



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

***EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-
CONDUCTUAL PARA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE***

TESIS

Que para optar por el grado de:
Maestra en Psicología

PRESENTA:

MICHELINNE ALEJANDRA AVILÉS GÓMEZ

TUTOR:

Dr. Samuel Jurado Cárdenas
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ:

Dr. Juan José Sánchez Sosa
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

Mtra. Janet G. Jiménez Genchi
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

Dr. Edgar Landa Ramírez
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

Mtro. Said E. Jiménez Pacheco
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, D. F., MAYO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Doy gracias a Dios y a la vida por haberme permitido tener esta experiencia única y enriquecedora, ya que con ella me permiten ir recolectando aprendizajes que conservo con mucho amor.

A mis padres María Gómez y Alejandro Avilés por haberme apoyado en todo momento con comprensión y amor, ya que siempre estuvieron para mí en los momentos de crisis, difíciles pero también en los logros y momentos de éxito, de alguna manera ustedes impulsaron este logro que les agradezco con mucho cariño.

A Juan Manuel por permitirte compartir esta experiencia juntos de principio a fin, por siempre confiar en mí y nunca soltarme, sin duda fuiste un pilar importante en esta etapa de mi vida y lo que aún nos falta. Te amo.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por brindarme su apoyo incondicional, comprensión, y por ser una guía primordial para la culminación de este trabajo, gracias por hacer de las supervisiones amenas y enriquecedoras, mi estima hacia usted será por siempre.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa y al Dr. Edgar Landa por compartirme en todo momento sus conocimientos y retroalimentación, fueron sin duda una gran guía para este trabajo, su motivación constante y supervisión hicieron que creyera en mí para ir hacia adelante en todo momento.

A la Mtra. Janet Jiménez Genchi por confiar desde un principio en mí y darme la oportunidad de poner en práctica todos mis conocimientos clínicos, de investigación y docencia, también de ir más allá y buscar en lo desconocido, de querer ser mejor cada día y prepararme para lograrlo. También agradezco a todo el equipo de trabajo del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" del servicio de urgencias Dra. Juana Ramírez y Dr. Francisco Luna, a Unidad de Cuidados Especiales Dr. Lourdes Guadarrama, Dr. Javier Mendoza, Dra. Alma Gutiérrez y Dra. Micaela Montiel, y al servicio de consulta externa a la Lic. Psic. Alma García, a todos ustedes por confiar en mí, en mi trabajo, y hacer un buen equipo para la atención de salud mental, a todos mis compañeros residentes de psiquiatría el cariño y el aprendizaje es mutuo, queda para toda la vida.

A mis amigos y compañeros de aprendizaje y pesares los Maestros Saíd Jiménez y José Rangel gracias por todos esos momentos grandiosos que me brindaron durante mi estancia en el hospital y afuera también, nunca voy a olvidar las experiencias vividas juntos, los quiero.

Agradezco también a todas esas personas que sí bien no influyeron directamente en el trabajo, estuvieron presentes durante esta etapa, que me apoyaron y me motivaron para seguir adelante cuando pensaba en rendirme, gracias a toda la familia "mijares" que nunca me dejaron aún en los momentos difíciles, Gerald como te lo mencioné agradecimientos especiales para tí, por demostrarme que la verdadera amistad perdura a pesar del tiempo y los obstáculos son solo aprendizajes que hay que pasar, somos únicos y tan iguales a la vez, espero éste trabajo sea de inspiración para que logres concluir tu maestría con éxito como los grandes!, a las chicas de danza y a todos mis familiares y amigos que me estiman yo también los adoro con todo mi corazón. Gracias Medicina Conductual Generación 2013-2015 este es solo el comienzo del camino.

Y por último pero no menos importante a todas aquellas personas que esperan, que sufren en silencio, que gritan sin sonido, que esperan en su corazón una mirada de comprensión y bondad porque desean volver a creer, a confiar y a amar sin ser lastimados. A todos ustedes que me inspiraron a conocerlos a ver a través de su esencia natural, a conocer su mundo, ustedes son mi principal motivación para seguir en este camino. En su representación agradezco a dos personitas especiales a TEPA y CBOA porque sin ustedes este escrito no pudiera haberse realizado, ustedes son dueñas de este trabajo, mil gracias!!!!

Me lo contaron y lo olvidé,

Lo ví y lo entendí,

Lo hice y lo aprendí.

-Confucio

ÍNDICE

Resumen	i
Abstract	ii
Capítulo 1. Transición Epidemiológica	1
Capítulo 2. Esquizofrenia	11
2.1 Epidemiología.....	15
2.2 Causas de la esquizofrenia.....	19
2.3 Consecuencias de la esquizofrenia	24
Capítulo 3. Tratamientos de la Esquizofrenia	28
3.1 Farmacológico.....	28
3.2 Otros tratamientos.....	29
3.3 Terapia Cognitivo-Conductual para la esquizofrenia	31
Método	48
Participantes.....	48
Participante 1	50
Participante 2	54
Diseño del estudio.....	58
Medición.....	58

