- Lograr que aprenda el modelo cognitivo de la Terapia Racional Emotivo Conductual. Inicialmente se aplicará el modelo A-B-C (A acontecimiento, B Creencias irracionales y C consecuencias) para hipotetizar científicamente sobre sus delirios.
- Disminuir el malestar psicológico relacionado con la ideación delirante y el impacto en el mantenimiento de estos factores asociados, otorgándole estrategias de afrontamiento desde la Terapia Cognitivo Conductual.
- Lograr que pueda relacionarse en las diferentes áreas de su vida diaria como por ejemplo en el trabajo, estudio, familia y vínculo de amigos sin que medien sustancialmente sus ideas delirantes, desde el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.
- Iniciar estrategias para la posible eliminación del consumo de marihuana y alcohol.

c) *Intervención*

Tabla 6.

Número de sesiones aplicadas, objetivos, técnicas y tareas aplicadas al caso anteriormente descrito.

Sesión	Objetivo	Técnica	Tarea
1	Iniciar al proceso de intervención psicoterapéutico	Establecimiento de rapport, empatía y alianza. Retroalimentación verbal del proceso llevado a cabo en el pabellón 2 de Hombres de este centro de salud. Familiarizar al usuario con el modelo de trabajo que sería de corte Cognitivo Conductual, inicialmente desde la TREC, explicándole a través de ejemplos claros el funcionamiento del modelo A-B-C.	Realizar un ejercicio que consiste en llenar la hoja de “encontrando el A-B-C” del CETREC (<i>Anexo 1</i>)
2	Iniciar con el primer debate por medio de “la solución alternativa” TREC.	Revisar la tarea, en caso de no haberla realizado debatir de modo didáctico incumplimiento de la tarea. Debatir desde la técnica de la “solución elegante”: “yo soy un hombre que está embarazado”. Esto se debate desde la prueba de realidad y la hipótesis de que “no es suficientemente probable que un hombre quede embarazado”. Dar por escrito cuáles son los pensamientos nucleares racionales encontrados en la sesión de modo que los repita a sí mismo (autoinstrucción) para que realice su propio debate.	Llenar la hoja de autoayuda (autorregistros del A-B-C <i>Anexo 2</i>), donde registre cuáles acontecimientos suceden durante cada día que le confirman a su parecer la idea de “estar embarazado”, y cuál es la emoción asociada a ese evento. En el debate que se auto instruya en voz alta: “no hay ninguna probabilidad científica hasta el momento de que un hombre pueda estar en estado de embarazo”.
3	Reforzar y continuar con “la solución alternativa” en TREC (Esta meta se seguirá durante las sesiones que sean necesarias hasta que el usuario logre suficiente evidencia que NO APOYA la idea irracional).	Experimentar Imágenes Racionales Emotivas (IRE), consistirá en provocar las emociones displacenteras como enojo ante la burla de los demás debido a su idea irracional acerca de “estar en embarazado”, reemplazar la idea irracional por una racional: “no hay ninguna probabilidad científica hasta el momento de que un hombre pueda estar en estado de embarazo”.	Diariamente debe llenar en una escala del 1 al 10, cuán convencido está de seguir embarazado y cuál es su grado de ansiedad (<i>Anexo 3</i>). Así mismo, debe continuar con la hoja de Autoayuda del modelo A-B-C para continuar con la comprobación de hipótesis sobre su idea delirante.
4	Realizar una prueba de realidad a través de la cual el usuario compruebe que no hay evidencia científica de su idea irracional.	Utilizar la técnica de registro conductual, donde se acompañará al Ginecólogo Obstetra, quien lo examine físicamente y pueda brindarle otras hipótesis o posibilidades a su sintomatología somática (Prueba de realidad, acerca de los movimientos que siente en su estómago). De esta manera evidenciar que su idea irracional de “mis bebés se mueven en mi vientre”, no es una explicación válida y científica.	Llenar el registro de experimento conductual (<i>Anexo 4</i>).

