

UNIVERSIDAD MICHAEL FARADAY

Incorporado a:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO  
CONDUCTUAL A UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.”

PRESENTA:

Violeta Martínez Vázquez

TESIS.

Para obtener el título de: LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Asesor: Mtro. en Psic. Josafat Jonathan Sánchez Dueñas.

Ciudad de México.

Enero 2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dado las facultades necesarias para desarrollarme de la mejor manera en todos los ámbitos de mi vida.

A mis padres Gisela Vázquez y Armando Martínez por apoyarme incondicionalmente en todos los aspectos posibles, abriéndome los brazos para cubrir cualquier necesidad, por sus palabras de aliento cuando me sentía débil y creía no poder seguir más, por ser parte de mi motivación para lograr lo que siempre he deseado. A mis hermanos, Gisela y Armando, porque siempre encontraron las mejores palabras para decirme “tú puedes”, por ser mi ejemplo para saber que la vida no es fácil y sólo luchando se puede ganar, pero sobre todo gracias por demostrarme lo orgullosos que están de mí.

A mis abuelos, quienes, aunque ya no están conmigo siempre me hicieron saber que veían en mí a una gran triunfadora. A toda mi familia gracias por confiar en mí.

A la Universidad Michael Faraday y a la Universidad Nacional Autónoma de México por el apoyo que me brindaron para continuar estudiando y valorar mis esfuerzos a través de una beca, diplomas y reconocimientos, por confiar en mis capacidades. A mis maestros por compartirme sus conocimientos sin límite.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez porque desde el inicio me trataron con cordialidad, dándome todas las herramientas necesarias para acrecentar mis conocimientos y experiencia profesional, a la Psicogeriatra Alicia Julieta Peláez Sierra y a la Psicóloga Mireya Tejeda Alcalá por ser excelentes personas, por formar parte de mi proyecto y ser testigos del mismo, por apoyarme y resolver cualquier duda que me pudiera surgir.

Sin duda al mejor tutor, el maestro Josafat Jonathan Sánchez Dueñas, por alentarme y motivarme sin condiciones a realizar mi investigación, estar siempre que lo necesitara y darme su tiempo libre, por guiarme en todo momento posible,

por reprenderme cuando lo ameritaba y corregirme, por felicitarme en los pequeños logros durante el proceso, por nunca dejar de ayudarme y buscar la forma y los medios para llevar a cabo mi proyecto, por ser en parte un amigo y darme los consejos que me ayudaron a continuar cuando sentía no poder alcanzar los objetivos, gracias porque sin él no habría llegado tan lejos.

A mis amigos y a todas esas personas que me rodearon dándome sus lindas palabras, por siempre decir sin una mínima duda que lograría llegar a mi meta, por apoyarme, por estar conmigo cuando los necesité en mis momentos de estrés, de alegría, enojo, tristeza y desesperación, gracias por formar parte de mi vida.

## INDICE

Resumen.....	I
Introducción.....	II
.	
1. CAPÍTULO I: ESQUIZOFRENIA.	
1.1. Definición y concepto.....	1
1.2. Prevalencia e incidencia.....	2
1.3. Bases biológicas del Trastorno de Esquizofrenia.....	3
1.3.1. Factores Ambientales.....	3
1.3.2. Factores Genéticos.....	3
1.3.3. Alteraciones en el Neurodesarrollo y Neurofisiología.....	4
1.3.4. Factores Neuroquímicos.....	6
1.4. Criterios diagnósticos.....	9
1.5. Sintomatología.....	10
1.5.1. Sintomatología positiva. ....	11
1.5.2. Sintomatología negativa. ....	12
1.6. Tratamientos.....	13
1.6.1. Tratamiento farmacológico.....	13
1.6.1.1. Tratamientos psiquiátricos.....	14
1.6.2. Tratamiento psicológico.....	15
2. CAPITULO II: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.	
2.1. Terapia Cognitivo Conductual. ....	17
2.1.1. Estructuración del proceso terapéutico.....	19
2.1.2. Técnicas.....	21

2.1.3. Complicaciones durante la intervención terapéutica.....	22
2.2. Terapia Cognitivo Conductual aplicada a pacientes con esquizofrenia.....	24
2.2.1. Objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con esquizofrenia.....	26
2.2.2. Alianza terapéutica e importancia de la relación psicólogo/psiquiatra.....	27
2.3. Pronóstico y Calidad de vida.....	29
2.3.1. Beneficios de la Terapia.....	29
3. MÉTODO	
3.1. Planteamiento de problema.....	32
3.2. Justificación.....	32
3.3. Objetivos.....	33
3.3.1. Objetivo general.....	33
3.3.2. Objetivos específicos.....	33
3.4. Variables.....	33
3.4.1. Variable independiente.....	33
3.4.2. Variable dependiente.....	33
3.5. Tipo de estudio.....	34
3.6. Procedimiento.....	34
3.7. Instrumentos.....	34
3.8. Presentación de caso.....	38
3.1 Programa de Intervención.....	40
3.10 Análisis de resultados.....	41
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41

5. RESULTADOS.....	42
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	47
7. REFERENCIAS.....	51
8. APÉNDICES.....	60
Apéndice A. Carta de consentimiento informado.....	60
Apéndice B Programa de intervención cognitivo conductual en extenso.....	61

## **I. RESUMEN.**

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por la presencia de síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y negativos (reducción de la conducta y del estado de ánimo) que requieren de tratamiento farmacológico y tratamiento psicoterapéutico para mejorar el control de síntomas y la calidad de vida. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual mediante marcadores cuantitativos de calidad de vida relacionada a la salud; en el caso que se reporta se buscó lograr reducción de la intensidad y frecuencia de discusiones causadas por situaciones estresantes, mejorar la adherencia al tratamiento e incrementar la consciencia y reconocimiento de emociones en otros. MÉTODO. Estudio de caso único con un diseño Cuasi-experimental de medición pre y post tratamiento. INSTRUMENTOS. Escala de Entrevista Clínica Estructurada para Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia; Mini examen del estado mental "MINIMENTAL" de Folstein; Escala de depresión geriátrica de Yesavage; Test del dibujo del reloj; Escalas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. RESULTADOS. En las evaluaciones pre y post evaluación de la integridad cognoscitiva no se encontraron alteraciones, en la PANSS pre se obtuvo 17/20 con un post de 15/16, antes de la intervención el paciente reportó una intensidad de irritabilidad de 10 puntos (puntaje máximo), al finalizar las sesiones reportó 1 (puntaje mínimo), las discusiones conyugales reportaron de inicio 10 puntos y al final 1 punto, ambos objetivos tuvieron frecuencia de 1 durante toda la intervención, CeSO muestra 33% de reconocimiento de emociones, al finalizar hubo 100% de reconocimiento. CONCLUSIONES. Se lograron los objetivos propuestos en el programa de intervención, el paciente logró reducir la intensidad de su irritación a pesar de la frecuencia de discusiones conyugales dando como resultado el control de medicamento evitando tomarlo en exceso (adherencia adecuada al tratamiento farmacológico), también logró reconocer de manera asertiva emociones en expresiones faciales.



## II. INTRODUCCIÓN.

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, emociones, lenguaje, conciencia de sí mismo y conducta, las experiencias más comunes son el hecho de escuchar voces (alucinaciones auditivas) y tener delirios llegando a afectar considerablemente el desempeño educativo y laboral, pero sobre todo la calidad de vida de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2016). En México, la prevalencia de esquizofrenia es de 1% a 2% considerando a la población en riesgo a partir de los 15 años de edad y las variaciones como raza/grupo étnico, país y origen geográfico que puedan formar parte del paciente (Villamil, Valencia, Medina-Mora, & Juárez García, 2009).

La elección del tratamiento se hará en base a una minuciosa anamnesis, examen mental y factores biopsicosociales del paciente que pueden influir en la adherencia al tratamiento, se debe tomar en cuenta la fase de enfermedad y posibles recaídas (American Psychiatric Association, 2006). Estudios retoman que la necesidad de un enfoque psicoterapéutico en la esquizofrenia ha estado presente hace más de 100 años con diversos modelos de intervención dando como mejor resultado la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El objetivo principal del tratamiento es manejar los diferentes aspectos que puede presentar la enfermedad como aceptación, adaptación a síntomas, recaídas y apego al tratamiento; maximizar el funcionamiento biopsicosocial del paciente y existen tres motivos principales para el interés de una intervención: 1) Pacientes con una prolongada duración de la psicosis, 2) Cuando los síntomas tienden a empeorar y 3) El desarrollo de la esquizofrenia se asocia con los roles sociales atribuyendo a una peor evolución del trastorno (Mueser & McGurk, 2004; Palomo & Jiménez, 2009).

De acuerdo con Riso (2009), la terapia cognitivo conductual no consiste sólo en la aplicación de técnicas, sino debe verse como una manera de pensar y organizar la problemática del paciente conforme a un conjunto de datos. En general, los

terapeutas intervienen a nivel cognitivo-conductual con el objetivo de influir en las áreas de pensamiento, conducta, emoción y reacción fisiológica sin dejar de tener en cuenta el contexto (Alford & Beck, 1997).

También se ha demostrado que los pacientes con esquizofrenia tienen limitada su capacidad de cognición social, principalmente en el reconocimiento de los estados emocionales y mentales propios y de los demás (Sprong, Schothorst, Vos, Hox, & van England, 2007). Los pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento psicoterapéutico manifiestan mayor mejoría en dichas áreas que quienes reciben un tratamiento habitual (Granholm et al., 2005).

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa psicoterapéutico de corte cognitivo conductual en un paciente con esquizofrenia con el fin de reducir la intensidad y frecuencia de discusiones conyugales e irritabilidad ocasionada por las mismas, así mismo mejorar la adherencia al tratamiento para que el paciente deje de abusar del fármaco antipsicótico, así como mejorar la capacidad para reconocer emociones. El trabajo expone cada una de las sesiones del proceso de intervención; en las primeras tres sesiones se describe el proceso de evaluaciones pre intervención, en las siguientes se explica cada una de las sesiones desde el comienzo de la intervención, las técnicas utilizadas y sus objetivos, las tareas para casa y la descripción detallada de las observaciones durante cada sesión, en el último día se muestra la realización de las evaluaciones post tratamiento, y finalmente se detallan los resultados de las evaluaciones pre y post cuya finalidad fue conocer si hubo mejora con respecto a la evaluación inicial.

## 1. CAPITULO I: ESQUIZOFRENIA.

### 1.1 Definición y concepto.

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, emociones, lenguaje, conciencia de sí mismo y conducta. Las experiencias más comunes son el hecho de escuchar voces (alucinaciones auditivas) y tener delirios llegando a afectar considerablemente el desempeño educativo y laboral, pero sobre todo la calidad de vida de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2016). La esquizofrenia y los desórdenes psicóticos están definidos como una anomalía compuesta por alucinaciones, desorganización mental (habla), comportamiento motor gravemente desorganizado o anormal (incluyendo catatonía) y síntomas negativos como la disminución de la expresión emocional y motivación (American Psychiatric Association, 2013).

En la historia de la esquizofrenia, existen tres autores importantes que, a lo largo del siglo XX, han formado el concepto actual de esquizofrenia: el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1855-1926) denominó a la enfermedad *demencia precoz* por su carácter deteriorante y su inicio temprano; posteriormente, la diversidad de síntomas que se presentaban llamó la atención del psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1959) quien propuso sustituir el término de demencia precoz por *grupo de esquizofrenias*, enfatizando que no sólo se trataba de una enfermedad única sino de varias; por último, el autor interesado en detectar los síntomas específicos del trastorno fue el psiquiatra alemán Kurt Schneider (1887-1967) quien denominó dichos síntomas como *síntomas de primer rango de la esquizofrenia* que tuvo éxito por proponer una serie de síntomas que tenían en común la pérdida de autonomía, pérdida de dominio sobre las emociones, pensamientos y/o percepción del cuerpo (Ortuño, 2010).

## 1.2 Prevalencia e incidencia.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo; la prevalencia es aproximadamente del 0,3% al 0,7% aunque se han comunicado variaciones según la raza/grupo étnico, el país y origen geográfico en los inmigrantes e hijos inmigrantes (American Psychiatric Association, 2014). Se calcula que de 1990 a 2010, en Estados Unidos, el número de personas que sufren esquizofrenia aumentó de 3,0 a 3,3 millones (Organización Mundial de la Salud, 2004). En México, la prevalencia de esquizofrenia es de 1% a 2% considerando a la población en riesgo a partir de los 15 años de edad, aunando las características del paciente (raza/grupo étnico, país y origen geográfico) (Villamil, Valencia, Medina-Mora, & Juárez García, 2009).

En general, la proporción de sexos difiere según la muestra y la población; haciendo hincapié en que hay mayor incidencia de síntomas negativos y mayor duración de la enfermedad en los varones, mientras que los síntomas referentes a estado de ánimo muestran un riesgo equivalente para ambos sexos (American Psychiatric Association, 2014). El riesgo de que una persona desarrolle esquizofrenia es alrededor del 1%, los hombres tienden a tener un inicio más temprano y sintomatología más grave comenzando de entre 15 y 25 años de edad y las mujeres de entre 25 y 35 años (Farreras & Rozman, 2012). Aunque se desconoce la causa específica de la esquizofrenia, se propusieron dos modelos para proporcionar una explicación: a) La neurodegeneración, refiriéndose al deterioro neuronal progresivo y a cambios degenerativos y b) alteración en el neurodesarrollo; defecto de la migración neuronal y estructura del encéfalo (Chávez, Madrigal, Ontiveros, & Bernardo, 2013). La esperanza de vida para los pacientes con esquizofrenia está reducida debido principalmente al suicidio, aproximadamente el 40% de los pacientes lo intenta en algún momento de su vida y del 10% al 20% lo logra (Jacobson L. & Jacobson M., 2002).

### 1.3 Bases biológicas del Trastorno de Esquizofrenia.

Se ha reportado que las causas son multifactoriales porque se conforma de componentes ambientales, genéticos, fisiopatológicos y/o neuroquímicos. Debido a la diversidad de dichas causas la esquizofrenia es uno de los pocos trastornos carentes de métodos para confirmar su diagnóstico, haciendo que el paciente tenga una mayor disrupción en su calidad de vida desde muy temprana edad, incluso antes de que el trastorno sea evidente (Papadakis & McPhee, 2016).

#### 1.3.1 Factores Ambientales.

Las complicaciones obstétricas, hipoxia neonatal, maltrato físico, psicológico y sexual, violencia intrafamiliar, traumatismos craneoencefálicos y patrones de crianza disfuncionales pueden favorecer a la aparición de la esquizofrenia o que influyan de manera negativa para su evolución (Chávez et al., 2013).

#### 1.3.2 Factores Genéticos.

Las investigaciones sobre genética de la esquizofrenia han sido de las más importantes y principales debido a la presencia del padecimiento en la familia, entre más cercano sea el parentesco y mayor sea el número de familiares que la padezcan hay más probabilidad de sufrir el trastorno; considerando la prevalencia en México del 1% al 2% y aunando el trastorno dentro del núcleo familiar el porcentaje aumenta del 10% hasta un 48% (Chávez et al., 2013). Sin embargo, es posible que no se deba sólo a la carga genética y por ello se recurre a realizar los estudios de gemelos y adopción (Gottesman, 1991).

*Estudios de gemelos:* En estos estudios se compara el grado de concordancia entre gemelos dicigotos y monocigotos, es decir, observar la probabilidad de que si uno de los gemelos padece esquizofrenia, su gemelo también la padezca (Ortuño, 2010). Se sabe que los gemelos monocigotos comparten el ADN al 100%, genéticamente son idénticos, mientras que los dicigotos únicamente

comparten un 50%, por lo que desde un principio se puede identificar que hay mayor concordancia en los monocigotos que en los dicigotos (Kallmann, 1994; Kendler, 1983; Kringlen, 1976; Portin & Alanen, 1997). Se ha llegado a la conclusión de que los gemelos monocigotos tienen de 27% a 69% en la tasa de concordancia y los dicigotos de 5% a 31%, este aproximado es similar a la tasa de porcentaje entre hermanos no gemelos (Ruiz, De la Vega, & Sánchez, 2010).

*Estudios de adopción:* Estos estudios son útiles para diferenciar la influencia de un componente genético con los factores ambientales en la transmisión de una enfermedad como es el caso de la esquizofrenia; existen algunos ambientes que pueden intervenir en el desarrollo del trastorno, uno de ellos puede ser que la madre adoptiva padezca el trastorno; provocando que el hijo adoptivo tenga una prevalencia del 11% de padecer la enfermedad (Ruiz et al., 2010).

### 1.3.3 Alteraciones en el Neurodesarrollo y Neurofisiología.

Los hallazgos neuropatológicos que han tenido más consistencia son: la ausencia de gliosis (ausencia de degeneración neuronal), neuronas más pequeñas en la corteza e hipocampo, disminución de neuronas en el tálamo dorsal y disminución de sinapsis; en cambio, hallazgos menos consistentes pero no menos importantes son una distribución anormal de las neuronas de la sustancia blanca y pérdida o desorden de neuronas hipocampales (Palomo & Jiménez, 2009).

La teoría del Neurodesarrollo postula que al menos un porcentaje de los esquizofrénicos tienen el trastorno debido a una alteración producida durante el periodo prenatal provocado por algún factor genético, ambiental (como un trauma durante el embarazo y/o parto) o ambos, esta lesión interactúa con el proceso de maduración del cerebro, principalmente en las áreas corticales relacionadas con la respuesta a situaciones de estrés en el adulto, dando lugar a la aparición de los síntomas en la etapa final de la adolescencia y adultos jóvenes (A. T. Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010; Lewis & Levitt, 2002).

Las complicaciones durante la gestación y del parto pueden ser el reflejo de un neurodesarrollo aberrante más que un factor determinante de la esquizofrenia, las características más notables durante el desarrollo temprano de la infancia para sospechar de un trastorno esquizofrénico pueden notarse en algún tipo de retraso o anomalía en el progreso motor en la primera etapa de la vida, mal ajuste social en la fase media de la infancia, lingüístico e intelectual en la adolescencia (A. T. Beck et al., 2010; Cannon et al., 2002).

Heckers (1997) ha realizado estudios neurobiológicos post mortem en cerebros con personas que han tenido esquizofrenia donde las configuraciones neuronales no están asociadas a la presencia de gliosis, por lo que se llegó a la creencia de que estas disrupciones neuropatológicas se desarrollaron en la etapa prenatal. También podrían reproducirse otras anomalías como la destrucción celular durante la adolescencia cuando se completa la poda (eliminación de algunas conexiones de las neuronas) especialmente en el área prefrontal, la conectividad aumenta en el primer desarrollo pero va reduciendo la densidad sináptica hasta quedar entre el 65% de la cantidad máxima (Huttenlocher & Dabholkar, 1997).