Procedimiento	60
Resultados	70
Caso 1	70
Caso 2	91
Discusión y Conclusión	113
Limitaciones y Sugerencias.....	122
Referencias	125
Anexos	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos generales de la participante 1.....	50
Tabla 2 Datos generales de la participante 2.....	54
Tabla 3 Sesiones psicoeducativas para familiares.....	63
Tabla 4 Sesión psicoeducativa para pacientes	64
Tabla 5 Sesiones de Mindfulness	68
Tabla 6 Resultados Calidad de Vida paciente 1	76
Tabla 7 Resultados Calidad de Vida paciente 2	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Puntaje total PANSS del Pre y Post tratamiento paciente uno	71
Figura 2 Puntaje total Sub-escalas PANSS del Pre y Post tratamiento paciente 1	71
Figura 3. Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Positivos (PANSS) paciente 1	72
Figura 4. Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Negativos (PANSS) paciente 1	73
Figura 5. Puntuación a lo largo del tratamiento Psicopatología General (PANSS) paciente 1	75
Figura 6. Percepción general de la Calidad de Vida (InCaViSa) paciente 1	77
Figura 7. Promedio de Frecuencia al mes de Alucinaciones paciente 1	78
Figura 8. Promedio de Duración en minutos al mes de Alucinaciones paciente 1	79
Figura 9. Promedio de Intensidad al mes de Alucinaciones paciente 1	80
Figura 10. Porcentaje para qué escucha Paciente 1	81
Figura 11. Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 1	81

Figura 12. Porcentaje qué es lo que ha visto Paciente 1	82
Figura 13. Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 1	82
Figura 14. Porcentaje de qué es lo que siente Paciente 1	83
Figura 15. Porcentaje se presenta cuando estoy Paciente 1	83
Figura 16. Promedio de Frecuencia al mes de Delirios Paciente 1	84
Figura 17. Promedio de Duración al mes de Delirios Paciente 1	85
Figura 18. Promedio de Intensidad al mes de Delirios Paciente 1 ...	86
Figura 19. Porcentaje para sucede cada vez qué usted en delirios de persecución Paciente 1.....	86
Figura 20. Porcentaje para sucede cada vez que usted en delirios de referencia Paciente 1	87
Figura 21. Puntaje total PANSS del Pre y Post tratamiento Paciente 2	91
Figura 22. Puntaje total Sub-escalas del PANSS de Pre y Post tratamiento Paciente 2	92
Figura 23. Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Positivos (PANSS) Paciente 2	93
Figura 24. Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Negativos (PANSS) Paciente 2	94

Figura 25. Puntuación a lo largo del tratamiento Psicopatología General (PANSS)	95
Figura 26. Percepción general de la Calidad de Vida (InCaViSa) por la paciente 2	97
Figura 27 Promedio de Frecuencia al mes de Alucinaciones Paciente 2	98
Figura 28. Promedio de Duración en minutos al mes de Alucinaciones Paciente 2.....	99
Figura 29.Promedio de Intensidad al mes de Alucinaciones Paciente 2	100
Figura 30. Porcentaje para qué escucha Paciente 2	101
Figura 31. Porcentaje se presenta cuando estoy Paciente 2	101
Figura 32. Porcentaje qué es lo que ha visto Paciente 2.....	102
Figura 33. Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 2	102
Figura 34. Porcentaje de qué es lo que siente Paciente 2.....	103
Figura 35. Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 2	103
Figura 36. Promedio de Frecuencia al mes de Delirios Paciente 2 ..	104
Figura 37. Promedio de Duración en minutos al mes de Delirios Paciente 2	105
Figura 38. Promedio de Intensidad al mes de Delirios Paciente 2 ..	106

Figura 39. Porcentaje de qué sucede cada vez que usted en delirios de persecución107

Figura 40. Porcentaje de qué sucede cada vez que usted en delirios de grandeza107

Figura 41 Porcentaje de qué sucede cada vez que usted en delirios de referencia Paciente 2108

Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad mental considerada a nivel mundial una de las causas líderes generadoras de discapacidad y el 50% de ésta población no reciben el tratamiento adecuado, por lo que limita la oportunidad de una recuperación funcional en estas personas. Las intervenciones en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) han reportado efectos positivos para mejorar la sintomatología como tratamiento coadyuvante al fármaco, sin embargo, suelen ser prolongadas en tiempo lo que aumenta costo-beneficio. El objetivo del presente estudio fue explorar en estudios de casos el efecto de un programa de TCC que incluyera psicoeducación, terapia cognitiva y mindfulness, 3, 23 y 5 sesiones respectivamente en pacientes con esquizofrenia paranoide. Participaron dos mujeres con dicho diagnóstico residentes de la Ciudad de México, los instrumentos utilizados fueron la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para valorar la Esquizofrenia (PANSS), Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) y un registro conductual. Los resultados mostraron un cambio clínicamente significativo en la reducción de la sintomatología positiva en ideas delirantes, alteraciones de la sensopercepción, ideas de persecución y grandiosidad, sintomatología negativa en aplanamiento afectivo, retraimiento emocional, aislamiento social, dificultad para pensar en abstracto y flujo del discurso. En calidad de vida se reportaron mejoras en funciones cognitivas, aislamiento, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana y redes sociales. En conclusión el programa de intervención sirvió para la recuperación funcional de las pacientes obteniendo resultados similares que en investigaciones previas pero en menor tiempo.