5	Elaborar de un marco explicativo del síntoma delirante.	Retroalimentar las sesiones anteriores, logros alcanzados, así como usar el debate de corte didáctico en el que se le explique al usuario que su idea irracional forma parte de un Trastorno Mental que se pretende modificar. Con ello lograr “la normalización de la experiencia”.	Traer una lista de preferencias deportivas o recreativas en orden ascendente que no sea ver televisión, sino que implique una actividad física.
6	Realizar en conjunto un breve plan conductual en el que se pueda crear una rutina de actividades recreativas y deportivas que disminuyan el malestar psicológico asociado a las ideas delirantes. Que son síntomas depresivos y de ansiedad.	Crear de un horario de actividades para el tiempo de ocio. Entrenar al usuario en respiración diafragmática y ejercicios de relajación, que son técnicas de desactivación fisiológica para que disminuyan las quejas somáticas (“dolores de espalda por el peso de su embarazo”). Entrenar en la técnica de Detención del Pensamiento y técnica de Distracción Cognitiva, de modo que cada vez que regrese su idea irracional acerca de “sentir movimientos fetales y/o pensar que es probable que esté embarazado” pueda aplicarlas.	Llenar en una hoja de autorregistro, donde pueda calificar del 0 al 10 cuál es su nivel de satisfacción y reducción del malestar asociado a la idea delirante.
7	Evitar que el usuario hable o disminuya sustancialmente el tema acerca de su idea delirante de “estar en embarazo”, delante de sus familiares, amigos y compañeros de un próximo trabajo.	Realizar un juego de mesa donde el usuario discrimine en qué situaciones o circunstancias es prudente hablar acerca de su idea delirante y en qué ocasiones debe reservársela. El juego consiste en un tablero facilitado por CETREC, donde juega el paciente y el terapeuta, toman una ficha la cual trae diferentes circunstancias o momentos idóneos y no idóneos para conversar acerca del tema delirante (<i>Anexo 5</i>).	Volver a llenar el registro de autoayuda con el modelo A-B-C, donde el usuario anote la situación (A), el pensamiento irracional respecto a dialogar en los momentos precisos (B) y las consecuencias y emociones que le generó el pensamiento, durante la semana.
8	Continuar con la habilidad social de pautas de comunicación asertiva en diferentes contextos de la vida del usuario.	Revisar y debatir creencias irracionales expuestas en la tarea. Realizar de un role playing (juego de roles), donde se haga una inversión de roles y el terapeuta dramatice de paciente y el paciente dramatice el rol del terapeuta. Debatir las creencias irracionales que surjan.	Buscar material en internet o en libros las repercusiones del consumo de cannabis y alcohol.
9	Brindar psicoeducación sobre la importancia de eliminar el consumo de alcohol y cannabis así como de asistir a un grupo de apoyo de adicciones.	Debatir desde la técnica de la “solución alternativa”: “la marihuana no es mala, es alimento”. Esto se debate desde la prueba de realidad y la hipótesis de que “su consumo es perjudicial en su vida, lo limita en las metas futuras y en el gasto de dinero que puede invertir en otra cosa de preferencia”.	Buscar diferentes grupos de apoyo en adicciones y alcohol, donde pueda asistir. Llenar la hoja de Análisis de costes y beneficios en cuanto al consumo (<i>Anexo 6</i>).
10	Debatir el análisis de costes y beneficios del consumo de drogas y alcohol. Motivar al cambio.	Uso del modelo A-B-C, acerca del deseo de cambio. Entrenar en Control Estimular, de modo que logre evitar espacios y contactar con personas que atañen al consumo.	Poner en práctica lo aprendido hasta el momento. Ir a las citas de seguimiento.

Adaptado de Pérez, M., Fernández, C., Amigo, I. & Fernández, J.R. (2003) y Olivares, J., Espada, J., & Xavier, F. (2007).

En resumen, las técnicas usadas fueron: enganche terapéutico, feedback, psicoeducación para el usuario y sus padres, refuerzo positivo (evitando el reforzamiento del delirio a través de la negación del mismo, reproches y burlas familiares), entrenamiento en el modelo A-B-C, solución elegante y alternativa, IRE, registro conductual, prueba de realidad (consulta ginecológica, ultrasonido abdominal, recorrido por la sala de maternidad), normalización de la experiencia, actividades programadas, detención de pensamiento, distracción y control estimular.