El modelo de neurodesarrollo propuesto por Weinberger (1987) postula que una lesión cerebral (en el lóbulo prefrontal) pre/perinatal producida genética y/o ambientalmente, es causante de la esquizofrenia y es evidente hasta que el desarrollo neurológico normal se manifiesta de forma plena en la adultez, por otra parte, los estresores ambientales contribuyen al exceso de actividad límbica (causando síntomas positivos) y a la insuficiencia de actividad frontal, causando síntomas negativos. Cabe destacar que, Carpenter, Buchanan, Kirkpatrick, Tamminga, & Wood (1993) también hallaron similitudes con dicho modelo; los pacientes con síntomas negativos tenían más anomalías en el lóbulo frontal.

Por último, Liddle (2001) encontró tres asociaciones al revisar los hallazgos sobre la actividad cerebral regional: a) *distorsión de la realidad* causadas por el aumento

de la actividad en el lóbulo temporal medial, corteza frontal lateral izquierda y estriado ventral con reducción de actividad en la corteza temporo-parietal lateral izquierda, b) *desorganización* por aumento de la actividad en la corteza prefrontal medial y tálamo, reducción en la corteza frontal ventrolateral derecha y corteza parietal y c) *pobreza psicomotora* por aumento de actividad en los ganglios basales con reducción de actividad en la corteza frontal y corteza parietal izquierda.

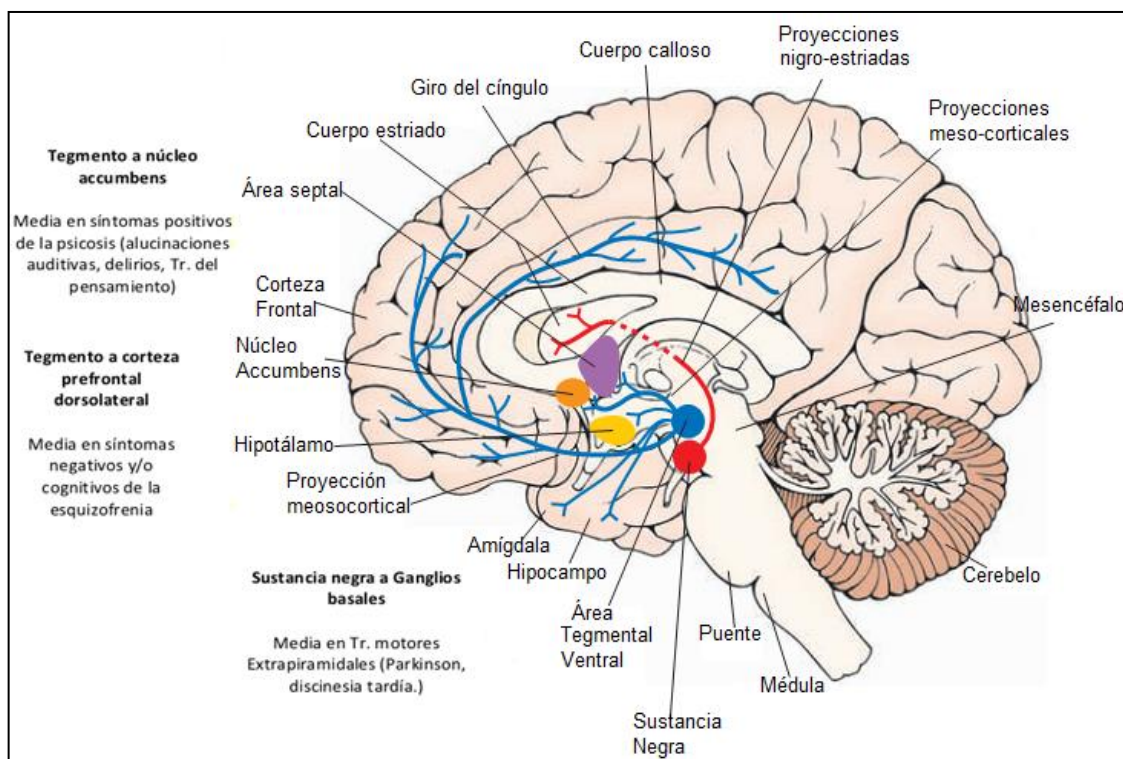
#### 1.3.4 Factores neuroquímicos.

Inicialmente, parecía que había surgido un hallazgo para explicar la esquizofrenia, como una forma similar de que la falta de insulina explica múltiples presentaciones de la diabetes, se referían al descubrimiento de los primeros fármacos utilizados para el trastorno que actuaban bloqueando los receptores de dopamina (Carlsson & Lindqvist, 1963). La hipótesis de la dopamina explica la implicación de una excesiva actividad dopaminérgica en la patogénesis de la esquizofrenia, es decir, hay un aumento en la producción de dopamina o sensibilidad del receptor, los síntomas positivos son resultado del aumento de dopamina en las vías mesolímbicas y los síntomas negativos se deben a la disminución de dopamina en las vías mesocorticales (Bajorek & Stockman, 2014).

Las vías dopaminérgicas cerebrales principales son: 1) Vía Mesolímbica, que va desde el área tegmental ventral del mesencéfalo hasta el estriado ventral (que incluye el núcleo accumbens formando parte del circuito de recompensa), corteza entorrinal y amígdalas, la hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas de esta vía puede ser causante de las conductas agresivas y hostiles del trastorno; 2) Vía Mesocortical, transcurriendo desde el área tegmental ventral hasta la corteza frontal, las cuales se han asociado a funciones de regulación de emociones y afectividad, pudiendo explicar que el déficit dopaminérgico de esta vía se relaciona con la regulación de síntomas negativos y cognitivos de la Esquizofrenia, 3) Vía Nigroestriada, se proyecta desde la sustancia negra (estructura que interviene en



el movimiento) hasta los ganglios y el estriado dorsal, cuando hay deficiencia a este nivel se reproducen trastornos de movimiento como Parkinson, acatisia y distonía, pero cuando la dopamina está en exceso provoca movimientos hiperkinéticos como tics y discinesias y 4) Vía Tuberoinfundibular, constituida por neuronas que van desde el hipotálamo a hipófisis anterior, mediando en funciones neuroendocrinas, esta vía de pacientes con esquizofrenia sin tratamiento, actúa de manera normal, pero si recibe tratamiento los fármacos bloquearán los receptores dopaminérgicos pudiendo surgir efectos secundarios como amenorrea y disfunción sexual (A. T. Beck et al., 2010; Cropley, Fujita, Innis, & Nathan, 2006; Ruiz et al., 2010) (Figura 1).



**Figura 1.** Vías dopaminérgicas en el cerebro. Adaptado de Siegel, A., & Sapru, H. (2001). *Essential Neuroscience*. Estados Unidos.: Lippicott Williams & Wilkins.

Otra hipótesis es la denominada Glutamatérgica la cual refiere que la fenciclidina (PCP) y el bloqueo de los receptores de ketamina, receptores NMDA/glutamato (que parecen estar implicados en la regulación de la liberación de dopamina), pueden causar psicosis y sugerir una disfunción glutaminérgica provocando una alteración de la actividad dopaminérgica en la esquizofrenia (Bajorek & Stockman, 2014).

El glutamato es un neurotransmisor capaz de actuar sobre cualquier neurona cerebral. Existen cuatro vías glutamatérgicas específicas para la Esquizofrenia: 1) Vías córtico-tronco-encefálicas, que tiene como objetivo la regulación de liberación de neurotransmisores que va desde las neuronas piramidales del cortex prefrontal a centros del tronco-encéfalo; 2) Vías córtico-estriada y córtico-accumbens y vías tálamo-corticales, donde las dos primeras se encuentran en el brazo descendente del haz córtico-estriado-tálamo-cortical donde las proyecciones glutamatérgicas finalizan en las neuronas gabaérgicas, y las terceras en el brazo ascendente del mismo; 3) Vías cortico-talámicas, vía que aporta entradas sensoriales al tálamo desde el córtex y 4) Vías córtico-corticales, las neuronas piramidales se conectan entre sí mediante el glutamato, donde si existe una comunicación disfuncional puede provocar la aparición de los síntomas característicos del trastorno (Ruiz et al., 2010).

En los últimos años, se ha sugerido un aumento del tono serotoninérgico central en los pacientes con esquizofrenia a través de los receptores 5HT<sub>2A</sub> (Abel, Keane, & Murray, 1996). La serotonina (5HT) localizada en los núcleos del rafé y en la línea central del tronco del encéfalo que se proyectan al hipocampo, al cuerpo estriado, tálamo además de otras áreas y la acetilcolina (ACh) que se halla en las interneuronas del cerebro y músculos; son dos neurotransmisores que se relacionan con las manifestaciones del trastorno y, a diferencia de la dopamina y glutamato se proyectan ampliamente en zonas de todo el cerebro (A. T. Beck et al., 2010).

La sintomatología negativa reflejan una hipofunción dopaminérgica en la corteza prefrontal debido a que la serotonina tiene un efecto inhibitor a ese nivel (Weinberger & Berman, 1988; Weinberger & Lipska, 1995). Por ello, algunos fármacos inhibidores de serotonina desinhibirían la transmisión dopaminérgica en el córtex prefrontal mejorando la clínica negativa (Kapur & Remington, 1996; Ruiz et al., 2010).

#### 1.4 Criterios diagnósticos.

Anteriormente, entre los años cincuenta y setenta, los criterios de diagnóstico entre Europa (escuela Kraepeliana) y Estados Unidos (por Bleuler) variaban significativamente, esta situación cambió durante los ochenta con la llegada de los dos sistemas de clasificación de trastornos mentales más importantes actualmente: Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), la Organización Mundial de la Salud y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association) en el año 2000, estos esquemas de diagnóstico sufren cambios cada cierto tiempo y la última revisión se realizó en el año 2013 surgiendo así el DSM 5 (Chávez et al., 2013) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Comparación de criterios diagnósticos de acuerdo a la OMS y APA.

<b>Criterios diagnósticos de la CIE 10</b>	<b>Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR</b>	<b>Criterios diagnósticos del DSM 5</b>
<p>Se exige durante un mes la presencia por lo menos de uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eco, robo o inserción de pensamiento; Ideas delirantes de estar controlado y persistentes; Voces alucinatorias.</li> </ul> <p>O dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alucinaciones acompañados con ideas delirantes; Bloqueos en el curso de pensamiento; Manifestaciones catatónicas; Síntomas negativos.</li> </ul>	<p>Durante un mes la presencia por lo menos dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Delirios; Alucinaciones; Lenguaje disgregado; Conducta desorganizada o catatoniforme; Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, Disfunción social).</li> <li>No se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.</li> </ul>	<p>Durante un mes la presencia de dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Delirios; Alucinaciones; Discurso desorganizado; Comportamiento desorganizado o catatónico; Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia); Funcionamiento social inapropiado.</li> <li>No se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.</li> </ul>

### 1.5 Sintomatología.

Durante los años ochenta, la distinción entre síntomas positivos y negativos tuvo importancia gracias al neurólogo inglés Hughlings Jackson, quien propuso que el cerebro tiene estructuras jerárquicas. De acuerdo a su modelo, los *síntomas negativos* son consecuencia de la enfermedad que altera estructuras cerebrales más evolucionadas por lo que se pierden funciones principales como la voluntad (se muestran abúlicos o faltos de iniciativa) y los *síntomas psicóticos o positivos* son provenientes de la actividad liberada de estructuras cerebrales inferiores (se expresa exageración o distorsión de las funciones) (Berrios, 1985; Ortuño, 2010).

Esta diferenciación ha tenido diversas ventajas en la práctica diaria principalmente para los psiquiatras, en la evaluación se valora la presencia y la intensidad de los

síntomas, ya sean positivos o negativos, para ello se utiliza la Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987; Peralta & Cuesta, 1994).

#### 1.5.1 Sintomatología positiva.

De acuerdo al DSM 5 los síntomas positivos se componen de:

- *Delirios*: creencias fijas no susceptibles a cambios a pesar de las pruebas en su contra y pueden ser: 1. delirios persecutorios (la creencia de que es acosado), 2. referenciales (cualquier comentario ambiental va dirigido a uno mismo), 3. de grandeza (creencia de tener poderes y habilidades excepcionales) y 4. Erotomaniacos (creencia de que una persona está enamorada de él o ella. Los delirios surgen como una forma de explicar los hechos a los que les da una importancia inadecuada debido a la intrusión en la conciencia (Hemsley, 2005). Existen diversos factores de los cuales puede calificarse de delirio a una creencia donde puede destacarse el contenido extraño, la conducta extraña y la resistencia a la refutación (Woodward, Mortiz, Cuttler, & Whitman, 2006).
- *Alucinaciones*: son percepciones que tienen lugar sin un estímulo externo presente, son vividas tal cual como las percepciones normales y son totalmente involuntarias y pueden ser de tipo auditivas, visuales, olfativas y/o kinestésicas.
- *Pensamiento desorganizado*: esto se da a partir del discurso del individuo cambiando de un tema a otro, respondiendo a preguntas con o sin relación a las mismas. Las asociaciones de ideas no siempre siguen una línea razonable y lógico.
- *Comportamiento motor desorganizado o catatónico*: se evidencian al tener problemas para llevar a cabo un comportamiento dirigido a un objetivo,

surge una adopción mantenida de una postura rígida o inapropiada y en ocasiones movimientos estereotipados, mirada fija y ecolalia.

### 1.5.2 Sintomatología negativa.

Los síntomas negativos responden a una proporción importante en la morbilidad con relación a la esquizofrenia. Los síntomas principales de acuerdo al DSM 5 son:

- *Expresión emotiva disminuida*: decremento de la expresión de las emociones mostrado a través del rostro, contacto ocular, entonación de voz y movimientos de las manos, cabeza y cara.
- *Abulia*: pérdida de la voluntad, del interés y de la energía para realizar actividades por iniciativa propia.
- *Alogia*: hay una reducción en el habla, discurso poco fluido o con poca información.
- *Anhedonia*: disminución de la capacidad para disfrutar de las cosas y/o sentir placer.
- *Asociabilidad*: falta de interés por las relaciones sociales que está acompañada por la abulia, hay evitación para relacionarse con los demás y existe tendencia al aislamiento.

Los síntomas negativos se han visto como una respuesta para reducir el estrés, los estresores ambientales contribuyen al exceso de actividad límbica y a la insuficiencia de la actividad frontal, como consecuencia hay una reducción de la conducta, del pensamiento y de la emoción (abulia, alogia y aplanamiento afectivo) (A. T. Beck et al., 2010).

## 1.6 Tratamientos.

La elección del tratamiento se hará en base a una minuciosa anamnesis, examen mental y factores biopsicosociales del paciente que pueden influir en la adherencia al tratamiento, se debe tomar en cuenta la fase de enfermedad y posibles recaídas (American Psychiatric Association, 2006).

### 1.6.1 Tratamiento farmacológico.

El pilar fundamental del tratamiento farmacológico en esquizofrenia es el uso de fármacos antipsicóticos, se ha reportado que el 60% de los pacientes presentan una mejora significativa, el 30% mejoran poco y un 10% no responden al tratamiento; la mayoría de los fármacos antipsicóticos actúan bloqueando el receptor D2, el bloqueo de dichos receptores disminuye la activación de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, reduciendo los síntomas positivos de la enfermedad pudiendo ocasionar algunos efectos secundarios como la sedación (Farreras & Rozman, 2012).

Los fármacos de primera generación o Antipsicóticos Típicos (AT) fueron introducidos en la década de 1950 con gran auge para la eliminación de síntomas positivos y permitiendo que los pacientes con esquizofrenia pudieran vivir fuera de los hospitales psiquiátricos, sin embargo, en la década de los noventa fueron desplazados por los neurolépticos llamados ahora Antipsicóticos Atípicos (AA) o de segunda generación ya que estos además de provocar menos efectos extrapiramidales, mejoran significativamente no sólo los síntomas positivos como los AT, sino también los síntomas negativos de la esquizofrenia, la cognición y síntomas depresivos (Chávez et al., 2013; M. García, Apiquian, & Fresán, 2001; Ortuño, 2010) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Principales Antipsicóticos atípicos y algunos efectos secundarios. Adaptado de Ceruelo, J., & García, S. (2007). Antipsicóticos típicos, Antipsicóticos atípicos. *Farmacéutica. Hospital Río Hortega*, 14(10), 637–647.

<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Efectos secundarios</b>
Clozapina	150-600 mg/día	- Agranulocitosis y sedación
Risperidona	2-9 mg/día	- Taquicardia y aumento de peso.
Olanzapina	10-30 mg/día	- Efectos anticolinérgicos y aumento de peso.
Quetiapina	300-800 mg/día	- Aumento de peso y sedación.
Ziprasidona	120-200 mg/día	- Taquicardia y sedación.
Aripiprazol	10-30 mg/día	-----

#### 1.6.1.1 Tratamientos psiquiátricos.

Otro de los tratamientos más utilizados en el campo de la Psiquiatría con más de 80 años de historia, eficaz, longevo y vigente, es la Terapia Electroconvulsiva (TEC) que consiste en la inducción de convulsiones utilizando una corriente eléctrica a través de electrodos que van conectados en cada lado de la cabeza del paciente utilizado principalmente en trastornos afectivos (Bernardo & Urretavizcaya, 2015). Recientemente se ha tomado un interés científico en aplicación de TEC para pacientes con esquizofrenia que presenten catatonía, conductas suicidas o agresividad así como también para la reducción de sintomatología aguda (Pompilli et al., 2013).



De acuerdo a las pautas y guía de los tratamientos electroconvulsivantes de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se da únicamente para casos resistentes a los fármacos o intolerancia existiendo respuestas positivas en la mayoría de los casos (Chávez et al., 2013).

#### 1.6.2 Tratamiento psicológico.

García (2008) retoma que la necesidad de un enfoque psicoterapéutico en la esquizofrenia ha estado presente desde hace más de 100 años con el comienzo de la psicoterapia de la psicosis en la clínica Burghölzli en Zurich, donde trabajaron Gross, Riklin, Biswanger y Jung bajo la dirección de Eugene Bleuler que incluía una serie de elementos básicos como el análisis de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo, los modelos de intervención que más se utilizaron fueron: psicoanalítico/dinámico, familiar, grupal y cognitivo conductual.

El objetivo principal del tratamiento psicológico es manejar los diferentes aspectos que puede presentar la enfermedad como aceptación, adaptación a síntomas, recaídas y apego al tratamiento; maximizar el funcionamiento biopsicosocial del paciente incluyendo relaciones con la familia. Existen tres motivos principales para el interés de una intervención: 1) Pacientes con una prolongada duración de la psicosis, 2) cuando los síntomas tienden a empeorar y 3) el desarrollo de la esquizofrenia se asocia con los roles sociales atribuyendo a una peor evolución del trastorno (Mueser & McGurk, 2004; Palomo & Jiménez, 2009).