Palabras clave: Esquizofrenia, Terapia Cognitiva, Mindfulness, Psicoeducación, Psicosis

Abstract

Schizophrenia is a mental illness globally considered one of the leading causes of disability and 50 % of this population doesn't receive adequate treatment, limits the opportunity for a functional recovery of these people. Interventions Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) have reported positive effects for improving the symptoms as adjunctive therapy to the drug, however, they tend to be prolonged in time which increases cost-benefit. The main objective of this study was to explore in case studies the effect of a CBT program to include psychoeducation, cognitive therapy and mindfulness, 3, 23 and 5 sessions respectively in patients with paranoid schizophrenia. The participants were two women with that diagnosis residents of Mexico City, the instruments used were the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Inventory of Quality of Life and Health (InCaViSa) and a behavioral record. Results showed a clinically significant change in reducing positive symptoms in delusions, hallucinatory behaviour, ideas of persecution and grandiosity, negative symptoms in blunted affect, emotional withdrawal, apathetic social withdrawal, difficulty in abstract thinking and flow of conversation. Quality of life there were improvements in cognitive function, isolation, attitude to treatment, free time, everyday life and social networks. In conclusion the intervention program served for the functional recovery of patients with similar results in previous research but in less time.

Key words: Schizophrenia, Cognitive Therapy, Mindfulness, Psychoeducation, Psychosis

Capítulo 1. Transición Epidemiológica

La manera en que se concibe la enfermedad y la salud ha pasado por variaciones a través de la historia. En el caso de la denominada *transición epidemiológica* Omran (1971) ha estudiado el fenómeno que se enfoca en el cambio complejo de patrones de salud y de enfermedad, y de la interacción de estos con sus determinantes demográficos, económicos y sociológicos. Su propuesta señala cinco premisas:

1. *La mortalidad depende fundamentalmente de la dinámica de la población:*

En las sociedades pre-modernas las guerras causaban periodos de hambruna en las poblaciones, con la desnutrición crónica aumentaban los periodos de epidemias y enfermedades endémicas. El cultivo de plantas y la domesticación de animales aumentaron la prevalencia de enfermedades infecciosas ya que era la principal fuente de producción de alimento. Las enfermedades zoonóticas cuyo principal huésped es el animal no humano afectaban al hombre por medio de mordeduras de animales o piquetes de insectos (tales como la tuberculosis y el tétanos) además de los protozoos que se encuentran en los humanos modernos como la salmonela, typhi y estafilococos. La rápida urbanización de las poblaciones humanas representó una de las fuerzas más importantes en la evolución de la infección y la transmisión en enfermedades virales como sarampión, paperas, varicela y viruela. El rápido aumento en el tamaño de la población, el

sedentarismo, la domesticación de animales, la extensa perturbación ecológica de cultivo y el aumento de la desigualdad social fueron factores que aumentaron el riesgo de enfermedades infecciosas (Armelagos, Brown & Turner, 2005; Omran, 1971).

2. Existe un cambio a largo plazo en los patrones de mortalidad y enfermedad, en el cual se observa como las pandemias de infecciones son desplazadas por enfermedades crónico degenerativas:

Hasta el siglo XVIII, la principal preocupación en cuanto a la salud era la mortalidad de la población causada principalmente por la peste y enfermedades infecciosas, la esperanza de vida oscilaba al nacer entre los 20 y 40 años de vida. Con el proceso de industrialización que comenzó hace un poco más de 200 años se dio lugar a una transformación ambiental y social, en 1800 Londres era la única ciudad en el mundo con un millón de habitantes, pero debido a los cambios sociales y económicos los pobladores comenzaron a emigrar a las zonas urbanas. Para 1900, la población había crecido a 14% con 12 ciudades con un millón o más de habitantes, cincuenta años más tarde esta proporción había aumentado a 30%, el aumento previsto para el año 2030 es que el 60% de la población mundial vivirá en centros urbanos. Con estos cambios se comenzaron a ver efectos perjudiciales de la industrialización para la salud, desde la tuberculosis y enfermedades respiratorias como la neumonía y la bronquitis asociadas con situaciones de trabajo duras, hacinamiento,

contaminación ambiental, el uso de pesticidas y modificaciones en el ozono han creado problemas de salud (Armelagos et al., 2005; Naciones Unidas, 2000; Naciones Unidas, 2002).

Dentro de la teoría de transición epidemiológica se señalan factores que determinan la enfermedad: los *ecobiológicos*, que indican el equilibrio entre agentes de la enfermedad, nivel de hostilidad en el ambiente y la resistencia del huésped; los *socioeconómicos*, políticos y culturales, los cuales hacen referencia a los niveles de vida, hábitos de salud, higiene y nutrición; y la *salud médica y pública*, que incluye las medidas preventivas para combatir la enfermedad.

3. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad se obtienen entre los niños y las mujeres jóvenes:

La probabilidad de que una hembra sobreviva en el periodo reproductivo aumenta y el riesgo de muerte infantil disminuye por una mejora en la nutrición y en la sanidad.

4. Cambios demográficos y socioeconómicos:

En el cambio demográfico, biofisiológico, psicológico y socio-económico que constituye el proceso de modernización; (como se observó durante el siglo XX muchos países) llevó a una reducción en las tasas de mortalidad de entre el 2 y 3 muertes por cada 1,000 habitantes en tan solo una década (como Japón y México, Santosa et al., 2014). Los avances de la tecnología y la ciencia permitió la creación de

vacunas para combatir las enfermedades infecciosas, el aumento de la población adulta y de la esperanza de vida al nacer (que se eleva gradualmente hasta superar los 50 años) y la degradación ambiental propicia el incremento de enfermedades crónico degenerativas.