El resultado terapéutico alcanzado posterior a las sesiones fue: el usuario logró pasar en una escala subjetiva de convicción delirante de 10 (máxima intensidad) a 5 al finalizar las sesiones. Convicción que actualmente está en 0, según el reporte de su expediente clínico. El usuario logró identificar y disminuir la conducta verbal pública, se logró que los padres del usuario comprendieran y aceptaran de forma comprometida el reforzamiento positivo, ayudaron a que se pudiera llevar a cabo el control estimular con respecto al consumo de cannabis y las actividades programadas. El usuario disminuyó síntomas ligeros de ansiedad y depresión. Comenzó a visualizar proyectos de trabajo y estudio, aunque no concretó nada al cierre de las sesiones. Tampoco se logró que el usuario por convicción propia pensara que el cannabis no es beneficioso para su salud, la abstinencia se logró por control estimular no por su propia convicción.

El caso posterior a las sesiones expuestas tuvo que ser referido a una colega del mismo centro hospitalario, pues por cuestiones administrativas fuera de control se debió referir. El usuario ha tenido buena adherencia al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, así mismo los padres del usuario continuaron comprometidos, según se reporta en expediente clínico.

Tabla 7.

Reportes verbales que sugieren la disminución de la conducta verbal pública en el paciente D

Reportes verbales antes de la TCC	Reportes Verbales posterior a la TCC
<i>“A mí me cambiaron en el hospital, porque pude ser hermafrodita, por dentro sí, por fuera no”. “Me reconstruyeron el pene”. “Guardo la menstruación en una bolsa de aire”. “Yo soy virgen, no me viene la menstruación antes del embarazo”. “Los bebés se hacen con comida”. “Mi vientre crece, me duelen los ovarios, yo siento donde se mueve por eso tengo que dormir de lado”</i>	<i>“Sí puede ser que el sangrado fuera por hemorroides”. “Todo eso lo pensaba antes ya no (se ríe)”. “Tengo que esperarme a que pasen los 9 meses y ya del todo estaría completamente seguro, o sea, en 0 de creencia”.</i>
<i>“Lo que se mueve en mi estómago son los bebés”</i>	<i>“Sí lo que se mueve puede ser por la colitis que me da el medicamento, me tomo un té y mejor”</i>
<i>“El dolor de mi espalda es porque el peso de los bebés es mucho”</i>	<i>“El dolor de la espalda puede ser por contractura, cuando paso mucho tiempo acostado”</i>
<i>“La marihuana es un alimento, es saludable y medicinal”</i>	<i>“La marihuana es un alimento, es saludable y medicinal, si tengo una oportunidad de consumir lo haré”.</i>
<i>“La gente se da cuenta que yo estoy embarazado con solo verme, porque me dicen: vea que panzota tiene”</i>	<i>“El que la panza me crezca no quiere decir que sea embarazo, sí podría ser de gordo por comer mucho y como efecto del medicamento, porque yo como mucho”</i>
<i>“Los hombres pueden quedar embarazados porque yo pude”</i>	<i>“el que yo piense que podía quedar embarazado no quiere decir que todos los demás hombres también”</i>
<i>“Yo le hago preguntas a una amiga que está embarazada y yo siento lo mismo que ella”</i>	<i>“Sí es difícil que sea verdad que yo esté embarazado”.</i>

Elaboración propia.

VII. DISCUSIÓN

Se evidenció que hay una tendencia, aunque pequeña, en no brindar explícitamente el tipo de técnica utilizada en los estudios. Esto se dio en el caso de los estudios de la Terapia de Aceptación y Compromiso, al ser un modelo que pese a que indican los autores que se toman elementos de la Terapia Cognitivo Conductual, no brindan la técnica específica de la Terapia Cognitivo Conductual únicamente refieren el uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso, indicando sólo posibles áreas temáticas de abordaje tales como: la desesperanza, el control, la fusión del lenguaje y su diferenciación entre contenido y contexto mediante el uso de metáfora.

Las implicaciones teóricas de esto es que si bien la formación y derivaciones de la Terapia Cognitivo Conductual son amplias, es fundamental estandarizar las técnicas según el tipo de idea delirante. Tal como lo mencionan Pérez (2003) y Olivares (2007), en el tratamiento de la Terapia Cognitivo Conductual en los delirios de tipo persecutorio, lo cual brindaría mayor validación teórica. La diversidad y combinación de técnicas cognitivas deben ser reportadas para asegurar mayor objetividad y practicidad al proceso de intervención en el Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes.