Bajorek & Stockman (2014) mencionan cuatro intervenciones más utilizadas y eficaces en pacientes con esquizofrenia que se han llevado a cabo:

- *Terapia cognitivo conductual*: para reducir la estancia hospitalaria gravedad de síntomas y depresión.
- *Intervención familiar*: para familiares cercanos a los pacientes, se les educa sobre las condiciones y formas en las que se puede apoyar al paciente.
- *Terapia de arte*: es considerada eficaz en la reducción de los síntomas negativos.
- *Psicoeducación*: que los pacientes y familiares acepten la enfermedad, los síntomas y el desarrollo de la misma dando estrategias de afrontamiento, así mismo mejorar la calidad de vida de los pacientes junto con sus familiares.

## **2. CAPITULO II: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

### **2.1 Terapia Cognitivo Conductual.**

Existen diferentes razones por las cuales una persona solicita terapia y es ahí donde redacta sus problemas en orden de acuerdo a su prioridad para poder ver la posibilidad de resolverlos (Morrison et al., 2004). Actualmente se busca aprender a solucionar los problemas de manera breve y eficaz; a diferencia de otras intervenciones como el psicoanálisis, el doctor Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva en los años sesenta con el fin de resolver problemas actuales, modificar pensamientos y conductas disfuncionales (J. S. Beck, 2015). Aunado a Beck, Albert Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva (TREC) la cual revolucionó la Terapia al sustituir la escucha pasiva por el diálogo con el paciente (Ellis, 1962).

La otra línea que compone la Terapia Cognitiva (TC) proviene del Conductismo destacando a Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1977) con su modificación cognitivo-conductual y Arnold Lazarus (Lazarus, 1976) con la terapia multimodal, con estos aportes se muestra el carácter integrador de dos modelos confluidos que ahora se conoce como Terapia Cognitivo Conductual (TCC). De acuerdo con Riso (2009) la terapia cognitivo conductual no consiste sólo en la aplicación de técnicas, sino debe verse como una manera de pensar y organizar la problemática del paciente conforme a un conjunto de datos.

Beck J. (2000) describe que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos; esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Los principios señalados por la TCC se resumen de la siguiente manera:

1. Se fundamenta en la conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas.
2. Enfatiza la colaboración estrecha del terapeuta con el paciente.
3. Está relacionada con planear y alcanzar objetivos y resolver problemas concretos.
4. Es educativa, enseña al paciente a ser su propio terapeuta poniendo énfasis en la prevención de recaídas.
5. Destaca el presente.
6. Las sesiones son estructuradas, sin embargo, puede tener modificaciones de ser necesario.
7. Ayuda a los pacientes a identificar y evaluar los pensamientos y comportamientos disfuncionales para actuar en consecuencia.

La terminología que más ha prosperado en la TCC son los *pensamientos automáticos (PA)* (Alford & Beck, 1997), que se definen como intrusiones de las cuales el paciente no siempre es consciente, el terapeuta utiliza técnicas para poder hacerlas conscientes y controlarlas, la mayoría de los PA son pasajeros, específicos, espontáneos, inmediatos, involuntarios, consistentes con el estado afectivo de ese momento y una representación sesgada de la realidad (Clark, Beck, & Alford, 1999; Riso, 2009).

Siguiendo a Ellis & Abrahms (2001) hay tres criterios para evaluar los PA: a) por su evidencia empírica (los hechos que sustentan los PA), b) su consistencia lógica (que haya explicaciones alternativas plausibles) y c) por su utilidad y pragmatismo (de qué forma ayuda o perjudica el PA).

En general, los terapeutas intervienen a nivel cognitivo-conductual con el objetivo de influir en las áreas de pensamiento, conducta, emoción y reacción fisiológica sin dejar de tener en cuenta el contexto, el tratamiento se basa en el supuesto teórico de que la conducta y afectos de una persona se determinan por su forma de estructurar el mundo (Alford & Beck, 1997).

### 2.1.1 Estructuración del proceso terapéutico.

Desde el inicio de la entrevista que se llevará a cabo, deben comentarse las reglas de confidencialidad, creando así un consentimiento informado que el paciente debe firmar para comprobar que se le dio la información completa y necesaria, el paciente expresará después su motivo de consulta para ir formulando los objetivos principales y el plan de trabajo a través del establecimiento de la agenda, algunos pacientes pueden determinar a detalle sus prioridades pero otros pueden requerir ayuda para poder estructurar, el ritmo o velocidad del proceso va a ir tan lento o rápido de acuerdo a cada paciente y la alianza terapéutica que se genere entre ambos (A. T. Beck et al., 2010).

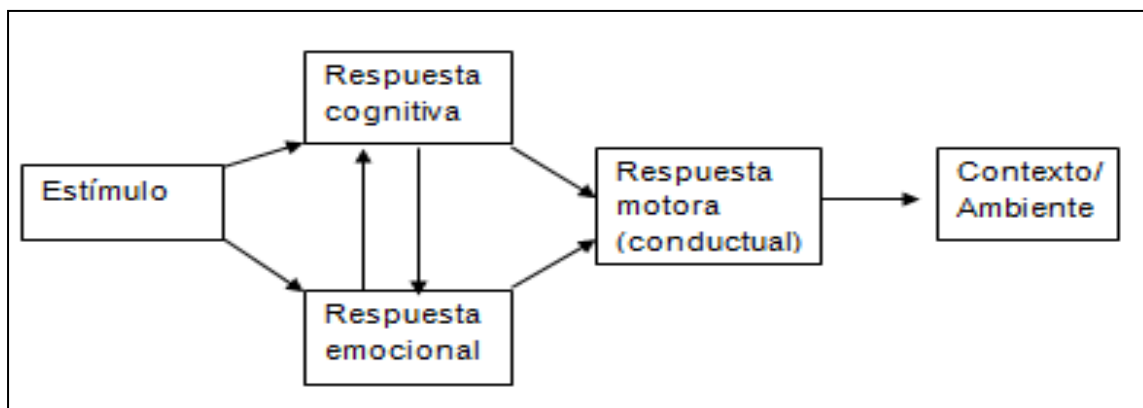
La psicoeducación es importante en la terapia para dar una explicación breve sobre el modelo que se va a trabajar e informar con detalle el padecimiento que se presente, con el fin de que el paciente comprenda su padecimiento y cómo se va a tratar, es importante repetir a menudo los avances de la terapia y las descripciones necesarias durante las sesiones (J. S. Beck, 2015).

Una vez obtenida la información suficiente se pasa al siguiente paso considerado básico para iniciar con el tratamiento, la conceptualización de caso que nos va a permitir la elección y adaptación de técnicas (Friedberg & McClure, 2011).

- Conceptualización de caso.

La formulación del caso nos va a ayudar a elaborar hipótesis y verificarlas, durante el tratamiento debemos revisarla y reafirmarla constantemente, este proceso suele ser sencillo (J. S. Beck, 2011). Una buena planificación de tratamiento se basa en

la conceptualización, nos indica las técnicas que podemos utilizar en cada momento y adaptarlas de acuerdo a cada caso, es un hecho que la conceptualización de caso va a diferir del diagnóstico, el primero es un retrato psicológico personalizado que nos explica y expone los diversos factores ambientales, interpersonales e intrapersonales que dan forma a los síntomas mientras que el diagnóstico se basa en la teoría de los síntomas generales, la conceptualización es más amplia y subsume el diagnóstico incluyéndolo como componente pero sin sobrevalorar su importancia (Friedberg & McClure, 2011). La Figura 2 nos muestra cómo poder conceptualizar el caso.



**Figura 2.** El estímulo produce una respuesta cognitiva (¿Qué pienso?) y una respuesta emocional (¿Cómo me siento?) generando una respuesta motora (¿Cómo actúo?) provocando consecuencias directas con el medio ambiente. Adaptado de Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. España: Paidós.

El hecho de completar una conceptualización nos ayuda a entender de qué manera contribuyen los factores pasados y presentes para el desarrollo y persistencia de los síntomas del paciente (A. T. Beck et al., 2010). Otra forma para estructurar un caso es comenzando con la *formulación provisional* donde se integran y analizan los datos obtenidos a partir de tests, contexto, anámnesis, variables conductuales y cognitivas para tener de esa forma un retrato psicológico provisional del paciente, posteriormente, la estructura de la sesión

consta de seis componentes principales: 1) Valoración del estado de ánimo, 2) revisión de tareas en casa (tratarlas en caso de ser necesario o pasar al siguiente paso), 3) contenido de la sesión, 4) tareas para casa, 5) retroalimentación de la sesión y 6) cierre, la estructura da lugar al contenido terapéutico (J. S. Beck, 2015; Friedberg & McClure, 2011). Cabe destacar que las tareas para casa son fundamentales durante el proceso terapéutico, ayudan y facilitan a la adquisición de habilidades que fomentan su aplicación en contextos de la vida real (Spiegler & Guevremont, 1995). Las tareas no deben dejarse en último minuto, se debe dedicar tiempo suficiente para establecer y procesar la tarea en casa, dando la información suficiente para que el paciente comprenda lo que debe hacerse (Friedberg & McClure, 2011). Las tareas asignadas adecuadamente permiten dar mayor conocimiento, ayudan a revisar los propios pensamientos y creencias, modificarlos en caso necesario, poner en acción herramientas conductuales y cognitivas pero sobre todo dan al paciente una sensación de mayor autosuficiencia, las tareas se van a diseñar de acuerdo al contenido de la sesión y los objetivos planteados considerando las habilidades del paciente (J. S. Beck, 2015).

### 2.1.2 Técnicas.

Las técnicas tienen por objeto influir sobre el pensamiento, comportamiento y el estado de ánimo del paciente, entre ellas se cuenta con la resolución problemas, toma de decisiones, experimentos conductuales, control y programación de actividades, de relajación, tarjetas de apoyo, exposición gradual, dramatización, técnica del “pastel” (J. S. Beck, 2015; Padesky & Greenberger, 1995), desensibilización sistemática para reducción de miedos y ansiedad parecida a la relajación (Wolpe, 1958), role playing similar a la de dramatización para el entrenamiento de habilidades sociales y provocar emociones y pensamientos significativos (Friedberg & McClure, 2011).

Tres técnicas eficaces para el entrenamiento de habilidades es la técnica de autocontrol (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974; Rehm, 1977; Rehm y Rokke, 1988), de resolución de problemas (D´Zurilla, 1976; D´Zurilla y Goldfried, 1971; Spivack y Shure, 1974), y de afrontamiento (Meichenbaum, 1977; Meichenbaum y Jaremko, 1983; Suinn y Richardson, 1971; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

Para poder establecer qué técnicas se van a utilizar, es sumamente importante primero determinar las creencias mal adaptativas a partir de su historia (J. S. Beck, 2015). Las técnicas cognitivo conductuales van a adaptarse de acuerdo al paciente principalmente con ayuda del *empirismo colaborativo y descubrimiento guiado* que nos permiten ver sus necesidades y cómo tratarlas; el empirismo hace referencia a los fundamentos fenomenológicos que provienen del cliente y determina la forma en que se aplicarán los principios para ayudar a la resolución de problemas particulares (Alford & Beck, 1997; Padesky & Greenberger, 1995; Pretzer & Beck, 2005). El descubrimiento guiado tiene como fin sembrar dudas en el cliente sobre sus creencias, requiere de mucha paciencia y habilidad por parte del terapeuta para formar las preguntas sin intimidar y de esa forma que el paciente llegue a nuevas conclusiones por sí mismo (A. Beck, Rush, & Emery, 1979).

### 2.1.3 Complicaciones durante la intervención terapéutica.

La identificación de problemas es un desafío característico para el terapeuta, la desconfianza y suspicacia generan rigidez en el paciente para decir lo que les sucede, Persons (1989) sugiere que una manera convencional de identificar los problemas es realizando una lista de problemas para operacionalizar los componentes cognitivos, emocionales, fisiológicos, conductuales e interpersonales de cada problema (Friedberg & McClure, 2011).



El terapeuta también puede cometer algunos errores que tengan como consecuencia el abandono del paciente o que no quiera dar la información necesaria para la intervención, un ejemplo es el exceso de preguntas en la primera sesión, para evitar estas consecuencias se sugiere 1) evaluar las reacciones verbales y no verbales del paciente, 2) acomodar la entrevista de dos a tres sesiones, 3) informar desde el inicio el propósito, duración y contenido de la entrevista, 4) pedir al paciente que sugiera pausas cuando las requiera y 5) utilizar preguntas abiertas lo más posible (A. T. Beck et al., 2010).

En ocasiones, hay complicaciones que se presentan durante las sesiones y el terapeuta debe estar atento a cualquier situación que pueda generar un problema, por ejemplo, si el paciente está hablando con extremada rapidez, el terapeuta debe detectar un momento de pausa de respiración y realizar breves preguntas, la escucha cuidadosa y la empatía producen por sí solas mejoras directas para la terapia (A. T. Beck et al., 2010; Sensky et al., 2000).

Si el terapeuta se llega a comportar de un modo prepotente, la terapia se deteriora, no debemos dar por hecho que sabemos cuáles son las bases que apoyan las creencias hasta no informarnos, se puede utilizar el cuestionamiento socrático para conocer mejor al paciente y así evitar complicaciones (Rutter & Friedberg, 1999).

Barkley, Edwards, & Robin (1999) y D´Zurilla (1986) proporcionan cinco principios básicos para la resolución de problemas: 1) identificación del problema de manera concreta, 2) enseñar al paciente a generar soluciones alternativas, 3) valorar las opciones disponibles, 4) después de valorar la situación y las opciones elegir la mejor solución y 5) reforzar la experimentación con soluciones alternativas. Friedberg & McClure (2011) recomiendan la evaluación de ventajas y desventajas de determinadas elecciones, conductas y decisiones para ampliar el punto de vista.

Finalmente para lograr una buena relación terapéutica según Beck (1979), se debe tener tres características básicas que son:

- 1) Aceptación: debe aceptar plenamente al paciente y su contexto.
- 2) Autenticidad: debe ser genuino, sincero y auténtico.
- 3) Empatía: tener la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro, comprender y acompañar en el padecimiento del paciente.

## 2.2 Terapia Cognitivo Conductual aplicada a pacientes con esquizofrenia.

El enfoque psicoterapéutico en esquizofrenia ha estado desde hace más de 100 años con la clínica Burghölzli (Zurich) bajo la dirección de Eugene Bleuler que, inicialmente utilizaba una serie de elementos básicos para el tratamiento: análisis de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo (Bleuler, 1950), sin embargo, actualmente se reivindican estos elementos para un abordaje psicosocial que se mantiene en todas las guías actuales de tratamiento de esquizofrenia (Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson, & Dixon, 2010). Dentro de la literatura clínica se demuestra que los pacientes con esquizofrenia no procesan correctamente la información ni corrigen sus interpretaciones erróneas, regularmente dichas interpretaciones quedan sin evaluar y, por tanto, quedan aceptadas (A. T. Beck et al., 2010). También se ha demostrado que los pacientes con esquizofrenia tienen limitada su capacidad de cognición social, principalmente en el reconocimiento de los estados emocionales (mentales propios y de los demás) (Sprong et al., 2007). Los pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento psicoterapéutico manifiestan mayor mejoría en dichas áreas que quienes reciben un tratamiento habitual (Granhölm et al., 2005).

El reconocimiento emocional es una habilidad neurocognitiva básica para la comunicación humana y algunas patologías se distinguen por la disfunción en el reconocimiento facial de emociones, estas perturbaciones son la mayor causa de inhabilidad funcional especialmente en pacientes con esquizofrenia (Herbener,

Song, Khine, & Sweeney, 2008). Los estudios sobre las emociones de Paul Ekman son utilizados por su importante evidencia, menciona que estas emociones son universales y que no dependen de una cultura para poder reconocerlas, además plantea la existencia de seis emociones básicas y universales que son: felicidad, tristeza, ira, miedo, asco y sorpresa, (Ekman & Friesen, 1975), además Ekman (2003) refiere cuatro funciones del reconocimiento emocional:

1. Capacidad de decidir, si ser emotivo o no.
2. Se plantea la capacidad de elegir el comportamiento en un estado emotivo.
3. Poder ser sensibles a las emociones de otros.
4. Revelar el contenido de las expresiones emocionales en el rostro en todo contexto que sea necesario.

Ekman ha desarrollado métodos para la evaluación de expresiones faciales como el sistema de registro FACS (Facial Action Coding System), que permite identificar emociones por medio de “unidades de acción” específicas de cambios en los músculos faciales (Ekman & Friesen, 1978) y el POFA (Pictures Of Facial Affect), test para la evaluación y reconocimiento de las expresiones básicas (Ekman & Friesen, 1975). La dificultad en el reconocimiento de emociones es una característica permanente de la esquizofrenia que podría estar asociado con la disfunción cognitiva propia del trastorno, sin embargo, los pacientes que tienen una mejor estabilidad presentan mayor desempeño en el reconocimiento a diferencia de los que se encuentren en fases agudas (Cavieres & Valdebenito, 2007).

La TCC en casos con esquizofrenia puede ser, en la mayoría de los casos, un proceso lento en especial cuando se trata del estado de ánimo y ansiedad (A. T. Beck et al., 2010).

Turkington, Kingdon, & Weiden, (2006) definen las etapas claves que deben incluir en la terapia cognitivo-conductual:

- 1) Desarrollo de una alianza terapéutica basada en la perspectiva del paciente.
- 2) Desarrollo de explicaciones alternativas sobre los síntomas de la esquizofrenia.
- 3) Reducir el impacto de síntomas negativos y positivos ayudando a detectar qué estímulos los disparan, exacerbaban o atenúan.
- 4) Ofrecer alternativas al modelo médico para facilitar la adherencia al tratamiento, así como la motivación interpersonal del paciente.

#### 2.2.1 Objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con esquizofrenia.

La TCC en esquizofrenia tiene como objetivo principal brindar herramientas para un mejor manejo de las experiencias psicóticas, enseñando al paciente a reestructurar sus creencias con respecto a la naturaleza de dichas experiencias y poder darle un sentido psicológico a sus síntomas, la terapia debe incluir un entrenamiento para el control emocional basado en técnicas de relajación, respiración y reestructuración cognitiva de las creencias (Haddock et al., 1998; Morales Vigil, Orellana, García, & Correa, 2015).

La TCC es un complemento para el tratamiento farmacológico que ayuda a tener una mayor calidad de vida reduciendo el impacto y severidad de los síntomas, sin embargo, dicha terapia puede disminuir la cantidad de medicación necesaria sin eliminarla por completo, los avances a futuro pueden llegar a producir un tratamiento libres de medicación para la esquizofrenia aunque por ahora no sea así; otro de los objetivos de la terapia en esquizofrenia es mejorar la introspección, y se puede alcanzar psicoeducando al paciente acerca del trastorno procurando

determinar desde un principio la visión que tiene sobre los síntomas y la enfermedad, este conocimiento puede reducir el malestar emocional que se asocia con las alucinaciones y los delirios (A. T. Beck et al., 2010).