5. Las consecuencias del cambio demográfico permiten diferenciar tres modelos básicos de transición epidemiológica:

- A. Modelo clásico u occidental.
- B. Transición epidemiológica acelerada.
- C. Epidemiológico contemporáneo.

Armelagos et al. (2005) consideran que la población humana se encuentra en medio de la tercera transición epidemiológica en la que hay un resurgimiento de las enfermedades infecciosas debido a la resistencia de los antibióticos, pero también del aumento de morbilidad de las enfermedades crónico degenerativas. Por lo que plantean la necesidad de elaborar un enfoque evolutivo que se dirija a examinar la epidemiología, la nutrición, la pobreza (y el estrés que conlleva) y la globalización a fin de obtener un nivel de la comprensión necesaria para abordar estos problemas actuales.

Con la teoría de la transición epidemiológica y los cambios en el origen de la enfermedad, la medicina se ve en la necesidad de cuestionarse acerca del modelo médico clásico (afirma la presencia o ausencia de perturbaciones a nivel bioquímico) para comprender y atender las enfermedades crónico degenerativas y mentales.

El Psiquiatra George Engel (1977) plantea la necesidad de crear un modelo biomédico que pueda explicar y atender diversos tipos de problemas de salud. Compara la diabetes mellitus y la esquizofrenia como paradigmas de enfermedades somáticas y mentales, señala que aunque el primero incluye anormalidades somáticas y el segundo por síntomas psicológicos, existe evidencia de que en el desarrollo de ambos hay influencias tanto genéticas como ambientales. Por lo que plantea el requerimiento de un nuevo modelo que señale:

1.- La anormalidad bioquímica puede estar presente, aun cuando el paciente no esté enfermo. Así la presencia del defecto bioquímico define una condición necesaria, pero no suficiente para la ocurrencia de la enfermedad;

2.- El establecimiento de una relación entre procesos bioquímicos particulares y los datos clínicos de la enfermedad requieren de un enfoque hacia los datos conductuales y psicosociales mayormente reportados por los pacientes;

3.- La diabetes y la esquizofrenia tienen en común el hecho de que las condiciones ambientales del modo de vivir constituyen variables importantes que influyen en el reporte del tiempo de inicio de las manifestaciones y del curso de la enfermedad;

4.- Los factores psicológicos y sociales son cruciales para determinar cuando los pacientes con anormalidad bioquímica de

diabetes o esquizofrenia llegan a verse a sí mismos o por otros como enfermos;

5.- Las variables psicológicas y sociales son responsables de las discrepancias entre la corrección de anormalidades bioquímicas y de los resultados del tratamiento;

6.- La relación médico-paciente influyen poderosamente para mejorar o empeorar el resultado terapéutico;

Señala que el requisito universal de todo "*ser científico*" es que se entienda y se respete el estado natural del ámbito en donde se encuentra, en el caso medico es acomodarse a las características particulares de la condición humana y el ambiente de los pacientes (Engel, 1999).

Debido a los cambios en el desarrollo humano y en las enfermedades, así como la necesidad de crear modelos que se adapten al entendimiento de este mismo cambio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata (antigua Unión Soviética) en septiembre de 1978 declara que, la salud consiste en un completo bienestar tanto físico, mental y social y no solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1978).

Se resalta la importancia de que la promoción y la protección de salud de los pueblos es indispensable para un desarrollo económico y social que contribuya a mejorar la calidad de vida, y que la solución de

los principales problemas de salud de la comunidad requieren enfocarse en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesaria para resolver dichos problemas (OMS, 1978).

Partiendo de esta definición de salud y del cambio que surge del modelo clásico médico, el enfoque biopsicosocial basado en la Teoría de Sistemas (esta teoría sostiene que todos los niveles de una organización en cualquiera entidad están unidos entre sí en forma jerárquica y que el cambio de uno de los niveles facilitará cambios en el resto) considera la interacción de lo biológico, lo psicológico y lo social como causante de enfermedad o condición de salud y que, intervenir en alguna de estas áreas afectará o modificará a las otras.

En 1969, William Schofield publicó un artículo titulado "*The Role of Psychology in the Delivery of Health Services*", cuyo fin fue identificar los detalles de cómo los psicólogos contribuyen a la prestación de servicios de salud. Incluyó los esfuerzos en investigación básica y aplicada, encontrando que sólo el 9% de aproximadamente 4700 publicaciones realizadas entre 1966 y 1967 contenían temas de aplicación de la psicología al campo de la salud. A pesar de estas limitaciones Schofield visualizaba la posibilidad de un buen potencial en la salud, siempre y cuando estuviera dentro de los intereses de los propios psicólogos.

Como consecuencia de la publicación de este trabajo la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) organizó en 1973 un grupo de trabajo sobre investigación de salud

donde se abordó la importancia de la salud y de la participación del psicólogo en prevención y tratamiento, por lo que se decide establecer la división de psicología de la salud a cargo del propio Schofield. Sus objetivos consistían en promover las contribuciones de la psicología en investigación básica y clínica para la comprensión de la salud y enfermedad, alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento de la psicología, informar a la comunidad científica, profesional y público en general de los principales resultados de la investigación y los servicios de esta área, facilitar y promover la formación de profesionales especializados en psicología de salud (Laham, 2010; Kiresuk, 2008).