Entre de los vacíos metodológicos se puede encontrar que algunas investigaciones no reportan la significancia estadística y el intervalo de confianza, como en el caso de las recopilaciones que realizan Gutiérrez, et. al (2012), lo que lleva a cuestionar la validez de los estudios reportados, pese al intento por la búsqueda de los artículos completos solamente se encontraron los abstract o resumen los cuales no revelan dicha información. A pesar de ello, es importante aclarar que con base al contraste que se realizó con el caso reportado en esta investigación, la mejoría del usuario coincide con el uso de la mayoría de las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual asociadas a al alivio de los síntomas de ideas delirantes de tipo somático.

Entre estas técnicas destacan: el modelo ABC de la TREC, el “enganche” terapéutico, feedback, psicoeducación para el usuario y sus padres, refuerzo positivo, IRE, registro conductual, prueba de realidad, normalización de la experiencia, actividades

programadas, detención de pensamiento, distracción y control estímulos. Las cuales han sido propuestas desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual.

Los avances hasta ahora encontrados tanto en las investigaciones reportadas como en el caso acá expuesto, demuestran que sí es posible tratar síntomas del espectro psicótico a través del uso de técnicas y modelos derivados de la Terapia Cognitivo Conductual. Dentro de las variables que quedan como vacío teórico es que no hay un consenso con respecto a número exacto de sesiones para lograr resultados positivos en el Trastorno de Ideas Delirantes de tipo somático. En el caso del usuario reportado, con 10 sesiones 1 por semana, se logró que la intensidad y nivel de convicción de la idea disminuyera de 10 (máxima) a 5 al concluir las sesiones.

En este caso, el tiempo fue relativo a nivel de procesamiento de la información del usuario, pues entre las técnicas destacadas como la prueba de realidad, él consideró relevante una segunda prueba que consistía en esperar su supuesto tiempo de gestación. Proceso mediante el cual la colega a quien fue referido brindó el soporte terapéutico, y bajo el cual se reporta actualmente sin ideación delirante. De lo anterior, una hipótesis interesante a probar para investigaciones futuras es si las técnicas utilizadas funcionan de igual forma en mujeres, en adultos de mayor edad.

Aunque no es el fuerte de esta investigación, sigue siendo enigmática la etiología del Trastorno de Ideas Delirantes de tipo somático (androgenia) en varones, habría que explorar datos que autores en el campo neurobiológico apenas hipotetizan tal como la genética, la curva hormonal, entre otros, que podrían haber intervenido con base a la edad, según el caso expuesto en la adolescencia tardía (19 años). Lamentablemente estas hipótesis son respaldadas solo por algunas pocas investigaciones en esquizofrenia, ya que, el Trastorno de Ideas Delirante Persistente se diferencia de esta patología por ser monosintomático (ideas delirantes nada más sin otros síntomas positivos). Por lo que hay carencia de estudios específicos en el Trastorno Delirante.

La importancia del abordaje interdisciplinario para poder brindar validez a las guías clínicas de intervención en el Trastorno de Ideas Delirantes y trastornos del espectro psicótico. Tal como en la guía realizada en Holanda, acerca de la intervención en Trastornos Somatomorfos expuesta en párrafos anteriores: “Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and

Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles”, requieren de un equipo de trabajo donde diferentes disciplinas coordinen el trabajo.

Lo anterior coincide con el caso expuesto en esta investigación, donde la técnica de comprobación experiencial se logró gracias a la disposición del ginecólogo obstetra del Hospital Nacional Psiquiátrico, el Dr. William Arguello. Quien evidencia de este modo, la necesidad de que existan equipos interdisciplinarios de trabajo en el modelo de atención.

Pues fue gracias a que este profesional trascendió su esquema tradicional de atención ginecológica solo a mujeres, que se pudo lograr con éxito la prueba de realidad.