El entrenamiento en habilidades sociales es de los más importantes en la terapia para los pacientes con esquizofrenia y se plantea debido a que los antipsicóticos no ayudaban del todo para la vida en comunidad y el objetivo principal de dicho entrenamiento es el desarrollo de la asertividad, habilidad para conversar, control de medicación, búsqueda de independencia, comunicación familiar y solución de problemas (Mueser, 2007).

### 2.2.2 Alianza terapéutica e importancia de la relación psicólogo/psiquiatra.

Bordin, (1994) sugiere que todas las terapias requieren de la alianza terapéutica, independientemente de la orientación del terapeuta, propone que una buena alianza debe girar sobre acuerdos que deben establecerse entre ambas partes e incluyen metas, tareas y vínculos para mejor concordancia y calidad en la conexión emocional entre terapeuta y paciente. Sin embargo, Ledley, Marx, & Heimberg (2005) sostienen que no hay reglas establecidas para la buena relación entre el paciente y terapeuta pero rescatan algunas sugerencias de Carl Rogers donde el terapeuta debe reunir: *empatía, autenticidad y calidez*. Estas cualidades *rogerianas* han mostrado confiabilidad y resultados positivos en distintas terapias incluidas la terapia cognitivo conductual (Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 2000). Posiblemente, una de las mejores guías para una buena alianza terapéutica es la propuesta por Beck, A (1983):

Las entrevistas deben estar planificadas para establecer, a) una relación de trabajo terapéutico, donde se incluya un buen *rapport*, b) un acuerdo en cuanto a objetivos y métodos de tratamiento, y c) diálogos que proporcionen *feedback* tanto la paciente como al terapeuta sobre la comprensión y entendimiento futuros, los

retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de los objetivos, etc.

Es importante para el paciente que haya comunicación entre el médico tratante y el psicoterapeuta para un mejor tratamiento por ambas partes y que el paciente se sienta confiado y no con la necesidad de elegir a uno, esta buena relación ayuda de distintas formas: 1) puede facilitar la comunicación entre el paciente y psiquiatra, 2) mejorar la introspección del paciente, 3) mejorar el cumplimiento correcto de la medicación y 4) reduce la severidad de los síntomas. La TCC al facilitar la introspección de la enfermedad hace que el paciente examine cómo ha mejorado a base de ambos tratamientos y cómo podría haber empeorado de no haberlos tomado, otra de las razones importantes es el hecho de cómo se manejará la psicoeducación, por ello el psiquiatra y el psicólogo deben evaluar cuidadosamente cómo puede asimilar la persona antes de darle demasiada información, la mayoría de los pacientes suelen pensar que no están enfermos y que no requieren tratamiento alguno (A. T. Beck et al., 2010).

El psicólogo, para poder dar una intervención de mayor calidad necesita antecedentes del paciente para conocer más de él y saber desde dónde se puede iniciar, al comunicarse con el médico psiquiatra puede llenar más el historial especialmente antecedentes médicos generales y enfermedades actuales (traumatismos, cirugías, enfermedades crónicas, medicamentos, entre otros), antecedentes médicos personales asociados a psicopatología (enfermedades endocrinas, metabólicas, neurológicas, entre otros) y antecedentes familiares o componentes genéticos (esquizofrenia, trastorno afectivo, alcoholismo, demencia, epilepsia, retardo mental, entre otros) (Riso, 2009).

Un aspecto de interés para la psicoeducación, es la participación de familiares en la enfermedad del paciente para un mejor entendimiento de ambos, reconocer el desarrollo del trastorno y estar atentos a los efectos adversos para asistir en el

momento adecuado al médico, de esta manera ayuda al paciente a tener menos recaídas y mejorar su calidad de vida (Ortuño, 2010).

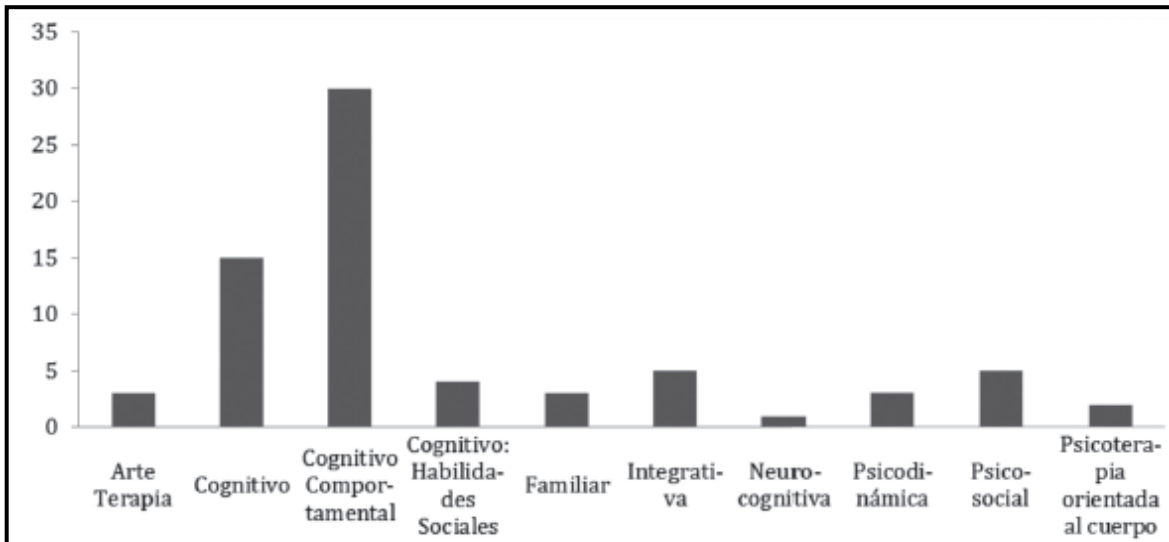
### 2.3 Pronóstico y Calidad de vida.

La OMS define calidad de vida como: “Percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.” La calidad de vida tiene que ver con el comportamiento y estilos de vida de la persona y va mejorando al modificar creencias, actitudes y valores, es decir, los estilos de vida saludables implican conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud de los individuos y que actúan en dirección a los índices de calidad de vida (Oblitas, 2017).

Hablando desde un punto de vista cultural, los países en desarrollo han ido aumentando la psicoeducación con respecto a los trastornos mentales, la actitud hacia el paciente es más tolerante, menos exigente y el apoyo familiar es mayor, algunas de las características para un buen pronóstico en pacientes con esquizofrenia son: edad avanzada, ausencia de antecedentes personales y familiares con esquizofrenia, síntomas positivos predominantes, ausencia de alteraciones cerebrales estructurales, personalidad previa adaptada, buena adherencia al tratamiento y apoyo familiar y social (Ortuño, 2010). El pronóstico ayuda a prevenir, es decir, se enfoca en la enfermedad para impedir o preparar las apariciones a futuro (Riso, 2009).

#### 2.3.1 Beneficios de la Terapia.

La eficacia de la TCC no sólo ha sido significativa estadísticamente en comparación a otras intervenciones sino también los resultados son clínicamente importantes a corto, mediano y largo plazo (Gaudiano, 2006; Patterson & Leeuwenkamp, 2008) (Figura 3).



**Figura 3.** Eficacia de los distintos tipos de terapias obtenido de Pachón-Basallo, M., Olarte-Afanador, M., López-López, W., & Santolaya-Ochando, F. J. (2013). Estudio bibliométrico sobre intervenciones psicológicas para la esquizofrenia. *Terapia Psicológica*, 31(3), 325–333.

Es importante mencionar que la TCC puede lograr cambios fisiológicos a nivel cerebral, entre ellos, la formación sináptica en las vías neuronales que representan nuevos hábitos de pensamiento y cómo interpretar los estímulos ambientales, o menor acumulación de respuestas cerebrales a largo plazo al estrés, el área más influida y beneficiada es la corteza frontal por su responsabilidad de las funciones ejecutivas tales como la planificación y toma de decisiones aunque los cambios no son nada sencillos y requieren de un proceso; para los pacientes es un alivio saber que sus delirios y alucinaciones no son culpa suya y sólo son parte de su enfermedad, estos conocimientos pueden reducir los malestares emocionales por las alteraciones en la sensopercepción (A. T. Beck et al., 2010), la TCC beneficia al paciente ayudando a que desarrolle alternativas más realistas ante dichos síntomas positivos y atribuciones no estresantes, afrontar la sintomatología negativa, iniciar y continuar actividades gratificantes (I. García, 2008) (Tabla 3).



**Tabla 3.** Componentes de los principales tratamientos cognitivos-conductuales aplicados a la esquizofrenia. Adaptado de Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicologicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345–364.

<b>Terapia cognitivo-conductual para la psicosis (Fowler et al., 1995)</b>	<b>Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996)</b>	<b>Estrategias de afrontamiento para alucinaciones y delirios (Yusupoff, Haddock, Sellwood &amp; Tarrier (1996); Yusupoff &amp; Haddock (1998))</b>
Contacto y evaluación	Determinar problema.	Enseñar al paciente a manipular los determinantes de los síntomas.
Uso de estrategias de manejo cognitivo-conductual para la autorregulación de los síntomas psicóticos.	Evaluación de consecuencias emocionales y conductuales.	Entrenar para cambiar los componentes de la reacción emocional a las voces o activación de los delirios.
Desarrollo de un modelo de psicosis en colaboración con el paciente.	Evaluación de antecedentes.	Eliminar estrategias de afrontamiento mal adaptativas.
Estrategias de terapia cognitiva para los delirios y creencias sobre las voces.	Confirmar asociación ente antecedentes y consecuencias	Provisión de condiciones de entrenamiento realistas.
Tratar las asunciones disfuncionales sobre uno mismo.	Evaluar creencias.	Uso de múltiples estrategias para los cambios adaptativos en la conducta interpersonal y estilo de vida.
Manejo del riesgo de recaída y de la discapacidad social.	Establecer metas y objetivos.	

### **3. MÉTODO.**

#### 3.1 Planteamiento de problema.

La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea y difícil de caracterizar, además presenta alta dificultad por parte de los clínicos para un manejo terapéutico adecuado; las alteraciones conductuales, emocionales y cognoscitivas que presentan los pacientes impactan de manera importante en su calidad de vida, por lo cual se considera importante diseñar programas de intervención terapéutica adecuados y enfocados a disminuir la sintomatología que estos pacientes presentan, lo cual puede mejorar de manera considerable su calidad de vida relacionada a la salud.

#### 3.2 Justificación.

En México, la detección y atención oportuna de la esquizofrenia, sirve para poder proporcionar tratamiento necesario y oportuno a los pacientes; la información actual de los mecanismos cognoscitivos, conductuales y emocionales responsables de las alteraciones mentales que conllevan al trastorno no han sido suficientes para el abordaje terapéutico pertinente de estos pacientes, debido a esto, se piensa que implementando técnicas de intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual podría mejorar considerablemente la calidad de vida relacionada a la salud, agregando la dificultad por parte del equipo médico de percatarse si el paciente presenta una adecuada adherencia al tratamiento o abuso del mismo, por ello es importante que mediante una evaluación e intervención psicoterapéutica se pueda monitorear el adecuado control del tratamiento farmacológico, además, implementando el enfoque de psicología basada en evidencias para medir objetivamente los resultados pre-post intervención se puede contribuir a documentar las técnicas que pueden tener un mejor efecto en los pacientes que padecen un trastorno esquizofrénico.

### 3.3 Objetivos.

#### 3.3.1 Objetivo general.

Evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual mediante marcadores cuantitativos de calidad de vida relacionada a la salud; reducción de intensidad y frecuencia de irritabilidad y discusiones conyugales, motivados por situaciones estresantes, mejorar la adherencia al tratamiento y que el paciente incremente la consciencia y reconocimiento de emociones en sí mismo y los que le rodean.

#### 3.3.2 Objetivos específicos.

- Mejorar la afectividad del paciente, mediante la reducción de intensidad y frecuencia de irritabilidad, asociadas principalmente a discusiones conyugales.
- Promover la adherencia al tratamiento para evitar consumo excesivo de los fármacos antipsicóticos.
- Mejorar el reconocimiento de emociones en sí mismo y en quienes le rodean.

### 3.4 Variables.

#### 3.4.1 Variable independiente.

- Implementación del programa de intervención cognitivo conductual (tratamiento).

#### 3.4.2 Variables dependientes.

- Escalas de autorreporte que describirán en términos cuantitativos los marcadores de intensidad y frecuencia de conductas que manifiestan irritabilidad y frecuencia de discusiones conyugales. Todas medidas en una

escala intervalar de 1-10, en donde 1 es ausencia y 10 es presencia total del marcador medido.

- Instrumentos utilizados para la evaluación pre y post de la intervención.

### 3.5 Tipo de estudio.

Estudio de caso único con un diseño Cuasi-experimental de medición pre y post tratamiento.

### 3.6 Procedimiento.

Se realizó una intervención psicoterapéutica de corte cognitivo conductual a un paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El paciente fue reclutado del área de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. La intervención tuvo una duración de cuatro meses y consistió en 16 sesiones semanales con una duración de una hora cada una. Las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio cómodo donde sólo estuvieron presentes el paciente y la psicoterapeuta. Primero se realizó una entrevista de corte cognitivo conductual, para posteriormente hacer una evaluación psicológica con los instrumentos que se mencionan en la siguiente sección. Una vez terminada la evaluación pre tratamiento se implementó un programa de intervención terapéutica durante cuatro meses (16 sesiones) y finalmente, una evaluación post tratamiento terapéutico.

### 3.7 Instrumentos.

Escala de entrevista clínica estructurada para síndrome positivo y negativo de la Esquizofrenia (Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale SCI-PANSS)

Es una entrevista estructurada que evalúa y clasifica la gravedad de síntomas positivos, negativos o psicopatía general en esquizofrenia. Está compuesta por 30 reactivos que conforman tres escalas:

- Escala positiva (PANSS-P) que consta de siete reactivos (ideas delirantes, desorganización conceptual, alteraciones sensoriales, excitación, grandiosidad, ideas de suspicacia/persecución y hostilidad);
- Escala negativa (PANSS-N) siete reactivos (afecto inapropiado o embotado, retraimiento emocional, relación con el entrevistador, aislamiento, dificultad para pensar en abstracto, flujo del discurso y pensamiento estereotipado)
- Escala de Psicopatología general dieciséis reactivos (preocupación somática, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión, manierismos y postura, depresión, lentitud psicomotora, falta de cooperación, ideas ilógicas o absurdas, desorientación, atención deficiente, falta de juicio y discernimiento, alteración de la voluntad, pobre control de impulsos, preocupación y evitación social activa).

La escala debe ser aplicada por un clínico mediante una entrevista semiestructurada, en el primer establecimiento de contacto se observa la conducta espontánea para identificar las áreas de interés, posteriormente se explora la sintomatología y su severidad de manera cuantitativa. Cada reactivo se puntúa como escala tipo Likert estratificada en 7 departamentos donde 1 es Ausencia del síntoma, 2 es Mínimo, 3 Leve, 4 Moderado, 5 Moderadamente severo, 6 Severo y 7 Extrema presencia de síntoma. La aplicación del instrumento lleva de 40-50 minutos y se puede aplicar repetidas veces para evaluaciones longitudinales y de cambios farmacológicos (Kay et al., 1987).

Mini examen del estado mental “MINIMENTAL” de Folstein (Mini-Mental State Examination [MMSE]).

Es un test diagnóstico estructurado con una duración de 5-10 minutos aproximadamente, usada para detección, orientación y evaluación de deterioro cognitivo en los pacientes; consta de 11 preguntas que abarca cinco funciones

cognitivas superiores: Orientación espacio-tiempo, Capacidad de atención, concentración y memoria, Capacidad de abstracción (cálculo), Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial y Capacidad para seguir instrucciones básicas. Cada reactivo se puntúa de acuerdo al valor del área que se esté evaluando (1, 2, 3 o 5) para dar un máximo de 30 puntos. Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada: de 25 a 30 la persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva (sin deterioro); de 20-24 sugiere probable deterioro cognitivo leve; 16-19 deterioro cognitivo moderado, 15 o menos deterioro cognitivo severo y menor a 10 totalmente deteriorado (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) (Geriatric Depression Scale).

Es una escala estructurada construida específicamente para adultos mayores con buena salud, con enfermedades médicas y psiquiátricas y con probable deterioro cognitivo leve a moderado, sirve para explorar los síntomas afectivos, con un patrón de respuesta dicotómico (sí/no) con una duración de 5-10 minutos aproximadamente, se trata de una escala de cribado, es decir, de detección de la posible presencia de depresión. Cabe mencionar que el GDS no sirve para evaluar los intentos de suicidio. Consta de 30 reactivos que proporcionan una puntuación que se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los reactivos, cada uno se puntúa con 1 o 0. Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada: de 0 a 5 la persona presenta adecuada afectividad (sin depresión), de 6-10 posible depresión leve; 11-15 posible depresión moderada; 16-20 severa y mayor a 21 totalmente deprimido (Yesavage et al., 1983).

Test del dibujo del reloj (CDT) (Clock Drawing Text).

Es un instrumento que evalúa de forma breve el funcionamiento cognitivo con una duración de 10-15 aproximadamente, se debe aplicar en dos fases

sucesivas: Test del reloj a la orden, donde se le pide al paciente que dibuje un reloj redondo y grande, después que ponga los números correspondientes y, posteriormente que coloque las manecillas marcando la hora indicada (11:10); Test del reloj a la copia, se le pide que copie lo más exacto posible el dibujo del reloj que se le muestra. Los resultados se dividen en tres: a) Esfera de reloj en donde 2 puntos significa que el círculo está bien hecho, 1 cuando está incompleto o distorsionado y 0 cuando hay ausencia o es totalmente distorsionado; b) Presencia y secuencia de los números, donde 4 significa que todos los números están en el orden correcto, 3.5 cuando hay pequeños errores en la colocación, 3 cuando hay numeración en desorden o error en la localización espacial, 2 si existe alguna omisión o los números están ordenados de forma inversa, 1 ausencia o exceso de números con distorsión espacial y 0 puntos por ausencia o escasa representación de números y c) Presencia y localización de las manecillas del reloj donde 4 puntos significa que las manecillas están en las posiciones adecuadas, 3.5 si están en posición correcta pero del mismo tamaño, 3 pequeños errores de localización, 2 gran distorsión en la localización y cuando no están en el punto central pero marcan la hora indicada; 1 cuando no se encuentran en el punto central ni marcan la hora correctamente y 0 en ausencia de las manecillas. Se va a considerar el test como *positivo* (con probable deterioro) cuando la suma de los tres criterios dé menos o igual a 6 o test *negativo* (sin deterioro) cuando sea mayor a 6 (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, & Lantada, 1999; Thalman, Cacho, & García, 1996).