A partir de esto es tomada en cuenta la Psicología de la Salud que se define como:

El conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la interpretación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de salud (Matarazzo, 1980, pp. 815).

El surgimiento de la Psicología de la Salud trajo como acompañamiento el desarrollo de la Medicina Conductual o Comportamental. La conceptualización de la Medicina Conductual se realizó en una conferencia celebrada en Yale sobre Medicina Comportamental en 1977, y en la reunión del Grupo de Investigación

en Medicina Comportamental de la Academia Nacional de la Ciencia de Estados Unidos, en abril de 1978, donde se definió como:

El campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y del comportamiento, relevantes para la salud y la enfermedad; y a la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz y Weiss, 1978, pp.7).

En México se han realizado trabajos en líneas de investigación que giran en torno al desarrollo de modelos de intervención, sobre epidemiología conductual, educación para la salud, género, envejecimiento, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, calidad de vida, conducta agresiva y antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, migraña, epilepsia, neumología, hostilidad, biofeedback, padecimientos psiquiátricos, políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez, 2010).

En cuanto a los padecimientos psiquiátricos cabe resaltar que al igual que padecimientos físicos resultan ser incapacitantes, y como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por lo tanto de los núcleos familiares De acuerdo con la OMS la salud mental es “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la

convivencia, el trabajo y la recreación". De la misma manera se ven afectados por múltiples factores como pobreza, estrés, apoyo social inadecuado, mala nutrición y tipos de violencia o abuso, entre otros (OMS, 2007; Sandoval & Richard, 2004)

De las enfermedades mentales más comunes y líderes de discapacidad en el mundo se encuentra la esquizofrenia, debido a que genera aislamiento social, ausentismo escolar y laboral, consumo de drogas, agresividad, incluso hasta el suicidio (Sandoval & Richard, 2004).

Debido a la importancia que tiene este padecimiento psiquiátrico en este estudio se busca aplicar los principios de Medicina Conductual, para diseñar, implementar y evaluar bajo lineamientos metodológicos adecuados, que permita comprender y atender de manera adecuada el desarrollo y las consecuencias que genera un trastorno mental incapacitante en la vida del ser humano como lo es la esquizofrenia, en los siguientes capítulos se describe las características del padecimiento, las posibles causas y las consecuencias, los diversos tipos de tratamientos y las herramientas de las que se sirve la psicología para abordar esta problemática, así como el desarrollo de la presente investigación.

Capítulo 2. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un tipo de psicosis y desorden grave de la salud mental, se caracteriza por distorsiones en el pensamiento, en la percepción de la realidad, expresión de las emociones, las relaciones interpersonales y del comportamiento; adicionalmente la persona con este cuadro frecuentemente no logra distinguir lo que es real de lo que es imaginario. En general se conserva la claridad de la conciencia en tanto la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos (Bleuler, 1993; Carter, 2009; Lauriello, Biehl & Babby-Stone, 2012; OMS, 1993; Rosenzweig, Leiman & Breedlove, 2001).

Los síntomas de la esquizofrenia se suelen clasificar en tres categorías principales: Síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos (Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH por sus siglas en inglés], 2014).

Los *síntomas positivos* son comportamientos psicóticos en donde frecuentemente se pierde el contacto con la realidad (suelen variar en intensidad de acuerdo a si se está recibiendo o no un tratamiento) estos incluyen alucinaciones, delirios y trastorno formal del pensamiento (NIMH, 2014).

Las *alucinaciones*, se definen como objetos, personas, entes o cosas que el paciente puede ver, escuchar, oler o sentir y que nadie más

a su alrededor puede percibir. Los tipos de alucinaciones que suelen darse con frecuencia son los siguientes:

a) Alucinaciones auditivas: Consiste usualmente en escuchar voces o comentarios de otras personas que pueden ser hostiles, punitivos, dar órdenes, de infligir auto daño o daño a otros. Algunos pacientes llegan a reportarlas como “voces malas” o “voces buenas” dependiendo del contenido;

b) Alucinaciones visuales: Se refiere a observar a personas, formas, colores y objetos que no están físicamente presentes;

c) Alucinaciones somáticas y táctiles: Involucra sensaciones físicas, por ejemplo, ser tocado por otra persona, objeto o animal, así como la percepción de que el cuerpo sufre alguna alteración física, también se conocen como alucinaciones kinestésicas; y

d) Alucinaciones olfatorias: Se caracteriza por percibir ciertos olores inusuales que no tienen relación real con la experiencia de la persona (Lindenmayer & Khan, 2012).