Como se mencionó en párrafos anteriores, en lo que respecta a las técnicas como una variable a estudiar, se considera en contraste con el caso expuesto, que la prueba de realidad adaptada según el tipo de delirio fue de gran ayuda. En este caso el delirio era sostenido por los pensamientos rígidos y de alta convicción (creencia) acerca de estímulos o sensaciones corporales (acontecimiento), manifestándose conductas verbales públicas que generaban un deterioro en D como el área de relaciones interpersonales, laborales, etc. (consecuencias). El aclararle al usuario que no era porque “su abdomen crecía” que pensaba que estaba embarazado, sino más bien, por el contrario esto era producto de la elaboración de sus pensamientos acerca de este acontecimiento, ayudó a que lograra debatir y verificar hipótesis con más apego en la evidencia.

VIII. CONCLUSIONES

- Así como existen técnicas específicas que han aportado a la evidencia científica en el tratamiento Cognitivo Conductual en las ideas delirantes de tipo persecutorio, falta mayor contribución por parte de las técnicas factibles y eficaces en el subtipo somático.
- A través del contraste con el caso expuesto, las técnicas que coincidían con las investigaciones en cuanto a eficacia destacan: el modelo ABC de la TREC, el “enganche” terapéutico, feedback, psicoeducación para el usuario y sus padres, refuerzo positivo, IRE, registro conductual, prueba de realidad, normalización de la experiencia, actividades programadas, detención de pensamiento, distracción y control estimular.
- Es fundamental elaborar un plan de intervención construido por el equipo interdisciplinario en conjunto. Esto con la finalidad de solventar las necesidades del paciente en las diferentes áreas de su vida.
- La técnica de comprobación de la evidencia a través de hipótesis y prueba de realidad fue la más destacada a nivel de efectividad en el caso planteado con el delirio somático de androginia en un varón de 19 años. Sin embargo, no cabe la menor duda de la importancia de las otras técnicas aplicadas.
- La Terapia Cognitivo Conductual sigue siendo el enfoque que mayormente ha aportado a la evidencia del tratamiento de trastornos del espectro psicótico.
- La elaboración de programas o guías clínicas en el área de la consulta externa, para el tratamiento del Trastorno de Ideas Delirantes, son fundamentales. De modo que, logren dar soporte para evitar el internamiento hospitalario.
- De igual forma, generar estas estrategias o protocolos, como parte de la oferta que puede otorgarse en los servicios de hospitalización, son fundamentales para la pronta recuperación de los usuarios. Con esto se evita prolongar la estancia hospitalaria.

IX. REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado DSM IV-TR*. España: Masson

Carmona, J.A., Cangas, A., García, J.M. & Pedro, S. (2009). Terapia de Aceptación y Compromiso Aplicada a los Síntomas Psicóticos III Jornada Contextos Málaga: El análisis de la conducta actual. *Revista INUAF STUDIA*. 14, 140-149.

Centro Costrarricense de Terapia Racional Emotiva Conductual CETREC. Consultado el 15 de septiembre del 2013 en <http://www.cetrec.org/>

De Portugal E., González N., Vilaplana M., Haro J.M., Usall J. & Cervilla J.A. (2009). An empirical study of psychosocial and clinical correlates of delusional disorder: the DELIREMP study. *Revista Psiquiatría Salud Mental*. 2 (2), 72-82

Domínguez, R., Olivieri, G., & Téllez, P. (2009). Delirio de Embarazo y Androginia en un Hombre con Esquizofrenia: Reporte de un caso 10 mo Congreso Virtual de Psiquiatría. *Psiquiatría .com Interpsiquis*, 1-8. Extraído el 01 de mayo del 2013 desde <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/39315/>

Fierro, M. (2009). Los delirios no son alteraciones primarias del pensamiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38 (4), 761-776.

García, I. (2008). Evolución de la Psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28 (101), 9-25.

García, J.M. & Pérez, M. (2011). La versión Skinneriana sobre las alucinaciones. Vigencia y Revisión. *Revista Psychology Society & Education*. 3 (1), 15-22.

Gutiérrez, M.I., Sánchez, M., Trujillo, A. & Sánchez, L. (2009). Terapia Cognitivo Conductual en las Psicosis Crónicas. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*. 37 (2), 106-114.