Independencia de las actividades de la vida diaria (KATZ).

Es una escala dirigida a funciones del autocuidado en adultos mayores e individuos con enfermedades crónicas. Consta de 6 ítems dicotómicos para evaluar la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas: bañarse, vestirse, uso del baño, levantarse, alimentación y continencias, cada reactivo se

puntuará con 0 si la actividad es realizada de forma independiente y 1 si se realiza con ayuda (Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963).

Escala de actividades instrumentales de LAWTON-BRODY.

Es una escala dirigida a funciones instrumentales en adultos mayores e individuos con enfermedades crónicas. Consta de 8 reactivos: usar el teléfono, compras, cocina, cuidado del hogar, lavandería, transporte, medicación y finanzas; las respuestas que indican una mayor independencia están marcadas con el número 1 y las que indican menor independencia se puntúan con 0. La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4 (Lawton & Brody, 1969).

Pictures of facial Affect (POFA)

Es un test que evalúa el reconocimiento de emociones en expresiones faciales. Está compuesto por 105 fotografías en blanco y negro de hombres y mujeres expresando las seis emociones básicas: alegría, miedo, ira, tristeza, asco, sorpresa y un rostro inexpresivo o neutro (Ekman & Friesen, 1975). Se escogieron 12 fotografías, 6 de mujeres y 6 de hombres expresando las seis emociones básicas. Cada respuesta correcta tiene valor de 1 punto, el máximo puntaje por emoción fue de 8. El tiempo de aplicación es de 20 a 30 min.

### 3.8 Presentación de caso.

Paciente hombre de 67 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia paranoide [F20.0] de quien nos vamos a referir como CeSO para proteger su identidad, estado civil casado, escolaridad secundaria terminada (9 años), religión católica, ocupación comerciante, originario y residente de la Ciudad de México.

Proviene de una familia de procreación nuclear completa de nivel socioeconómico bajo, ambos padres ya fallecidos, el padre falleció de cirrosis hepática.



CeSO inició su vida escolar a los seis años de edad (educación primaria), abandonando sus estudios a los quince años y posteriormente inició su vida laboral en Ferrocarriles Nacionales de México donde trabajó hasta el cierre del mismo. Se refiere que a los 17 años de edad inició consumo de bebidas alcohólicas y drogas (mariguana) hasta los 20 años. Inició su padecimiento a la edad de 20 años, siendo atendido en distintas Instituciones e internado durante tres años donde remite el consumo de drogas y comienza tratamiento farmacológico, hace 26 años decidió dejar el medicamento provocando la activación de los síntomas positivos de la enfermedad mostrándose agresivo. En 1992 su familia lo ingresó en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por 21 días aproximadamente, desde entonces el paciente no ha vuelto a recaer ni a abandonar el medicamento, actualmente es estable y cuenta con adecuadas redes familiares. Se casó a la edad de 29 años y posteriormente procreó dos hijos. Su esposa tiene 61 años de edad y presenta antecedentes de diabetes, su hija mayor de 38 años de edad no tiene antecedentes psiquiátricos, se encuentra casada y viviendo de manera independiente, y el hijo menor de 37 años de edad tiene diagnóstico de trastorno de personalidad esquizoide, se encuentra controlado a base de tratamiento farmacológico, es soltero y es comerciante.

Actualmente el tratamiento farmacológico de CeSO es Trifluoperazina 5mg/día, Trihexifenidilo 5mg/día y Clonazepam 2mg/día, acude a cita con su médico tratante cada seis meses y una vez al mes a terapia grupal de rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia y demencia en el área de psicogeriatría. Exploración física (valorada por parte del médico tratante): se trata de paciente de edad aparente similar a la referida, se encuentra en buenas condiciones de higiene y aliño, talla media, marcha normal sin alteraciones en la psicomotricidad, mesomórfico, alerta, con cráneo normocéfalo, adecuada coloración de tegumentos, pupilas isocóricas, normorreflectivas, narinas permeables, orofaringe sin alteraciones, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, tórax íntegro, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, sin agregados, abdomen plano, blando, depresible, no doloroso

a la palpación, extremidades integra, Reflejos osteotendinosos presentes de buen tono y fuerza muscular. En el examen mental el paciente se encuentra orientado en persona, espacio, tiempo y circunstancia, cooperador, mantiene contacto visual con el entrevistador, su discurso es coherente-congruente, emite el habla con tono, velocidad y volumen adecuados, niega alteraciones en la sensopercepción al momento de la exploración, no refiere ideas delirantes, sus funciones mentales superiores se encuentran conservadas. CeSO se encuentra estable.

### 3.9 Programa de intervención.

El programa de intervención fue creado a partir de la necesidad del paciente, la cual se determinó después de la entrevista y resultados de las evaluaciones, su necesidad más demandante fue disminuir la intensidad y frecuencia de irritabilidad causada por discusiones conyugales y mejorar su adherencia al tratamiento (eliminar abuso de Trifluoperazina). También se tomaron en cuenta los hallazgos encontrados durante las sesiones que fue la dificultad en el reconocimiento de emociones. Para el diseño de las tareas se tomaron en cuenta las habilidades que conservaba el paciente, como la memoria, lectura y escritura además de su motivación para realizar dichas tareas semanalmente.

El programa de intervención detallado se encuentra en el apéndice B.

- Sesiones informativas y evaluaciones pre: se realizaron durante las primeras tres sesiones.
- Disminución de frecuencia e intensidad y adherencia al tratamiento: se llevaron a cabo de la cuarta a la décima sesión.
- Reconocimiento de emociones: inicia de la décima sesión a la quinceava.
- Cierre y evaluaciones post: se realizó en la sesión dieciséis.

### 3.10 Análisis de resultados.

Se obtuvieron los puntajes de ejecución del paciente en cada una de las pruebas que componen la evaluación psicológica de diagnóstico y post programa de intervención de acuerdo a los parámetros de calificación de cada una. Se utilizaron puntajes directos y porcentajes para conocer las diferencias entre el desempeño pre y post programa de intervención.

## **4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

La intervención psicoterapéutica que se implementó es un procedimiento de tipo no invasivo, por lo cual no causó daño físico o hubo compromiso médico hacia el paciente, además, se le pidió firmar una carta de consentimiento informado con los lineamientos descritos en la declaración de Helsinsky (1964). Es importante mencionar que los datos previamente mencionados serán almacenados con un máximo de cinco años en una base de datos y posterior a dicho tiempo se eliminarán de manera permanente. El tratamiento no tuvo costo alguno para el paciente y se vio beneficiado, ya que tuvo manejo terapéutico adicional al tratamiento farmacológico y pudo tener una mejora para su reinserción social. En caso de que el paciente sufriera alguna crisis psicótica durante la implementación de dicho programa, se notificaría de inmediato a su médico psiquiatra, podía abandonar el proceso psicoterapéutico en el momento que deseara sin tener dificultades en el trato con su médico tratante o consultas en el hospital, además de ser tratado con respeto antes, durante y después del desarrollo del trabajo de investigación.

## 5. RESULTADOS.

En la evaluación de integridad cognoscitiva del paciente previo a la intervención se encontró que no había alteraciones de los procesos mentales; el MINIMENTAL y el test del reloj arrojaron puntajes normales. Las escalas de actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) mostraron que el paciente es completamente independiente. No se observó sintomatología depresiva, ya que la escala de depresión geriátrica arrojó un puntaje bajo (3 puntos) (Tabla 4).

Es importante mencionar que después de la intervención no hubo variabilidad en los puntajes de las pruebas de tamizaje cognoscitivo (Tabla 4).

**Tabla 4.** Puntajes de las pruebas cognoscitivas y escalas obtenidas en la evaluación pre y post tratamiento.

Instrumento.	Pre	Post
Mini examen del estado mental "MINIMENTAL" de Folstein.	30/30	30/30
Test del dibujo del reloj.	9/10	9.5/10
Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).	3/15	3/15
Independencia de las actividades de la vida diaria (KATZ).	0/6	0/6
Escala de actividades instrumentales de LAWTON-BRODY.	8/8	8/8

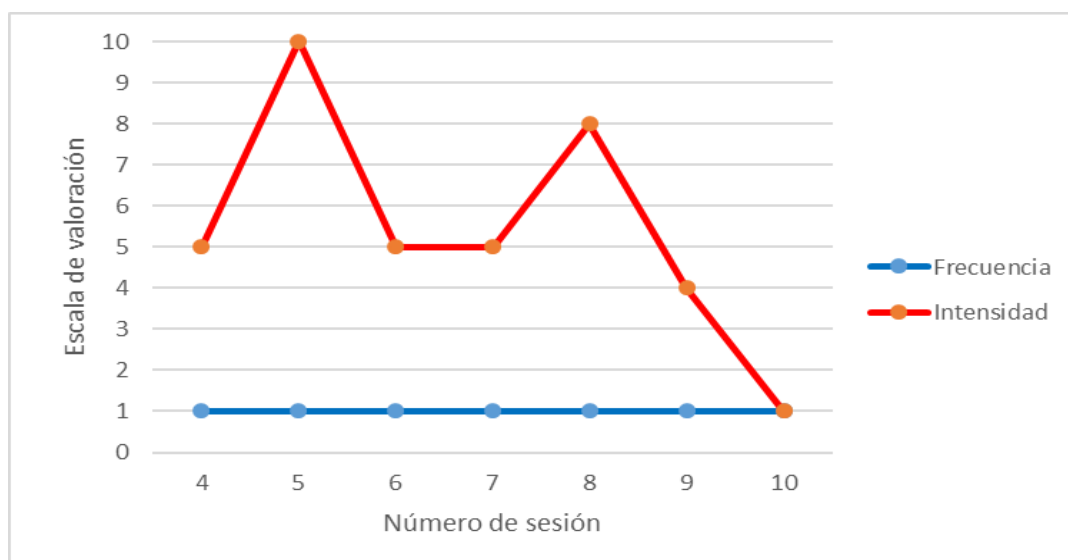
Previo a la intervención se aplicó la PANSS; en la escala se encontró que el paciente CeSO tenía prevalencia de sintomatología negativa y síntomas psicopatológicos (preocupación somática, atención deficiente, deficiente control de impulsos y preocupación). En la evaluación post intervención se reportó disminución de síntomas negativos y ausencia de psicopatología general (Tabla 5).

**Tabla 5.** Puntajes obtenidos en la SCI-PANSS.

Instrumento	Pre		Post	
	Síntomas positivos y negativos	Psicopatología general	Síntomas positivos y negativos	Psicopatología general
Escala de Entrevista Clínica Estructurada para Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (SCI-PANSS).	Presencia de síntomas negativos (afecto inapropiado, aislamiento y dificultad para pensar en lo abstracto). (17)	Presencia de psicopatología general (preocupación somática, atención deficiente, deficiente control de impulsos y preocupación). (20)	Reducción de síntomas negativos (aún con dificultad para pensar en lo abstracto). (15)	Ausencia de sintomatología en psicopatología general. (16)

Durante la intervención psicoterapéutica se midieron distintos marcadores cuantitativos relacionados a la queja del paciente, dichos marcadores fueron usados para monitorear el estado y avance del proceso terapéutico, además de servir como índices para saber en qué momento se podía considerar pasar al siguiente objetivo.

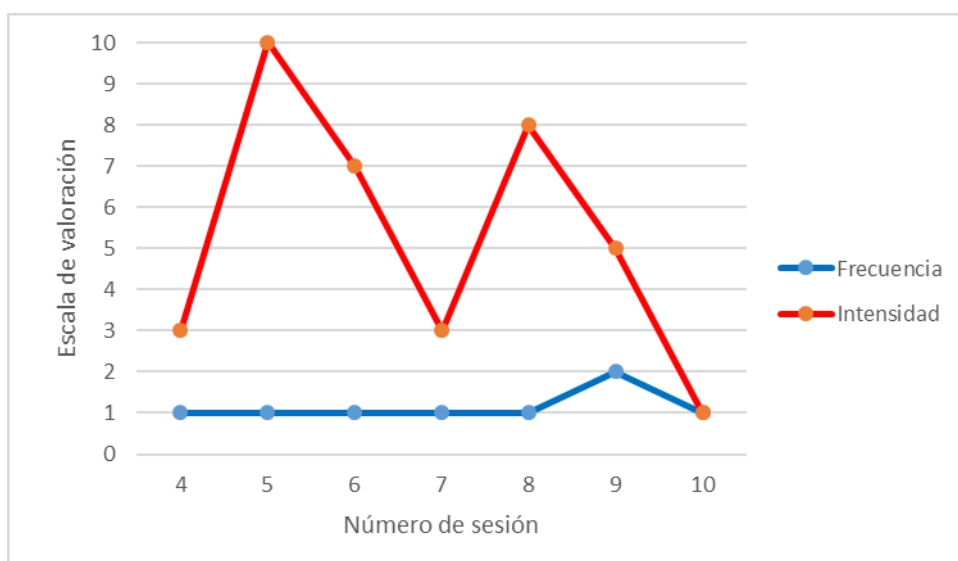
La estructura de cada sesión se basó en los principios de J. S. Beck (2015); revisando las tareas que se le pidieron al paciente la sesión previa, para posteriormente explorar qué tan irritado se sintió durante la semana. Al paciente se le pedía calificar su nivel de irritabilidad en una escala del 1-10, donde 10 era muy irritado o molesto, y 1 poco irritado o molesto. En la Figura 4 se observa que la frecuencia se mantuvo estable durante todas las sesiones, cada semana el paciente manifestaba haberse molestado por alguna circunstancia, predominando las discusiones conyugales. Es importante mencionar que, aunque la frecuencia fue constante, la intensidad se redujo considerablemente al final de la intervención (intensidad máxima 10 y mínima 1).



**Figura 4.** Gráfico que muestra la evolución de las mediciones de frecuencia e intensidad de la irritabilidad que siente el paciente a causa de las discusiones conyugales.

Además del índice cuantitativo para calificar la intensidad de irritabilidad o molestia, también se le pidió al paciente reportar durante cada sesión los principales motivos que desencadenaban las frecuentes discusiones con su esposa, siendo éstas desencadenadas por falta de comunicación asertiva

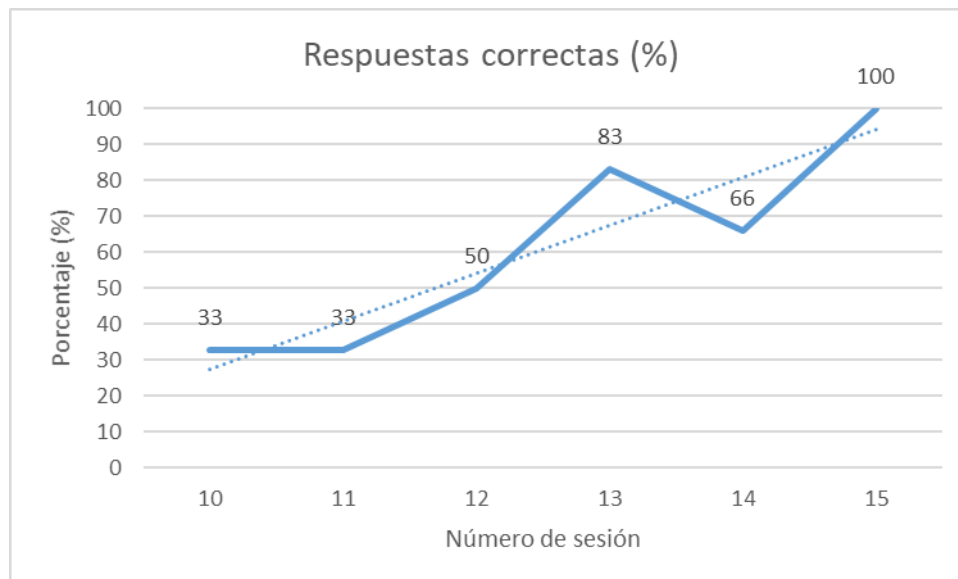
(factor que se trabajó en terapia). En la Figura 5 se observa que la frecuencia se mantiene estable durante las sesiones que se intervino, además, la intensidad tuvo un comportamiento descendente, alcanzando el nivel mínimo al finalizar la intervención, es decir, las discusiones seguían existiendo, pero ya eran con una intensidad menor que al inicio.



**Figura 5.** Gráfico que muestra la evolución de las mediciones de frecuencia e intensidad de las discusiones conyugales.

La adherencia al tratamiento se trabajó a la par de las sesiones en que se intervino la reducción de intensidad y frecuencia de discusiones conyugales; el paciente reportó que ocasionalmente continuaba con la necesidad de abusar del fármaco, dado que se sentía ansioso y muy irritable. Es probable que la frecuencia de abuso se haya reducido a cero, debido a que se redujo la intensidad de discusiones conyugales y su nivel de irritabilidad, ya que el paciente mencionó que al sentirse ansioso y molesto utilizaba técnicas aprendidas en terapia para manejarlo de manera eficiente.

Durante el curso de las sesiones de intervención, se encontró que el paciente presentaba incapacidad para reconocer emociones en sí mismo y en los demás, así como para expresarlas, por lo cual se dedicaron seis sesiones para trabajar sobre este aspecto. En la sesión 10 se estructuró la línea base para valorar el procesamiento emocional del paciente, encontrando que presentó defectos importantes en el reconocimiento de emociones, medido mediante el test POFA de Ekman. Siendo alegría y tristeza las únicas emociones que logró reconocer al inicio, logrando únicamente un 33 % de precisión. En la evaluación final que se dio en la sesión 15 se volvió a aplicar el POFA y se encontró que el paciente logró reconocer el 100% de los estímulos (Figura 6).



**Figura 6.** Gráfico que muestra la evolución de las mediciones de respuestas correctas (%) en el reconocimiento de emociones.



Es importante mencionar que el paciente presentaba mayor dificultad (50% de precisión o menos) para reconocer expresiones faciales de la emoción en rostros que mostraban miedo (33%), asco (50%) y sorpresa (50%).



**Figura 7.** Gráfico que muestra el porcentaje de respuestas correctas en el reconocimiento de cada emoción.

## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El presente trabajo tuvo como objetivo principal evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual mediante marcadores cuantitativos de calidad de vida relacionada a la salud, reduciendo la intensidad y frecuencia de irritabilidad y discusiones conyugales, motivados por situaciones estresantes, además de mejorar la adherencia al tratamiento y que el paciente incremente la consciencia y reconocimiento de emociones en sí mismo y los que le rodean.