Los *delirios* suelen ser creencias falsas que se mantienen firmes, la persona tiene cierta convicción de que incluso aún después de que otras personas le demuestren que no son reales o lógicos siguen siendo reales (NIMH, 2014). Se dividen en las siguientes categorías (Lindenmayer & Khan, 2012):

a) De persecución: La persona tiene la creencia de que alguien (algún familiar, medios de comunicación, organizaciones con cierto poder político o social, figuras religiosas o extraterrestres); conspira en contra de él o intenta atacarlo.

b) De referencia: Se interpreta como todo lo que pasa alrededor está referido hacia uno mismo de forma negativa, por ejemplo, risas, conversaciones, mensajes en los medios de comunicación;

c) De control: El individuo cree que una fuerza externa a él controla o manipula sus sentimientos, pensamientos o partes de su cuerpo (se asocian con alucinaciones somáticas);

d) Inserción del pensamiento: La creencia de que los pensamientos que se llegan a tener no son parte de la persona, sino introducidos por un agente externo;

e) De pensamiento: La persona tiene la percepción de que sus pensamientos resultan audibles y los demás lo pueden escuchar;

f) Robo del pensamiento: El individuo llega a creer que le están robando sus ideas o pensamientos por medio de una fuerza extraña;

g) De culpa o pecado: Estas personas creen que han cometido algún tipo de crimen o acto terrible, imperdonable y se martirizan por ello;

h) De grandeza: El individuo que experimenta este tipo de delirio cree que tiene poderes extraordinarios, fama, talento o riqueza. Pueden pensar que son salvadores religiosos, líderes mundiales o personas famosas; y

i) Delirios somáticos: Consiste en una preocupación por alguna parte del cuerpo, así como enfermedades o mal funcionamiento de éste sin evidencia médica (este delirio suele asociarse con alucinaciones kinestésicas).

El *trastorno formal del pensamiento* se caracteriza por desorganización en términos de procesos del pensamiento que se ve reflejado en el lenguaje. La persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos en una secuencia lógica, algunas de las características suelen ser tangencialidad, pérdida del objetivo, descarrilamiento del lenguaje, incoherencia, ecolalia, bloqueo del pensamiento y también puede haber la presencia de neologismos (inventar palabras sin sentido; Beck et al., 2010).

Los *síntomas negativos* se relacionan con el bloqueo de las emociones y la falta de habilidades sociales. Se incluyen: aplanamiento afectivo (dificultad en la comunicación de la emoción a través de la expresión facial y el tono de voz), alogia (pobreza del habla, lentitud a responder, cantidad y contenido de la expresión restringida o interrumpida), abulia (falta de motivación y de energía), anhedonia (incapacidad para experimentar placer, reducción del interés en actividades y relaciones interpersonales) y aislamiento social.

Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiesta como inercia, negativismo o estupor (OMS, 1993).

En cuanto a los *síntomas cognitivos* se encuentran las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo, problemas de concentración, atención y memoria (Posininsky & Schaumburg, 1998).

Otros síntomas, relativamente menos frecuentes suelen incluir trastornos del movimiento. El paciente puede manifestar movimientos corporales agitados o muy repetitivos, o en el otro extremo de este continuo la persona puede mostrar catatonía (estado en que la persona no se mueve ni habla con los demás) (NIMH, 2014).

El subtipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo es la paranoide, que de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) en el cuadro clínico predominan las ideas delirantes, alucinaciones y trastorno formal del pensamiento (OMS, 1993).

2.1 Epidemiología

La esquizofrenia afecta alrededor de 24 millones de personas en el mundo, el 50% de ésta población no reciben el tratamiento adecuado y el 91% de las personas no tratadas se encuentran en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud [WHO por sus siglas en

inglés], 2014). La incidencia (número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado) de esquizofrenia es de 15,2/100.000 personas, con una tasa de razón varones: mujeres de 1.4:1, en comparación con la población en general se tiene de dos a tres veces mayor riesgo de morir, incrementando en las últimas décadas (McGrath et al., 2008).

La gama o variabilidad de prevalencia (proporción de casos existentes nuevos y antiguos) en adultos es entre 1 y 17 por cada 1000 habitantes. La variación en los conteos de prevalencia puede deberse a factores como la recuperación, muerte y migración (Barbato, 1996).

Se han encontrado prevalencias altas en pequeñas áreas del centro y norte de Europa, en Norte América y algunas poblaciones que viven en comunidades marginales y de industrialización. Sin embargo, se ha sugerido que la perturbación social causada por la exposición de las comunidades a un estilo de vida occidental, puede haber incrementado el riesgo de la vulnerabilidad individual para la esquizofrenia (Barbato, 1996).

En un análisis realizado por la OMS se detectó que la esquizofrenia es una de las causas líderes generadoras de discapacidad a nivel mundial, solo se encuentran por arriba de ella el trastorno depresivo mayor, abuso de alcohol y trastorno bipolar (Souza & Cruz, 2010).

En México en el año 2000 la prevalencia general de trastornos mentales fue de 20% a 25% con las primeras causas de morbilidad: la esquizofrenia, la depresión, trastorno obsesivo compulsivo y el alcoholismo. El riesgo de estos padecimientos se incrementa por aspectos relacionados con pobreza, violencia, consumo de drogas y envejecimiento poblacional (Campuzano et al., 2014).

La esquizofrenia en México es el segundo trastorno mental atendido mayormente en hospitales psiquiátricos, el primero son los trastornos del ánimo (OMS, 2011). La esquizofrenia es más común en hombres que en mujeres en relación 2:1, debutando en los hombres entre los 15 y 25 años de edad, mientras que en las mujeres se detecta entre los 25 y 35 años de edad (González, 2012).