Gutiérrez, M.I., Sánchez, M., Trujillo, A. & Sánchez, L. (2012). Terapia Cognitivo Conductual en las Psicosis Agudas. *Revista Asociación Española de Psiquiatría*. 32 (114), 225-245.

Klingberg, et. al (2010). Cognitive behavioural therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: The POSITIVE Study, a multicenter, prospective, single-blind, randomized controlled clinical trial. *BioMed Center*. 11 (123), 1-18.

Kråkvik, B., Gråwe, R.F., Hagen, R. & Stiles, T.C. (2013). Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A Randomized Controlled Effectiveness Trial. *Brithish Association for Behavioural and Cognitive. Psychotherapy*, doi: 10.1017/S1352465813000258, 1-14

Londoño, N. (2011). Vulnerabilidad Cognitiva en los Trastornos Mentales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 40 (2), 289-309.

Lemus, S., Fonseca, E. & Vallina, O. (2010) Bases Clínicas para un Modelo de Atención en Psicosis. *Revista Clínica y Salud del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. 21 (3), 299-318.

Miu, C. (2010). El Trastorno Delirante Crónico: Hipótesis Etiológicas y Nuevas Terapéuticas (Tesis Doctoral, Universidad Complutense, 2010) *Dissertation Abstracts International* ISBN: 978-84-693-2394-6

Monojit, D., Sujit, D., Nirmal, B., Chitta, N. & Tapas, C. (2006). Genetic Associations Between Delusional Disorder and Paranoid Schizophrenia: A Novel Etiologic Approach. *Cannadian Journal Psychiatry*. 51: 342-349.

Olivares, J., Espada, J., & Xavier, F. (Ed.) (2007). *Terapia psicológica: Casos prácticos*. España: Ediciones pirámide.

Organización Mundial de la Salud (1992) CIE 10 Décima revisión de la Clasificación de Enfermedades Trastornos Mentales y del Comportamiento Familia de Clasificaciones Internacionales.

Pérez, M., Fernández, C., Amigo, I. & Fernández, J.R. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I*. España: Ediciones Pirámide

Pérez, A., Pérez, S., Pérez, A. & Dávila, J. (2007). Risperidona en paciente femenina con trastorno delirante tipo somático de tres décadas de evolución. A propósito de un caso. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología Sociedad Venezolana de Psiquiatría Latindex*. 53 (108): 34-36.

Rojas, C. (2010). Las alucinaciones y delirios como representaciones anancásticas. *Revista Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México*. 33 (5), 379-987.

Tizón, J. (2009). Bases para un equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Psicosis. *Revista de asociación española de psiquiatría*. 24. (103), 35-62.

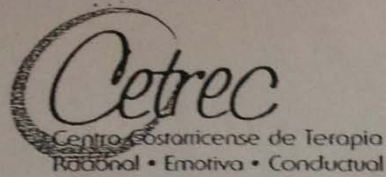
Trower, P. (2009). Desarrollos Teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual REBT. *Revista de Toxicomanías RET*. 56, 10-22.

Van der Feltz, C.M., Hoedeman, R., Keuter, E.J. & Swinkels, J.A. (2012). Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *Revista Journal Psychosomatic Research* 72(2), 168-169.

Zych, I., Buela, G., Sierra, J.C. & Gómez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Revista Añales de Psicología*. 28 (1), 11-18.

X. ANEXOS

Anexo 1



Encontrando el ABC

Este ejercicio está diseñado para ayudarle a distinguir las diferentes partes de los "episodios emocionales". A la derecha de cada oración, escriba cuales partes representan la A, la B y la C.

1. Me siento tan enojada. No deberían de tratarme así; arrestarme solo por tomar unos cuantos tragos. A.
B.
C.
2. No aguanto que ella me rechace, sin su amor yo no soy nada. Podría tomarme una sobredosis, no hay esperanza. A.
B.
C.
3. Ser despedido es tan deprimente, nunca conseguiré otro trabajo. Esto prueba que no sirvo para nada de verdad. A.
B.
C.
4. Me pone tan nerviosa pensar en que tengo que dar esta charla. Tengo que hacerlo bien, de lo contrario pensarán que soy una idiota. A.
B.
C.
5. Cualquiera estaría enojado si alguien lo tratara como Juan me trato a mi. El debería saberlo mejor, así no se trata a nadie. A.
B.
C.
6. Cuando veo comida, tengo que comérmela, no lo puedo evitar. A.
B.
C.
7. Con solo ver eso me enoje. No es justo que esas cosas puedan suceder. A.
B.
C.
8. Me siento realmente desanimada. No puedo entender esta terapia, esto prueba lo inadecuada que soy. A.
B.
C.