Se reportó el caso del paciente CeSO con diagnóstico de esquizofrenia paranoide a quien se le implementó un programa de intervención de corte cognitivo conductual. Otros programas de intervención psicológica como la intervención de corte psicoanalítico que se utilizaba inicialmente tiene como objetivo un análisis en

la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo (García, 2008) situación que requería de bastante tiempo para lograr los cambios deseados, a diferencia de la TCC que busca que el paciente aprenda a solucionar de manera breve y eficaz los problemas más actuales con el fin de modificar pensamientos y conductas disfuncionales para una mejor calidad de vida (J. S. Beck, 2015) dicha intervención de corte cognitivo conductual fue aplicado a CeSO donde se cumplieron los objetivos que marca la TCC con respecto a la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales, CeSO mejoró su control emocional con respecto a las situaciones estresantes que se le presentaban.

De acuerdo con Mueser & McGurk (2004) y Palomo & Jiménez (2009) que refieren la importancia de manejar aspectos específicos de la enfermedad como aceptación, adaptación de los síntomas, recaídas y apego al tratamiento, sirvieron como base para comenzar la intervención con CeSO desde la psicoeducación y aplicación de las pruebas para determinar los objetivos del programa, CeSO contaba con un buen manejo de sintomatología, sin embargo se detectó el uso excesivo que tenía con la Trifluoperazina, es posible que con el trabajo de la TCC se haya eliminado esta conducta.

Se reportó un cambio clínico en CeSO, especialmente en la reducción de sintomatología y psicopatología general en la PANSS este cambio puede deberse de inicio a que el paciente tiene conciencia de enfermedad mental y apego al tratamiento, al comenzar la intervención se logró conceptualizar el caso como lo menciona J. S. Beck (2011); la conceptualización nos ayudó a elaborar las hipótesis verificándolas y reafirmandolas durante el tratamiento, también es una guía para la adecuada elección de técnicas de acuerdo a cada paciente, en el caso de CeSO se eligieron técnicas para la reducción de la intensidad y frecuencia de su irritabilidad con el objeto de influir sobre el pensamiento, comportamiento y estado de ánimo como lo sugieren J. S. Beck (2015) y Padesky & Greenberger (1995), el paciente CeSO logró comprender el objetivo de la intervención,

mejorando el control de la irritación y como efecto deja de tomar el medicamento en exceso, también aprende a modificar pensamientos y conductas disfuncionales que pudieron provocar la disminución de la sintomatología y psicopatología general que podrían causarle las situaciones estresantes que tenía constantemente.

Algo importante que facilitó la identificación de problemas y la breve duración de la intervención fue la comunicación con el paciente y la empatía desde el inicio, durante las sesiones se pudieron detectar algunas dificultades en CeSO como desconcentración y se utilizaron algunas técnicas de relajación de J. S. Beck (2015) para lograr mejorar su atención, las complicaciones más comunes que refieren A. T. Beck, Rector, Stolar, & Grant (2010) y Sensky et al (2000) son que el paciente hable demasiado rápido o prefiera abandonar la intervención y no se presentaron en CeSO.

Se ha reportado que los pacientes con esquizofrenia presentan un defecto importante en las expresiones faciales negativas y neutras, la adecuada intervención del proceso de reconocimiento emocional dentro de la TCC puede contribuir a una mejor reinserción social, pacientes han manifestado mejorías en dicha área (Ekman, 2003), CeSO mostró avances significativos después de la intervención donde se utilizó el POFA, instrumento que se eligió después de revisar investigaciones disponibles con evidencia empírica del POFA corroborando así su eficacia.

En conclusión, la importancia y propósito de este trabajo, además de evaluar la eficacia de un programa psicoterapéutico de corte cognitivo conductual en un paciente con esquizofrenia, fue promover una práctica más efectiva para mejorar la salud pública con evidencia empírica y buscar estrategias para medir cambios terapéuticos en el proceso de intervención. También promover programas de intervención en hospitales debido a que la mayoría de los hospitales de tercer nivel cuentan con intervenciones de manera grupal y no individual, no hay

preocupación por la práctica psicológica basada en evidencias por lo que se podrían implementar programas de intervención personalizadas y viables en diferentes contextos tanto en sector público como privado para ver mejoría en los pacientes.

### **Limitaciones.**

Los trastornos cognoscitivos característicos de pacientes esquizofrénicos entorpecen el trabajo terapéutico.

Hay pocas escalas objetivas para medir el progreso terapéutico en pacientes con esquizofrenia.

Se reconoce que la presencia de un análisis de corte estadístico ayudaría a vislumbrar si existe un cambio significativo del proceso de intervención.

## 7. REFERENCIAS

- Abel, K. M., Keane, V. O., & Murray, R. M. (1996). Enhancement of the prolactin response to d-fenfluramine in drug-naive schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 168(1), 57–60. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.1.57>
- Alford, B., & Beck, A. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. (2nd ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Bajorek, T., & Stockman, T. (2014). *Manual Práctico de Psiquiatría*. México: Jaypee Highlights Medical Publishers, Inc.
- Barkley, R., Edwards, A., & Robin, A. (1999). *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19th ed.). Barcelona.
- Beck, A., Rush, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia: terapia cognitiva, investigación y terapia*. Paidós.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behaviour Therapy. Basics and Beyond*. (2nd ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2015). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: gedisa.
- Bernardo, M., & Urretavizcaya, M. (2015). Dignifying Electroconvulsive Therapy based on evidence. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*, 8(2), 51–54. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.01.002>
- Berrios, G. (1985). Positive and Negative Symptoms and Jackson: A conceptual

- History. *Archives of General Psychiatry.*, 42(1), 95–97.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790240097011>
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Oxford, England: International Universities Press.
- Bordin, E. (1994). *Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions*. (A. Horvath & L. Greenberg, Eds.). Nueva York: Wiley.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J., & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Neurología*, 28(7), 648–655. Retrieved from [http://neurologia.publicacionmedica.com/contenido/images/Una\\_propuesta\\_de\\_aplicación\\_y\\_puntuación\\_del\\_test\\_del.pdf](http://neurologia.publicacionmedica.com/contenido/images/Una_propuesta_de_aplicación_y_puntuación_del_test_del.pdf)
- Cannon, T., Van Erp, T., Rosso, I., Huttunen, M., Lönngvist, J., Pirkola, T., ... Standertskjöld-Nordenstam, C. (2002). Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, their siblings, and controls. *Archives of General Psychiatry.*, 59(1), 35–41. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.1.35>
- Carlsson, A., & Lindqvist, M. (1963). Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3 methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacologica et Toxicologica*, 20(2), 140–144. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0773.1963.tb01730.x>
- Carpenter, W., Buchanan, R., Kirkpatrick, B., Tamminga, C., & Wood, F. (1993). Strong inference, theory testing, and the neuroanatomy of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry.*, 50(10), 825–831. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820220081009>
- Cavieres, A., & Valdebenito, M. (2007). Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia. Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 45(2), 120–128. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272007000200005>
- Chávez, E., Madrigal, E., Ontiveros, M., & Bernardo, N. (2013). *La psicopatología y su tratamiento por el especialista* (1st ed.). México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.

- Clark, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Cropley, V. L., Fujita, M., Innis, R. B., & Nathan, P. J. (2006). Molecular imaging of the dopaminergic system and its association with human cognitive function. *Biological Psychiatry*, 59(10), 898–907. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.004>
- D´Zurilla, T. (1986). *Problem-Solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. New York: Springer US.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times Books.
- Ekman, P., & Friesen, W. (1975). *Pictures of facial affect*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P., & Friesen, W. (1978). *Facial action coding systems*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. (8th ed.). Nueva York: Lyle Stuart.
- Ellis, A., & Abrahms, E. (2001). *Terapia Racional Emotiva*. México: Alfaomega.
- Farreras, V., & Rozman, C. (2012). *Medicina interna* (17th ed.). España: Elsevier.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Friedberg, R., & McClure, J. (2011). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Paidós.
- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 9–25.
- García, M., Apiquian, R., & Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*, 24(5), 37–43.
- Gaudiano, B. (2006). Is symptomatic improvement in clinical trials of cognitive-behavioral therapy for psychosis clinically significant? *Journal Psychiatric*

- Practice.*, 12(1), 11–23. <https://doi.org/10.1097/00131746-200601000-00003>
- Gottesman, I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. (1st ed.). Nueva York: Springer Netherlands.
- Granholm, E., McQuaid, J., McClure, F., Auslander, L., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., ... Jeste, D. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520–529. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.520>
- Haddock, G., Tarriner, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C., & McCarthy, E. (1998). Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 821–838. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00007-5)
- Heckers, S. (1997). Neuropathology of schizophrenia: cortex, thalamus, basal ganglia and neurotransmitter-specific projection systems. *Schizophr Bull*, 23(3), 403–421. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.3.403>
- Hemsley, D. (2005). The development of a cognitive model of schizophrenia: placing it in context. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(6), 977–988. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.12.008>
- Herbener, E., Song, W., Khine, T., & Sweeney, J. (2008). What aspects of emotional functioning are impaired in schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 98(1–3), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.025>
- Huttenlocher, P., & Dabholkar, A. (1997). Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *The Journal of Comparative Neurology.*, 387(2), 167–178. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9861\(19971020\)387:2<167::AID-CNE1>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9861(19971020)387:2<167::AID-CNE1>3.0.CO;2-Z)
- Jacobson L., J., & Jacobson M., A. (2002). *Secretos de la Psiquiatría*. (2nd ed.). México: Interamericana.
- Kallmann, F. J. (1994). The genetic theory of schizophrenia. An analysis of 691 schizophrenic twin index families 1946. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 188–198. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.188>



- Kapur, S., & Remington, G. (1996). Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *153*(4), 466–476. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.4.466>
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. . (1970). Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, *10*(1), 20–30. [https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/10.1\\_Part\\_1.20](https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20)
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, *185*, 914–919.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, *13*(2), 261–276. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3616518>
- Keijsers, G., Schaap, C., & Hoogduin, C. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Behavioural Modification*, *24*(2), 264–297. <https://doi.org/10.1177/0145445500242006>
- Kendler, K. S. (1983). Overview: a current perspective on twin studies of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *140*(11), 1412–1425. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1413>
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R., Dickerson, F., & Dixon, L. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(1), 94–103. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp130>
- Kringlen, E. (1976). Twins-Still our best method. *Schizophrenia Bulletin*, *2*(3), 429–433. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/schbul/2.3.429>
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *PubMed*, *9*, 179–186. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. Nueva York: Springer US.
- Ledley, D., Marx, B., & Heimberg, R. (2005). *Making Cognitive-Behavioral*

- Therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Lewis, D., & Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Annual Review of Neuroscience*, 25, 409–432. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.25.112701.142754>
- Liddle, P. (2001). *Disordered Mind and Brain: The Neural Basis of Mental Symptoms*. (1st ed.). London: Gaskell.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An integrative Approach*. (1st ed.). Nueva York: Springer US.
- Morales Vigil, T., Orellana, A. F., García, R. R., & Correa, M. D. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 38(5), 371–377. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.050>
- Morrison, A., Renton, J., Williams, S., Dunn, H., Knight, A., Kreutz, M., ... Dunn, G. (2004). Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00299.x>
- Mueser, K. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual en esquizofrenia. In *Manual para el tratamiento cognitivo/conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1* (2nd ed., pp. 614–620). Madrid: Siglo XXI.
- Mueser, K., & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363(9426), 2063–2072. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16458-1)
- Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (4th ed.). México: Cengage Learning.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en: Salud mental. Book*. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.052.Supl1>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*. México. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Padesky, C., & Greenberger, D. (1995). *Clinical's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.

- Palomo, T., & Jiménez, M. (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: ENE Life Publicidad.
- Papadakis, M. A., & McPhee, S. J. (2016). *Current Medical Diagnosis & Treatment*. (55th ed.). Estados Unidos: Mc-Graw-Hill Education.
- Patterson, T., & Leeuwenkamp, O. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 200(1–3), 108–119. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.12.468>
- Peralta, V., & Cuesta, M. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 53(1), 31–40. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90093-0](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90093-0)
- Persons, J. (1989). *Cognitive therapy in practice*. New York: Norton.
- Pompilli, M., Lester, D., Dominici, G., Longo, L., Marconi, G., Forte, A., ... Girardi, P. (2013). Indications for electroconvulsive treatment in schizophrenia: a systematic review. *Schizophrenia Research*, 146(1–3), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.005>
- Portin, P., & Alanen, Y. O. (1997). A critical review of genetic studies of schizophrenia. II. Molecular genetic studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(2), 73–80. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb00377.x>
- Pretzer, J., & Beck, A. (2005). A cognitive theory of personality disorders. In *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 36–105). New York: Guilford Press.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. España: Paidós.
- Ruiz, J. S., De la Vega, D. C., & Sánchez, P. (2010). The Neurobiological Basis of Schizophrenia. *Clínica Y Salud*, 21(3), 235–254. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a3>
- Rutter, J., & Friedberg, R. (1999). Guidelines for the effective use of Socratic dialogue in cognitive therapy. *Innovations in Clinical Practice: A Sourcebook*, 17(1), 481–490.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. ., Scott, J., Siddle, R., ... Barnes,

- T. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry.*, 57(2), 165–172. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.2.165>
- Spiegler, M., & Guevremont, D. (1995). *Contemporary behavior therapy*. (3rd ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van England, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 5–13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035899>
- Thalman, B., Cacho, J., & García, R. (1996). Test del Dibujo del Reloj o Clock Drawing Text (CDT), 284–287. Retrieved from <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/test-reloj.pdf>
- Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 365–373. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.365>
- Villamil, V., Valencia, M., Medina-Mora, M. E., & Juárez, F. (2009). Validation of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexican patients with schizophrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 283–289. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009001000001>
- Weinberger, D. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry.*, 44(7), 660–669. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800190080012>
- Weinberger, D., & Berman, K. (1988). Speculation on the Meaning of Cerebral Metabolic Hypofrontality in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(2), 157–168. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/schbul/14.2.157>
- Weinberger, D., & Lipska, B. (1995). Cortical maldevelopment, anti-psychotic drugs, and schizophrenia: a search for common ground. *Schizophrenia Research*, 16(2), 87–110. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00013-C](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0920-9964(95)00013-C)
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford

University Press.

Woodward, T., Mortiz, S., Cuttler, C., & Whitman, J. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.*, 28(4), 605–617. <https://doi.org/10.1080/13803390590949511>

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

## APÉNDICE A

Carta de consentimiento informado:

Psic. Violeta Martínez Vázquez

Documento de consentimiento informado para el paciente.

Estoy de acuerdo y acepto que los datos originados de mi diagnóstico e intervención psicoterapéutica sean utilizados en el reporte de tesis intitulado "Eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual en un paciente con esquizofrenia."

El reporte de tesis contendrá:

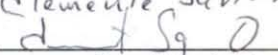
- Historia clínica.
- Instrumentos de evaluación aplicados.
- Diagnóstico médico y neuropsicológico.
- Programa de intervención.
- Actividades realizadas (fotografías y capturas de mis ejecuciones en los ejercicios).
- Grabaciones en audio.
- Resultados originados del tratamiento.

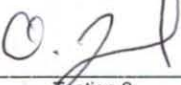
Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los datos específicos del paciente, tales como: nombre, dirección, teléfono, en caso de fotografías de familiares proporcionadas se emplearán filtros para ocultar el rostro.

Los datos previamente mencionados serán almacenados durante un año en una base de datos y posterior a dicho tiempo se eliminarán de manera permanente. El objetivo del presente trabajo es reportar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutica de corte cognitivo conductual en problemas relacionados a la salud e interacción social en pacientes con esquizofrenia. Es importante mencionar que el tratamiento no tendrá costo alguno para el paciente y se verá beneficiado, ya que tendrá manejo terapéutico adicional al tratamiento farmacológico. En caso de que el paciente sufra alguna crisis psicótica durante la implementación de dicho programa, se notificará de inmediato a su médico psiquiatra, y podrá abandonar el proceso psicoterapéutico en el momento que desee sin tener dificultades en el trato con su médico tratante o consultas en el hospital, además de ser tratado con respeto antes, durante y después del desarrollo del trabajo de investigación.

  
\_\_\_\_\_  
Firma del investigador principal  
Violeta Martínez Vázquez

  
\_\_\_\_\_  
Testigo 1

Clemente Sanchez Orozco  
  
\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

  
\_\_\_\_\_  
Testigo 2

## APÉNDICE B

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO	TAREA
1	Entrevista en base a Cognitivo Conductual	-Conocer al paciente para determinar los objetivos principales en los que se va a trabajar durante la intervención.	
2	Evaluación de síntomas de la esquizofrenia (PANSS)  Evaluación Psicológica (MINI, RELOJ, GDS)	-Establecer los síntomas predominantes en el paciente ya sean positivos o negativos.  -Ver el nivel cognitivo en el que se encuentra el paciente.	
3	Evaluaciones Psicológicas (KATZ, LAWTON-BRODY)	-Comprobar el nivel de independencia de las actividades diarias y las actividades instrumentales diarias del paciente.	
<b>INTERVENCIÓN</b>			
4	Inicio de Terapia Cognitiva  Diálogo Socrático  Descubrimiento guiado	-Instruir al paciente sobre modelo cognitivo y el proceso de la terapia (Psicoeducación).  -Averiguar las expectativas del paciente sobre qué espera de la terapia y establecer objetivo principal.  -Entender las razones por las cuales	TAREA: durante la semana el paciente valorará algunas situaciones que ocasionen su enojo y anotarlo para saber la intensidad y la frecuencia del enojo junto con los motivos.  Que el paciente analice porqué hay baja venta de sus productos y qué hará para

	Resumen final de la sesión.	<p>el paciente discute frecuentemente con su esposa y, a través de una tabla de frecuencia e intensidad evaluar el estado de enojo y el motivo que lo ocasiona.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	solucionarlo.
5	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p> <p>Tabla de frecuencia e intensidad del enojo y la discusión.</p> <p>Tabla sobre ventajas y desventajas de ser más atento con su esposa.</p>	<p>-Saber si el paciente pudo identificar la intensidad y frecuencia de los enojos y discusiones. Conocer cuáles fueron las soluciones que encontró para su negocio.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos y dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior.</p> <p>-Valorar a través de la tabla los motivos del enojo y las discusiones de la semana con base a la frecuencia e intensidad de los mismos.</p> <p>-Corroborar que el paciente esté conciente del objetivo principal de la</p>	<p>TAREA: Todos días el paciente anotará las veces que fue más atento con su esposa y qué acción hizo para serlo, cómo se sintió y qué cambios hubo en ambos después de ejecutarlo.</p>