En un estudio descriptivo longitudinal llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se evaluó el costo-efectividad (la efectividad de tratamiento en términos de los reingresos evitados a hospitalización en el periodo estudiado) de las opciones de tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia durante el periodo de marzo de 2010, reveló que:

- Costo diario en hospital de día: \$436.00
- Clínica de adherencia terapéutica (CAT): \$869.00
- Costo por consulta externa: \$122.00
- Costo por 20 días de hospitalización continua: \$17,560.00
- Tres días en urgencias: \$5,145.00
- Ocho días en cuidados intensivos: \$16,416.00

➤ Costos promedio por reingreso (considerando días promedio de hospitalización: \$36,977.00

En consulta externa 40% de los pacientes abandonaron el tratamiento después de la primera consulta, dato muy superior a las otras opciones de tratamiento (Cabello, Díaz & Arredondo, 2011). Dentro de los factores que pudieran influenciar en la pobre adherencia terapéutica se encontraron: poco conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, pobre apoyo familiar, factores culturales o efectos secundarios de los antipsicóticos; también se le atribuye el abandono al tratamiento en el hospital debido a la falta de recursos monetarios para adquirir la medicación o para el transporte (Cabello, Díaz & Arredondo, 2011; Velázquez, Sánchez Sosa, Lara y Senties, 2000).

En el hospital psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* de acuerdo a la Unidad de Planeación y Calidad Bioestadística, se registró en el periodo de enero a diciembre del 2014 como principal padecimiento atendido la esquizofrenia paranoide con un total de casos de 8969 de los cuales 1024 forman parte de hospitalización continua y 7945 de la consulta externa. El hospital cuenta con una planilla de 85 psiquiatras y 36 psicólogos (Secretaría de Salud [SSA], 2008). Pocos de los psicólogos se dedica a dar atención de tratamiento o rehabilitación a los usuarios con esquizofrenia; esta información indica una necesidad para la atención psicoterapéutica en este grupo de pacientes.

2.2 Causas de la esquizofrenia

Si bien las causas específicas de la esquizofrenia se desconocen, se considera que existe una combinación de factores genéticos y ambientales. Algunos autores mencionan a la esquizofrenia como un *trastorno del neurodesarrollo* causada por lesiones cerebrales ocurridas en edades tempranas, lesiones congénitas o complicaciones perinatales que tienden a evolucionar y modificar la estructura cerebral, ya que en estudios con tomografías computarizadas e imágenes de resonancia magnética se han encontrado la presencia de dilatación ventricular cerebral, agrandamiento de los surcos y una atrofia cerebelosa. Además de que se ha observado una disminución del tamaño del lóbulo frontal, regiones temporales y del tálamo, así como también en el volumen del tejido cerebral que comprende la sustancia gris y blanca con aumento de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos y en la superficie cerebral (Black y Andreasen, 2012).

Por otro lado se tiene la *herencia genética*, pues un individuo que tenga un pariente cercano con esquizofrenia tiene más probabilidades para desarrollar la enfermedad, en la literatura se describe que un hijo con el diagnóstico por ambos padres tiene un 46 % de riesgo, hijo con un padre de 5 o 6%, mientras que si se tiene un hermano y padre existe un 17 %, solo un hermano el 10%, si son gemelos monocigóticos un 46% y si son gemelos dicigóticos un 14% de probabilidad de presentar la enfermedad (Black y Andreasen, 2012).

Sin embargo, la susceptibilidad genética por si sola es

insuficiente ya que también se necesitan *factores ambientales* para desarrollar el trastorno. Algunos de los factores del medio ambiente pueden ser exposición a infecciones por parte de la madre durante el embarazo o una inadecuada nutrición, así como la exposición prolongada a eventos estresantes de la vida cotidiana y el consumo de marihuana (Carter, 2009).

Existen otros factores que se relacionan con el desarrollo e inicio de la esquizofrenia, éstos son:

1. *Datos sociodemográficos*: hay un mayor número de pacientes que nacieron (69.1%) y residen (81.5%) en área urbana, en comparación de la rural, el nivel educativo suele ser bachillerato (45.7%) y en cuanto al estado civil sobresale soltero (75.3%).
2. *Características de personalidad*: se ha observado que los pacientes de inicio temprano muestran más rasgos de personalidad y afrontamiento evitativo del estrés, más síntomas de ansiedad social, evitación del daño, miedo a la incertidumbre, timidez, inhibición social y fatiga fácil. En contraste, los pacientes de inicio tardío presentan más rasgos del tipo pasivo-agresivo, a veces relacionados con sentimientos de incomprensión, resentimiento y poco aprecio en su medio, hostilidad y agresión pasiva.

También existen diferencias por sexo, los hombres presentan de manera significativa más rasgos de personalidad histriónica, narcisista y antisocial. Los hombres de inicio temprano suelen presentar más rasgos de paranoia, ideas de referencia, pensamiento mágico, experiencias perceptuales inusuales y falta de cercanía con amigos que no son parientes de primer grado y menos síntomas depresivos que las mujeres (Skokou & Gourzis, 2014).