Reproducido de The REBT Resource Book for Practitioners © 2000 Albert Ellis Institute, New York, NY.
Michael E. Bernard and Janet L. Wolfe, Editors Traducido por MPsc. Ana Catalina Vargas, 2004

Afiliado al Instituto Albert Ellis, New York
Tel: 380-5585 Email: ctrec@costarricense.cr

HOJA DE AUTO - AYUDA TREC

A (EVENTO ACTIVADOR)	C (CONSECUENCIAS)		
<p>Brevemente resume la situación acerca de la cual se siente perturbado. (¿Qué es lo que una cámara observaría?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La A puede ser <i>externa</i> o <i>interna</i>, <i>real</i> o <i>imaginada</i>. • La A puede ser un evento en el <i>pasado</i>, en el <i>presente</i> o <i>futuro</i>. 	<p>Principales emociones negativas no saludables:</p> <p>Principales conductas auto-destructivas:</p> <p>Emociones negativas no saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Vergüenza • Depresión • Culpa • Cólera • Dolor 	<p>C.I. (Creencias Irracionales)</p>	<p>E (Nuevo Efecto)</p> <p>Nuevas emociones negativas saludables:</p> <p>Nuevas conductas apropiadas:</p>
<p>C.I. (Creencias Racionales)</p>	<p>Para pensar racionalmente, busque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PREFERENCIAS NO DOGMÁTICAS (desearía, me gustaría, preferiría) - EVALUACION DE LO MALO (es penoso, desafortunado) - ALTA TOLERANCIA FRUSTRACION (no me gusta, pero puedo soportarlo) - COMPARACION NO GLOEAL PROPIA / DE LOS DEMAS (Yo / los demás son seres humanos fallibles) 	<p>D (Discusión de C.I.)</p>	<p>Las emociones negativas saludables comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desilusión • Preocupación • Molestia / Incomodidad • Pena / Tristeza • Arrepentimiento • Frustración
<p>Para identificar tus CI, busca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DEMANDAS ABSOLUTAS (debo, debe(n), debería(n)) - CATASTROFISMO (Es atroz, terrible, horrible) - BAJA TOLERANCIA FRUSTRACION (No puedo soportar...) - COMPARACION GLOBAL PROPIA / DE LOS DEMAS (Yo/él/ella/ellos son malos, no valiosos) 	<p>Para discutir tus CI debes preguntarte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si mantengo mi C.I. ¿a qué me lleva? ¿Me ayuda o me impide el avance y logro de mis objetivos? - ¿Qué evidencias tengo para sostener mi C.I.? ¿Es consistente con la realidad? - ¿Existe evidencia lógica que apoye mi C.I.? ¿Sigue a mis demandas o a mis preferencias? - ¿Es realmente terrible? - ¿Puedo soportarlo? 	<p>C.R. (Creencias Racionales)</p>	<p>Para pensar racionalmente, busque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PREFERENCIAS NO DOGMÁTICAS (desearía, me gustaría, preferiría) - EVALUACION DE LO MALO (es penoso, desafortunado) - ALTA TOLERANCIA FRUSTRACION (no me gusta, pero puedo soportarlo) - COMPARACION NO GLOEAL PROPIA / DE LOS DEMAS (Yo / los demás son seres humanos fallibles)

Anexo 3

Pensamiento: “Estoy realmente embarazado”	
Marcar con “x” el grado de creencia, donde 0 es el mínimo y 10 el máximo nivel:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Marcar con “x” el grado de ansiedad, donde 0 es el mínimo y 10 el máximo nivel:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Evidencia que APOYA el pensamiento:	Evidencia que NO APOYA el pensamiento
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
<p>Tras revisar otras evidencias que NO APOYAN el pensamiento de “puede un hombre estar realmente embarazado?”</p>	
1. ¿Cuál es el grado de creencia que tienes ahora?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. ¿Cuál es el grado de ansiedad?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