	<p>Experimento conductual.</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>intervención.</p> <p>-Entrenar al paciente para que comprenda cómo tiene que llevarse a cabo la tarea.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	
6	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p> <p>Técnica de relajación.</p> <p>Tabla de frecuencia e intensidad del enojo y la discusión.</p>	<p>-Saber si el paciente pudo identificar logró realizar las acciones que se propuso hacer para mejorar la relación con su esposa.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos y dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior.</p> <p>-Aprender a controlar la respiración y relajar músculos cuando se encuentre en alguna situación estresante.</p> <p>-Valorar a través de la tabla los motivos del enojo y las discusiones</p>	<p>TAREA: El paciente va a colocar una palomita en el recuadro de si sí o no realizó la acción de atención con su esposa que se establecieron en la sesión y qué cambios hubo en ambos después de ejecutarlo utilizando al mismo tiempo alguna técnica de relajación en caso de ser necesario.</p>

	<p>Conceptualización de una situación estresante vivida por el paciente durante la semana.</p> <p>Formulario de puente entre sesiones (cada 3 sesiones)</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>de la semana con base a la frecuencia e intensidad de los mismos.</p> <p>-Enseñar al paciente a conceptualizar las situaciones estresantes para que pueda manejarlas de manera funcional dándoles una solución.</p> <p>-Averiguar que el paciente esté progresando durante las primeras sesiones, qué expectativas tiene hasta este momento y corroborar que quiera continuar.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	
7	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Saber si el paciente logró realizar las acciones que se propuso hacer para mejorar la relación con su esposa y si las técnicas de relajación le sirvieron.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos y dar una retroalimentación sobre el tema visto</p>	<p>TAREA: El paciente volverá va a colocar una palomita en el recuadro si sí o no realizó la acción de atención con su esposa que se establecieron en la sesión y qué cambios hubo en ambos después de ejecutarlo.</p>

	<p>Retroalimentación sobre la Terapia Cognitivo Conductual.</p> <p>Diálogo socrático.</p> <p>Tabla de frecuencia e intensidad del enojo y la discusión.</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>en la sesión anterior.</p> <p>-Recordar al paciente el objetivo de la Terapia y que tenga claro en qué consiste y para qué sirve.</p> <p>-Averiguar cuáles son los momentos específicos donde el paciente se toma el medicamento extra.</p> <p>-Valorar a través de la tabla los motivos del enojo y las discusiones de la semana con base a la frecuencia e intensidad de los mismos.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	
8	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Saber si el paciente logró realizar las acciones que se propuso hacer para mejorar la relación con su esposa.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos, dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior y resolver algunas dudas que se le presenten al paciente con respecto a la Terapia.</p>	<p>TAREA: El paciente pegará en su armario la hoja de tarea para recordarla. Anotará las veces que su esposa se enoje y le grite aunque él ya no se enoje y evaluará sus pensamientos automáticos para que pueda identificarlos de mejor manera y dar solución a situaciones disfuncionales y/o estresantes</p>

	<p>Resolver dudas sobre la Terapia.</p> <p>Tabla de frecuencia e intensidad del enojo y la discusión.</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>-Retroalimentar al paciente sobre los objetivos de la terapia y de algunos conceptos importantes para la intervención.</p> <p>-Valorar a través de la tabla los motivos del enojo y las discusiones de la semana con base a la frecuencia e intensidad de los mismos.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	<p>para el paciente.</p>
9	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Saber si el paciente logró realizar recordar la tarea haciendo lo que se propuso para acordarse y si identifica correctamente los pensamientos automáticos.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos, dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior y resolver algunas dudas que se le presenten al paciente con respecto a la Terapia. Asimismo, comprobar que el paciente ya recuerde realizar la tarea como se</p>	<p>TAREA: El paciente pegará en su armario la hoja de tarea para recordarla por la buena respuesta que hubo al realizarla. Anotará las veces que su esposa se enoje y la razón por la que lo hace para detectar que CeSO ya no reaccione enojado, finalmente, escribirá las dudas que tenga durante la semana para que no le olviden y tratarlas la siguiente</p>

	<p>Formulario de puente entre sesiones (cada 3 sesiones)</p> <p>Tabla de frecuencia e intensidad del enojo y la discusión.</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>indica.</p> <p>-Averiguar que el paciente esté progresando durante las primeras sesiones, qué expectativas tiene hasta este momento, corroborar que quiera continuar y saber si tiene alguna incomodidad o molestia.</p> <p>-Valorar a través de la tabla los motivos del enojo y las discusiones de la semana con base a la frecuencia e intensidad de los mismos.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	<p>sesión.</p>
10	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Corroborar que pegar la tarea en el armario siga funcionando para recordar la tarea, confirmar que el CeSO ya no se enoja con los gritos de su esposa y revisar las dudas que haya escrito para que no se le olvidaran.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos, dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior y resolver algunas dudas que se le presenten al paciente con respecto a la Terapia. Asimismo, comprobar que el paciente ya</p>	<p>TAREA: El paciente pegará en su armario la hoja de tarea para recordarla por la buena respuesta que hubo al realizarla. Ejemplificará situaciones que generen una emoción y las anotará de manera correspondiente (situación-emoción).</p>

	<p>Última tabla de frecuencia e intensidad del enojo y la discusión.</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Dramatización.</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>recuerde realizar la tarea como se indica.</p> <p>-Valorar a través de la tabla los motivos del enojo y las discusiones de la semana con base a la frecuencia e intensidad de los mismos. Dar cierre a la técnica de la Tabla de frecuencia e intensidades.</p> <p>-Informar al paciente sobre el nuevo objetivo de la Terapia con respecto al reconocimiento de emociones y la importancia que tiene dicho objetivo, recordar algunos conceptos de la TCC y la Esquizofrenia donde el paciente expresa dudas.</p> <p>-Mostrar al paciente a través de expresiones faciales y acciones corporales ejemplos de emociones para que el paciente pueda identificar cada uno de ellos.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	
11	Revisión de tarea.	-Corroborar que pegar la tarea en el armario siga funcionando para recordar la tarea, determinar qué tanto pudo reconocer las emociones y anotarlas junto con la situación causante de la emoción.	TAREA: debido a que el paciente no logra realizar la tarea de manera correcta al 100% se le explica de mejor manera lo que tiene que hacer y se le pide que



12	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p> <p>FACS (Factial Action Coding System)</p> <p>Dramatización</p>	<p>-Corroborar que pegar la tarea en el armario siga funcionando para recordar la tarea o si ya es prudente que deje de pegar la tarea y pueda recordarla sin verla diariamente, determinar qué tanto pudo reconocer las emociones y anotarlas junto con la explicación de la situación causante dicha emoción.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos, dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior y resolver las dudas que se le presenten al paciente con respecto a la Terapia y el reconocimiento de emociones. Asimismo, comprobar que el paciente ya recuerde realizar la tarea como se indica y saber si CeSO no tuvo problemas con el cierre del primer objetivo logrado.</p> <p>-Recordar con CeSO las seis principales emociones de las que se hablaron la sesión anterior, saber si hay alguno que aun se le dificulte y trabajarlo.</p> <p>--Mostrar al paciente a través de</p>	<p>TAREA: Debido al olvido del cuaderno se le deja el mismo ejercicio que lo haga dos veces justificando las dos semanas, se le vuelve a explicar la tarea y comprende lo que tiene que hacer.</p>



	<p>Formulario de puente entre sesiones (cada 3 sesiones)</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>expresiones faciales y acciones corporales ejemplos de emociones para que el paciente pueda identificar cada uno de ellos y después el paciente va a actuar cada una de las seis emociones.</p> <p>-Averiguar que el paciente esté progresando, qué expectativas tiene hasta este momento, corroborar que quiera continuar y saber si tiene alguna incomodidad o molestia.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	
13	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Corroborar que haya hecho la tarea correctamente y que haya repuesto la que tenía pendiente, determinar qué tanto pudo reconocer las emociones y anotarlas junto con la explicación de la situación causante dicha emoción.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos, dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior y resolver las dudas que se le presenten al paciente con respecto a la Terapia y el reconocimiento de emociones.</p>	<p>TAREA: CeSO leerá algo que le llame la atención como una noticia en el periódico y utilizará la técnica de biblioterapia contestando unas preguntas en su cuaderno aplicando todo lo aprendido con el fin de comprobar el avance del paciente durante toda la intervención.</p>

	<p>FACS (Factional Action Coding System)</p> <p>Role playing</p> <p>Experimento conductual</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>-Dar un repaso de las seis principales emociones de las que se hablaron la sesión anterior, saber si hay alguno que aun se le dificulte y trabajarlo.</p> <p>-Llevar a cabo un ejercicio actuando un papel donde expongo a través de mis expresiones faciales una emoción para que CeSO determine cuál es la emoción que estoy representando.</p> <p>-Caminar por el hospital y observar los rostros y expresión corporal de las personas para que CeSO identifique cómo podría estarse sintiendo la persona.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	
14	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Corroborar que haya hecho la tarea correctamente y se haya puesto al corriente de las pasadas que olvidó y en caso necesario trabajar en ella.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos, dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior y resolver las dudas que se le presenten al paciente con respecto a la Terapia, el</p>	<p>TAREA: No se le deja tarea al paciente debido a la situación que surgió de su estado de ánimo, sin embargo, se le pide que piense y anote todo lo que lo hace sentir triste para poder trabajarlo en la siguiente sesión.</p>

	<p>FACS (Facial Action Coding System)</p> <p>Experimento conductual</p> <p>Cuestionario.</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>reconocimiento de emociones y las tareas.</p> <p>-Dar un último repaso de las seis principales emociones de las que se hablaron la sesión anterior, saber si hay alguno que aun se le dificulte y trabajarlo.</p> <p>-Caminar por el hospital, observar los rostros y expresión corporal de las personas para que CeSO identifique cómo podría estarse sintiendo la persona.</p> <p>-Resolver las preguntas sobre un microanálisis de los síntomas de ambos objetivos y preguntas motivacionales para determinar si el paciente ha tenido cambios significativos y realmente se ha sentido mejor.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión y proporcionar la tarea de la semana.</p>	
15	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Corroborar que haya hecho la tarea correctamente.</p> <p>-Conocer la rutina semanal del paciente para ver los cambios ocurridos, dar una retroalimentación sobre el tema visto en la sesión anterior y resolver las dudas que se</p>	<p>TAREA: Poner en práctica todo lo que se ha trabajado en case de que se presenten situaciones estresantes durante la semana.</p>

	<p>Diálogo socrático.</p> <p>Biblioterapia.</p> <p>Cuestionario.</p> <p>Resumen final de la sesión.</p>	<p>le presenten al paciente con respecto a la Terapia.</p> <p>-Averiguar cuáles son las situaciones estresantes que ponen lábil al paciente para darle retroalimentación y contención en caso de ser necesario.</p> <p>- Practicar lo aprendido durante la intervención para que CeSO lo ponga en práctica en cada situación que se le presente y le cause estrés o alguna emoción o pensamiento negativo.</p> <p>-Terminar de resolver las preguntas sobre un microanálisis de los síntomas de ambos objetivos y preguntas motivacionales para determinar si el paciente ha tenido cambios significativos y realmente se ha sentido mejor.</p> <p>-Saber si el paciente comprendió el objetivo de la sesión, proporcionar la tarea de la semana e iniciar el cierre de la Terapia Cognitiva Conductual.</p>	
16	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Retroalimentación de la sesión pasada.</p>	<p>-Corroborar que haya hecho la tarea correctamente y comprobar el avance de las sesiones.</p> <p>-Dar una retroalimentación sobre el</p>	

		tema visto en la sesión anterior y resolver las dudas que se le presenten al paciente con respecto a la Terapia para comenzar a dar cierre.	
	Evaluaciones finales.	-Evaluar al paciente a través de las pruebas para comparar las diferencias con las evaluaciones pre.	

### OBSERVACIONES

SESIÓN	
1	El paciente CeSO llega puntual a la cita programada en adecuadas condiciones de higiene y aliño, su edad aparente coincide con la cronológica, niega alteraciones en la sensopercepción por lo que se puede llevar a cabo la entrevista, no refiere ideas delirantes, se encuentra orientado en persona, espacio, tiempo y circunstancia, se muestra cooperador para llevar a cabo la entrevista, responde a todas las preguntas, su discurso es coherente-congruente, su juicio impresiona estar dentro del marco de la realidad, no refiere ideas ni pensamientos suicidas. Se le explica el objetivo de la intervención, se lee el consentimiento informado para que lo firme a lo que accede sin ningún problema, se le dio una copia al paciente del consentimiento.
2	CeSO asiste a la segunda sesión llegando de manera puntual y cooperador, se encuentra orientado en las cuatro esferas, no refiere ideas delirantes ni alteraciones en la sensopercepción, la segunda parte de la entrevista se lleva a cabo sin problemas. Se realiza la primera parte de evaluaciones. El paciente se muestra atento y su discurso es coherente-congruente, en ocasiones pausaba si discurso durante cinco segundos para después continuar. Se cierra la sesión y CeSO se encuentra tranquilo y contento.
3	CeSO muestra las mismas características de las sesiones anteriores, sin mostrar algún problema para continuar con la sesión, se termina la aplicación de evaluaciones y se comienza a determinar el objetivo de la intervención de acuerdo a las necesidades del paciente. Se encuentra un dato curioso donde el paciente menciona que le gusta estar en el hospital a pesar de ser un paciente estable donde su último internamiento fue en 1993, se indaga el motivo pero solo responde que la estancia es tranquila pero le gusta estar con su familia en casa. El paciente menciona que en su casa lo apoyan para venir a sus sesiones.

4

CeSO llega puntual al consultorio en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se muestra cooperador y no muestra alteraciones en la percepción ni ideas delirantes razón por la cual la sesión se lleva a cabo sin problemas. Se comienza con la descripción del modelo cognitivo dándole explicación sobre los conceptos principales e importantes del mismo, se le pide que de algunos ejemplos para saber si comprendió dándolos correctamente. CeSO comienza a agregar una parte de su vida que durante la entrevista no comentó explicando que ahora se siente más confiado para platicar más cosas que dice nunca haber contado a nadie, menciona sentirse nervioso por lo mismo pero continua; al terminar continuamos con el objetivo de la sesión y se determinó que el principal motivo de los enojos son las discusiones con su esposa, provocando que en algunas ocasiones el paciente tome el medicamento fuera de su horario justificando sentirse mejor por el enojo, con esa información se pudo conceptualizar el caso:

T: Entonces usted cada que discute con su esposa se enoja mucho y eso provoca que tenga la necesidad de tomarse el medicamento fuera del horario, ¿es correcto?

P: Si así es.

T: ¿Por qué cree usted que discute mucho con ella?

P: No sé, siempre me grita mucho a veces es muy celosa o tal vez porque yo ya no le muestro afecto no lo sé.

T: y ¿Qué pasaría si usted fuera un poco más atento con ella?

P: No sé, a lo mejor ya no me gritaría tanto.

T: y si ella ya no le grita tanto ¿Qué pasa con usted?

P: creo que ya no me enojaría tanto.

T: y si ya no se enoja tanto ¿qué dejaría de hacer usted que no es conveniente seguir haciendo?

P: me dejaría de tomar el medicamento cuando no es mi hora de tomarlo.

T: Exacto, entonces ¿qué tiene que hacer?

P: Voy a intentar ser más atento con ella para que no grite mucho y no me enoje para no tomar medicamento.

T: ¿Puede intentarlo esta semana?

P: Si.

T: Cada semana haremos una tabla de frecuencia e intensidad para conocer qué tanto es su enojo y la intensidad de las discusiones con su esposa ¿está bien?

P: Si me parece buena idea.

Al final CeSO agrega sentir un poco de preocupación porque su negocio no ha tenido buenas ventas desde hace ya algunos meses, se le pregunta qué puede hacer para mejorarlo y menciona que lo va a pensar para contarlo la siguiente sesión. Se le explica la tarea y se le despide.

5	<p>El paciente acude a la siguiente sesión en buenas condiciones de higiene y aliño, se muestra contento y cooperador, menciona que no quiere dejar la terapia porque se ha sentido más tranquilo desde las actividades que hemos realizado, se le pregunta qué hizo para mejorar su negocio a lo que responde que realizó un par de promociones teniendo una respuesta positiva, menciona que se siente más tranquilo porque si hubo un poco de mayor venta. Se realiza la tabla de frecuencia e intensidad y hubo un enojo en la semana con una intensidad de 10, CeSO pudo resolverlo reaccionando de manera tranquila y la respuesta fue positiva, por lo tanto, no fue necesario tomarse el medicamento. Se da seguimiento a los enojos y discusiones con su esposa dejándole de tarea. Noto que muestra dificultad para entender la tarea y utilicé la técnica de experimento conductual para que comprendiera la tarea, le costó un poco trabajo, pero al final logró realizarla, se le deja la tarea para que la realice los siete días de la semana hasta la siguiente sesión.</p>
6	<p>CeSO acude al consultorio de psicología treinta minutos después de la hora citada en adecuadas condiciones de higiene y aliño, llega agitado y cansado mencionando que llegó tarde debido a que se equivocó de camión que lo dirige al Hospital, se le ofrece un poco de agua porque comenzó a toser y con eso se tranquilizó un poco, se encuentra orientado en las cuatro esferas sin delirios ni alucinaciones por lo que se lleva a cabo la sesión sin problemas. El paciente no realiza la tarea porque tuvo un poco de dificultad para ejecutarla, se le explica el objetivo que tenía y se vuelve a dejar la tarea de manera más simple, se establece en la sesión lo que tiene que hacer para que solo tenga que poner una marca si sí hizo o no la acción de atención que tendrá con su esposa para facilidad del paciente. Le enseño al paciente técnicas de relajación para que los use cuando se sienta en una situación estresante y menciona que se sintió bien con las técnicas, se relajó un poco más después de sentir agitación por llegar tarde. Se realizó la tabla de frecuencias e intensidad comprobando mejora, se le cuestiona al paciente qué hubiera hecho si no tomara la terapia y sufría esos momentos de estrés a lo que respondió que hubiera reaccionado más agresivo, enojado y tal vez hubiera recurrido a la toma del medicamento, sin embargo, al recordar las sesiones logra controlarse y tomar la situación de diferente manera. Al realizarse el formulario puente entre sesiones el paciente refiere que ha sentido cambios en él mismo en su vida, incluyendo a su esposa y sus hijos.</p> <p>T: Cuando te equivocaste de camión ¿qué pensaste y cómo te sentiste?</p> <p>P: Me sentí enojado, estresado y preocupado porque no sabía si todavía me daría la terapia a pesar de haber llegado tarde y no tenía cómo comunicarme con usted.</p> <p>T: Ok y ¿qué hiciste ante esa situación de desesperación, ¿qué hiciste para solucionarlo?</p> <p>P: Pensé en que no fue culpa de nadie que me equivocara porque yo no me di cuenta del letrero del camión y también que si usted ya no me recibía no importaba ya la vería después, aunque si me preocupaba que no me viera hoy, pensé en que solo debo cambiarme de transporte y apurarme para llegar, cuando llegue aquí ya me sentí tranquilo.</p> <p>T: Muy bien ya comprobó una vez más que hay cosas que no podemos controlar y solo es cuestión de hacer lo que si podemos solucionar ¿Qué hubiera pasado si no tomara la terapia y se equivoca de camión?</p>