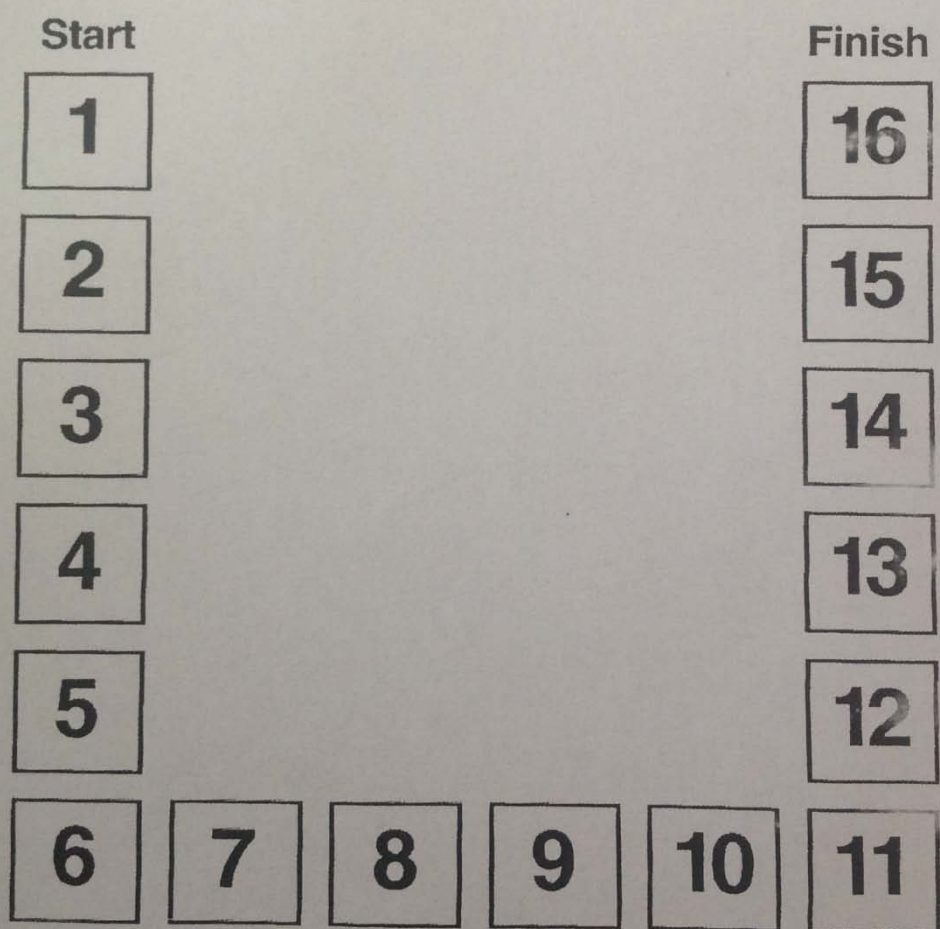
Anexo 4

Situación:	Que el médico realice un examen físico
1. ¿Qué sucedería si el médico refiere que no es posible que mis síntomas sean de embarazo?	
2. ¿Cómo podría comprobarlo?	
3. ¿Cómo podría debatir esa creencia que persiste pese a que el médico dice que no es posible algo así? (en caso de que continúe con la idea)	
4. ¿En qué consistió el experimento?	
5. ¿Qué pasó?	
6. ¿Qué puedo aprender de lo ocurrido?	
7. ¿Cómo me afecta lo ocurrido?	



No puedo hacerlo TABLERO

Instrucciones: Cada compañero, toma una carta del sobre por turnos. Si la carta dice *continúe hacia delante*, de un ejemplo de un pensamiento positivo y mueva su pieza el número de espacios que indica la carta. Si la carta dice *hacia atrás*, de un ejemplo de un pensamiento negativo y mueva su pieza el número de espacios indicados en la carta.



Anexo 6

Alternativas	A corto plazo		A largo plazo	
	Beneficios	Costes	Beneficios	Costes
Consumir Cannabis				
No consumir Cannabis				