	<p>P: Me hubiera enojado y hasta le hubiera reclamado al chofer, no hubiera venido y me hubiera tomado el medicamento.</p> <p>CeSO sabe la importancia que tiene la Terapia y está notando los cambios que ha tenido durante las sesiones, refiere sentir confianza al terapeuta, menciona haber reducido bastante su nivel en cuanto a sus enojos, piensa más las cosas cuando hay una situación estresante y al momento de pensar en tomar el medicamento dice recordar las sesiones evitando así que la consuma, se relaja, hace otras cosas y con eso se le pasa.</p>
7	<p>El paciente llega puntual al consultorio de psicología en buenas condiciones de higiene y aliño, se encuentra orientado en las cuatro esferas, no muestra ni refiere alteraciones en la sensopercepción ni ideas delirantes por lo que se puede llevar a cabo la sesión sin problemas. Se comienza con la retroalimentación de la sesión anterior y un recuento sobre la Terapia Cognitivo Conductual para saber si el paciente sigue teniendo claro los objetivos y se indaga sobre los momentos en los que el paciente se toma el medicamento extra, CeSO refiere que únicamente cuando discute fuerte con su esposa. Se realiza la tabla de frecuencia e intensidad correspondiente a la semana y no se encuentra situaciones estresantes, sin embargo, comenta dos momentos en los que, si hubo un disgusto, pero no le ocasiona estrés o algún sentimiento negativo que no pudiera controlar. le ha funcionado el proceso de intervención.</p> <p>T: ¿Cómo se ha sentido desde que iniciamos la intervención hasta ahora, realmente ha sentido cambios?</p> <p>P: Si me ha ayudado mucho venir, si he sentido cambios.</p> <p>T: ¿Qué cambios ha sentido?</p> <p>P: Varios porque siento que ya me comunico mejor con mi esposa, hago cosas en mi casa que antes no hacía como ayudarles más a los deberes de la casa, ahorita ya pienso más las cosas cuando pasan y antes las pensaba pero me enojaba mucho y ahorita ya no me enojo tanto o si me enojo trato de hacer algo y ya se me pasa.</p> <p>T: En cuanto al medicamento que se tomaba extra ¿ha habido algún cambio?</p> <p>P: Ya no me lo he tomado fuera de mi horario desde hace como dos meses.</p> <p>T: Las tareas que se le dejan ¿cree que son útiles o que le sirven de algo?</p> <p>P: Si mucho, me ayudan a acordarme cómo debo actuar y que tengo qué pensar cómo solucionar los problemas cuando se me presentan.</p> <p>T: Muy bien, vamos avanzando bien y como ya se dio cuenta desde el inicio le mencioné que es un tratamiento adicional a su tratamiento farmacológico que le ayuda a mejorar.</p> <p>P: Si, me ha ayudado mucho.</p> <p>Se comprueba que el paciente ha tenido mejora desde el inicio hasta ahora, refiere que le gusta venir porque si siente que le esté ayudando, se da cierre y se deja la siguiente tarea.</p>



8	<p>CeSO acude de manera puntual y en buenas condiciones de higiene y aliño, menciona sentirse bien y contento, no muestra alteraciones en la sensopercepción ni ideas delirantes, comenzamos la sesión con la revisión de las dos tareas pendientes, pero dice no haber traído el cuaderno porque se le olvidó pero que, si la hizo, tratamos la parte del olvido del cuaderno y tareas debido a las tres veces seguidas de olvido.</p> <p>T: Ya van tres ocasiones que olvida el cuaderno, la forma en cómo hemos llevado el manejo de tareas no está funcionando para que usted recuerde traerlas, ahora usted me va a decir ¿qué hará para que ya no se le olvide, ¿qué puede hacer para traer el cuaderno?</p> <p>P: No sé qué hacer, a veces se me olvida la tarea del día, pero otros días si la hago y el cuaderno se me olvida, aunque lo pongo sobre la mesa.</p> <p>T: Bueno ya vimos que esa técnica no funciona, así que dígame usted cómo puede llevar a cabo otra forma para poder recordar las tareas a diario y el cuaderno, ya hemos trabajado que siempre debemos pensar, hacer y cómo hacer. Si dejar el cuaderno en la mesa no funciona, ¿qué podría hacer para cambiar esa situación?</p> <p>P: No sé tal vez cambiarlo de lugar y ponerlo en otro donde si pueda ser más fácil verlo por la mañana.</p> <p>T: Muy bien esa es una opción, buscar otro lugar de su casa donde sea más fácil que usted vea el cuaderno, ahora, en cuanto a las tareas a diario se le olvida porque no agarra el cuaderno a diario, ¿cierto?</p> <p>P: Si la verdad si, solo lo tomo cuando me acuerdo que tengo que anotar la tarea.</p> <p>T: Dígame usted ¿qué hará para que pueda acordarse de las tareas, así como pudo buscar otra forma de acordarse del cuaderno qué puede hacer para acordarse de las tareas.</p> <p>(Después de un rato de las preguntas al paciente le cuesta trabajo llegar a una solución, sin embargo, logra hacerlo)</p> <p>P: Voy a anotar las tareas y las voy a pegar en el armario que lo abro todos los días para que así me pueda acordar.</p> <p>T: Muy bien usted ya logró solucionar dos problemas.</p> <p>Se da una retro sobre las emociones ya que CeSO tiene dificultades para diferenciarlos a través de expresiones faciales, se le pide que en una hoja dibuje caras expresando algunas emociones, con dificultad y un poco de ayuda comienza a diferenciarlos, sin embargo, se seguirán repasando en las siguientes sesiones, asimismo recordamos lo que son los pensamientos automáticos y cómo identificarlos y puede hacerlo de manera rápida e incluso dándole una modificación positiva a dicho pensamiento. Se realiza la Tabla de frecuencias e intensidad, cierre de sesión y tarea semanal. Cabe mencionar que el paciente vuelve a comentar que se ha sentido muy bien desde que inicio la intervención, ha visto cambios y en algunos momentos de estrés ahora lo toma muy tranquilo a diferencia si no viniera a la terapia, tal vez reaccionaría agresivo.</p>
9	<p>CeSO llega a terapia puntual y en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se muestra como siempre cooperador, orientado en las cuatro esferas y se inicia la sesión de forma tranquila. Comienzo preguntando cómo se siente aclarando que no me tiene que responder con un bien o un mal sino a través de alguna emoción a lo que responde que amaneció contento porque iba a venir a la terapia, se revisa la tarea y doy una felicitación por recordarla al</p>

	<p>pegarla en el armario para no olvidarla, la realiza correctamente sabiendo explicar algunos momentos donde detectó algún pensamiento automático, de igual manera realizamos la Tabla de frecuencia e intensidad al contarme dos ocasiones donde su esposa grita y se enoja, sin embargo, CeSO no reacciona de forma enojada, menciona que solo respira y piensa que no tiene que enojarse para posteriormente salir a barrer el patio lo que lo tranquiliza. Damos un repaso para reconocer sus emociones poniendo algunos ejemplos con los dibujos realizados la sesión pasada comprobando que aún le cuesta trabajo reconocerlos y hablamos sobre la importancia de saber diferenciar, él está de acuerdo y refiere que hará el esfuerzo por hacerlo.</p>
10	<p>El paciente acude al consultorio de Psicología en adecuadas condiciones de higiene y aliño, llega de manera puntual y se encuentra orientado en las cuatro esferas, aunque esta vez le costó unos segundos recordar el número del día de hoy. Comenzamos con la revisión de tarea y nuevamente cumple con hacerla sin problemas, el hecho de colocar la tarea en un espacio donde CeSO lo vea todos los días ha funcionado para recordarla. Anota las dudas que le surgieron en la semana para tratarlas en la sesión, sus dudas fueron con respecto a la enfermedad de Esquizofrenia, se le otorga la información correspondiente y refiere que en efecto tenía idea sobre el tema, pero ahora le ha quedado más claro. Le damos cierre al primer objetivo donde valorábamos la frecuencia e intensidad de los enojos por el buen manejo que CeSO le da a su enojo, responde de manera adecuada al decirle que ese punto ya no lo trataremos a fondo y se le explica que puede llevar a cabo los mismos ejercicios por él mismo cuando se presente una situación estresante y está de acuerdo, refiere que ha logrado dejar de tomar el medicamento extra que no tiene que tomarse y solo lo hace en sus horas correspondientes. Se da una retroalimentación sobre el reconocimiento de emociones y a través de una técnica de dramatización, representamos de manera corporal y expresión facial algunas emociones que le han costado trabajo identificar. Se explica que la siguiente sesión nos enfocaremos a dicho objetivo utilizando otras técnicas. Se da cierre a la sesión y se deja la tarea.</p>
11	<p>CeSO llega una hora antes a la sesión mencionando que se le olvidó que esta vez sería una hora más tarde, llega en buenas condiciones de higiene y aliño, se encuentra orientado en las cuatro esferas por lo que la sesión se comienza satisfactoriamente como ha sido toda la Terapia. Comenzamos con la revisión de tarea y noto que hubo dificultad al realizarla, trabajamos en cómo tenía que hacerla y se le deja nuevamente pero más explícita, se le pide que el explique la tarea y el objetivo que tiene realizarla y lo hace correctamente. Se indaga un poco si hubo algún problema con el cierre del objetivo anterior y no refiere tener problema alguno. CeSO cuenta que se siente un poco triste porque perdió \$2000 asegura que alguien se los robo pero no se tiene pruebas de lo mencionado, la investigación se resuelve aproximadamente en quince días, mientras que se le da a entender que no debe asegurar las cosas antes de saberlas.</p> <p>T: ¿Está usted seguro que alguien le robó su dinero?  P: Si</p> <p>T: ¿Cómo sabe que alguien fue quien le robó y no fue tal vez un error del banco que no le depositó su aguinaldo?  P: No sé creo que alguien me lo sacó.</p>

	<p>T: Antes de que se desapareciera el dinero ¿Usted está seguro que ese dinero se encontraba en su tarjeta?</p> <p>P: No creo que no me lo depositaron.</p> <p>T: Entonces ¿porqué asegura que alguien se lo robo?</p> <p>P: No se creo que pudo ser otra situación y que nadie me lo robó, pero mejor espero la respuesta a ver si puedo recuperar mi dinero porque me dijeron que si no se detecta que alguien lo haya robado soy yo quien tengo que pagar por tiempo de investigación y el banco dice que no hay mucha esperanza.</p> <p>T: Entonces ¿es posible que el error haya sido suyo? Al asegurar que alguien se lo robo antes de averiguar qué pudo haber sucedido.</p> <p>P: Si creo que primero debí investigar qué pasó, pero ya ni modo ahora solo tengo que esperar.</p> <p>T: Y ¿Cómo se sintió, que pensó y qué hizo al respecto?</p> <p>P: Me sentí enojado al inicio, pero después de hablar con el banco ya me sentí más que enojado y triste, pero pensé que ya solo tengo que esperar, y yo hice lo que creí correcto que era buscar saber qué pasó y si alguien me lo había robado que me lo devolvieran, pero sé que no puedo hacer más por ahora y ya me siento tranquilo por esa parte ya solo esperaré y si fue mi error ni modo tengo que pagar, pero ya aprendí.</p> <p>CeSO ya ha logrado detectar sus pensamientos y emociones en los momentos estresantes y cómo sobrellevarlos por ese lado se le felicita por saber qué hacer y por aprender que cuando no puede hacer más no tiene que estresarse. Se finaliza el tema y se comienza con la retroalimentación de las emociones en su cuaderno anota qué son, se le pregunta cómo identificarlas en él y en otras personas, acertadamente contesta que a través de la expresión del rostro. Se trabaja con FACS y logra reconocer con menor tiempo que antes las expresiones de los rostros, hacemos unos ejercicios donde tiene que reconocer la emoción de alguna situación señalando la imagen correspondiente, le toma unos segundos mostrar la correcta, pero lo hace, tuvo un par de errores que se seguirán trabajando. Se da cierre de la sesión y se deja la tarea.</p>
12	<p>CeSO llega en condiciones adecuadas de higiene y aliño puntualmente, se encuentra orientado en las cuatro esferas, se le olvida el cuaderno porque menciona que salió con prisa pero que, si hizo la tarea, sin embargo, cuando se le pregunta qué fue lo que hizo dice no recordarlo. Damos repaso de la sesión pasada y recuerda que fue sobre el reconocimiento de emociones, se le muestra el FACS nuevamente y logra reconocer más rápido la emoción de la imagen, comenzamos. Utilizo la técnica de dramatización donde yo cuento una historia y CeSO debe representar la emoción a través de su rostro, se logra la actividad, pero con un poco de fallas que se tratan en ese momento y dando resultados positivos. El paciente menciona que se ha sentido muy bien desde que comenzó la terapia, cuenta que su memoria ha mejorado un 40% por los ejercicios que hace en casa y con ayuda de la terapia, su médico tratante le ha dicho que efectivamente ha mejorado su memoria, las tareas las toma como ejercicios para recordar lo que se vio durante la sesión y que no se le olvide, le ayudan mucho. CeSO ha tenido una mejoría considerable a diferencia del inicio de la Terapia. Agradece por las sugerencias que le hice al inicio sobre su negocio para que</p>

	<p>mejorara porque refiere que le ayudaron demasiado para tener más clientes y tener más ideas para mejorarlo. Se le deja de nuevo la tarea anterior pero duplicada para reponer la de la sesión anterior.</p>
13	<p>CeSO llega al consultorio de psicología puntualmente y en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se encuentra orientado en las cuatro esferas, llega comentando que se siente contento. Una vez más se le olvida el cuaderno mencionando que no lo dejó donde siempre y dice haber hecho la tarea, sin embargo, cuando se le pregunta qué fue lo que hizo no recordó al 100%, quedamos en que no olvidaría el cuaderno la siguiente sesión, de lo contrario pondríamos un castigo a lo que el paciente accede sin ningún problema. Se da una retroalimentación de la sesión pasada mencionando lo que hicimos y CeSO logra recordar un 60%. Una vez terminada la retro de nuevo damos un repaso con FACS para saber si logra la identificación de rostro con más facilidad y, posteriormente, se realiza un experimento conductual, CeSO y yo vamos a caminar por el hospital, vamos mirando a las personas que pasen y el paciente debe intentar reconocer qué emoción podría estar teniendo la persona con respecto a su expresión facial y corporal, fue un poco complicado y con algunos errores pero se volverá a realizar la actividad la siguiente sesión. Se da cierre de sesión y se le deja la tarea correspondiente.</p>
14	<p>El paciente acude puntualmente al consultorio de psicología, en buenas condiciones de higiene y aliño, orientado en las cuatro esferas y se comienza la sesión. Menciona no haber traído el cuaderno pero acude con la tarea en hoja suelta, aún se le dificulta un poco realizarla de manera correcta pero tiene la idea de la consistencia y el objetivo de la tarea, se realiza de nuevo el experimento conductual sobre las emociones dando un recorrido por el hospital, hablamos sobre el pronto cierre de la Terapia por los objetivos cumplidos y refiere que se ha sentido muy bien con ella, que incluso ha llegado a sentirse como más joven porque volvió a realizar cosas con ánimo y porque podía ya controlar en ocasiones sus enojos. Se pasa al siguiente tema de los cuestionarios para contestar, sin embargo, cuando se le pregunta cómo se siente, comienza a ponerse lábil permitiéndole hablar y desahogándose menciona que se sintió triste cuando se le preguntó cómo se siente, ya que le hizo recordar muchas cosas, habla de su pasado llora un poco y se le da contención, al llegar al final de la sesión se le pide que la próxima semana cuente todo lo que lo hace sentir triste para trabajarlo brevemente. A través del descubrimiento guiado se logra tranquilizar dándose cuenta que está mejor que muchos pacientes con la misma enfermedad.</p> <p>P: A veces me siento mal por mi enfermedad.</p> <p>T: Es normal y no tiene nada de malo que en ocasiones se sienta mal, sin embargo, usted es un paciente estable, independiente y responsable en cuanto a su tratamiento, pero sobre todo tiene el apoyo de su familia, aquí muchos pacientes no pueden estar siquiera solos, están deteriorados.</p> <p>P: Entonces ¿es por eso que estoy bien y no me interno?</p> <p>T: Exacto, y usted ya lo vivió una vez, se internó por no tomarse el medicamento, pero desde entonces ya no ha pasado y muchos de los pacientes regresan porque no se lo toman y no tienen una intervención psicológica como la que usted está tomando aquí, es el único en todo el hospital.</p> <p>P: Si, y me siento muy bien por eso me ha ayudado mucho y veo que estoy mejor incluso que muchos pacientes.</p>

	Se da cierre a la sesión y el paciente se va tranquilo y contento.
15	El paciente CeSO acude al consultorio de psicología en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se encuentra orientado en las cuatro esferas y comienza la sesión. Se dio una retroalimentación sobre las actividades de la sesión anterior y se le pide que hable todo lo que desee que lo tenga intranquilo o triste, así mismo CeSO comienza a contar que hablar de su pasado lo hace sentir un poco triste, que le gusta platicarlo pero con nadie ha podido hacerlo, se pone un poco cabizbajo, al final se le da contención y se le regresa al presente, dándole a entender que ahora el está muy bien a diferencia de otras personas con esquizofrenia, el paciente se siente más tranquilo y ríe. Se da cierre a la sesión y se deja la tarea.
16	<p>CeSO llega puntualmente al consultorio de psicología contento por los cambios surgidos debido a la intervención, se encuentra en adecuadas condiciones de higiene y aliño, orientado en las cuatro esferas, se procede al cierre de la intervención y se realizan las pruebas post. El paciente se siente listo para continuar por sí solo todo lo que se trabajó:</p> <p>T: ¿Cree que hubo algún cambio desde que iniciamos la intervención a ahora?</p> <p>P: Si, si siento un gran cambio, si me siento mejor.</p> <p>T: ¿Qué cambios tuvo?</p> <p>P: Ya pienso mucho las cosas antes de hacerlas y también ya no me enoja tanto por cosas prefiero ocuparme en otra cosa cuando siento que podría enojarme.</p> <p>T: Muy bien, y ¿cómo cree que se sentiría si no hubiera tomado la terapia?</p> <p>P: Tal vez me seguiría enojando mucho.</p> <p>T: Y con respecto a las emociones ¿qué cambios tuvo?</p> <p>P: Las reconozco más que antes, aunque todavía me confundo un poco, y aparte cuando veo a una persona puedo pensar que si está enojada por su expresión en el rostro y mejor me alejo para no tener algún problema. También mejoré mucho esa parte. Gracias.</p> <p>Se da un cierre final y CeSO está satisfecho con el trabajo, se le agradece la cooperación y participación.</p>