Otros *factores ambientales* asociados en el desarrollo de los trastornos psicóticos suelen ser los diferentes tipos de abuso. Un metaanálisis señaló asociaciones significativas entre la adversidad y la psicosis con un efecto general de proporciones de probabilidad = 2.78 (cociente entre la probabilidad de riesgo conferida por la variante genética de riesgo y la probabilidad de riesgo en su ausencia). La asociación positiva se encontró con abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, acoso escolar y negligencia, pero no con la pérdida de un familiar (Varese et al., 2012).

Un estudio longitudinal de cohorte se reveló una asociación positiva entre la experiencia de abuso sexual en la infancia y la transición a un desorden psicótico de mediano a largo plazo en comparación de otros tipos de abusos (Thompson et al., 2014). El estudio subraya la importancia de trabajar técnicas psicológicas ante un posible trauma en la historia de vida de pacientes con trastorno psicótico, entre otras, promover: estrategias de afrontamiento, manejo del estrés, conciencia corporal y mindfulness.

Algunas teorías buscan explicar por qué el abuso en etapas tempranas del desarrollo puede causar psicosis. Por ejemplo, el modelo diátesis-estrés, propone que hay un aumento en la sensibilidad al estrés a través de la sobreactivación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), generada por una experiencia traumática. Así, la desregulación del eje HPA puede contribuir o interactuar con las anomalías dopaminérgicas que parecen importantes en los trastornos psicóticos (Walker & Diforio, 1997).

En cuanto a posibles *causas neuroquímicas* se ha señalado un exceso en los niveles de dopamina en las regiones límbicas, así como algunas anormalidades a nivel cerebral que usualmente incluyen bajos receptores de glutamato y reducción de la materia gris en zonas del hipocampo, lóbulo frontal-temporal. Sin embargo, estos hallazgos no han sido del todo claros (Carter, 2009).

También se ha propuesto la hipótesis de una hiperactividad dopamínica en el sistema meso-límbico del cerebro y una hipoactividad funcional en las regiones frontales, concretamente en los receptores dopaminérgicos del núcleo acúmbens, núcleo caudado y en el putámen. Se ha encontrado receptores de D2 en abundancia en el cerebro esquizofrénico (Black y Andreasen, 2012; Dergán, 2007).

Otros neurotransmisores asociados con la patología son el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y su interacción con la dopamina. Otras anomalías encontradas a nivel cerebral han sido bajos receptores de glutamato y reducción de la materia gris en zonas del hipocampo,

lóbulo frontal temporal, y lesiones en el córtex cingulado, fisura hipocámpica y la amígdala (Carter, 2009; Dergán, 2007).

En cuanto a una *asociación genética* se han señalado como estadísticamente más significativa y con más réplicas en la esquizofrenia, polimorfismos del complejo mayor de histocompatibilidad (MCH) en el cromosoma 6p21. Otro locus de susceptibilidad de especial interés es localizado en el cromosoma 1p21.3, esta región contiene el microRNA 137 (*MIR137*) que ante anomalías de regulación parece contribuir al desarrollo de la esquizofrenia (Gejman & Sanders, 2012).

También se han relacionado algunos genes con la vulnerabilidad de desarrollar el padecimiento tal como el de neuregulina 1 (NRG1), de la proteína de unión a la distrobrevina o disbindina (DTNBP1), el de la catecol-o-metiltransferasa (COMT), el gen alterado en la esquizofrenia (DISC1), el gen activador de la D-aminoácido oxidasa (DAOA), el gen del receptor metabotrópico de glutamato 3 (GRM3) y el de factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). Se menciona que el gen COMT afecta la producción de dopamina, así mismo el NRG1, el DAOA y el GRM3 tienen efectos sobre la neurotransmisión glutaminérgica y la GABAérgica, que también se encuentran implicadas en el desarrollo de la esquizofrenia (Black y Andreasen, 2012).

Se han señalado mutaciones *de novo* en la línea germinal paterna, y que puede deberse a un error en las variaciones de número de copia (CNVs por sus siglas en inglés). La evidencia actual sugiere que los CNVs asociados con esquizofrenia son: 1q21.1, 2p16.3 (NRXN1), 3q29, 7q36.3 (VIPR2), 15q13.2, 16p11.2, 16p13.11, 17q12 y 22q11.21. El 30% de los portadores de 22qDS presentan psicosis, principalmente esquizofrenia y también se ha asociado con muerte prematura (Gejman & Sanders, 2012; McCarthy, McCombie & Corvin, 2014).

Otros estudios han identificado mutaciones *de novo* en diferentes proporciones. Hay desacuerdos entre los que piensan biológicamente y los que piensan estadísticamente lo que complica poder identificar el gen de la esquizofrenia. Recientemente se han descubierto, por ejemplo, variantes de proteínas que alteran en *SLC30A4*, lo que confirma que el gen está implicado en la diabetes tipo 2 (Flint & Munafò, 2014). Aún está en progreso la línea de investigación acerca de las mutaciones y de los posibles genes que están comprometidos en el origen de la esquizofrenia.

2.3 Consecuencias de la esquizofrenia

Las personas con esquizofrenia tienen una expectativa de vida 15 a 25 años menor que la población en general, la mayoría de los que fallecen suele ser por enfermedades del sistema circulatorio, o pacientes con consumo crónico de tabaco, adicionalmente éstos últimos tienen una probabilidad cinco veces mayor de muerte prematura que los no fumadores. Padecer una enfermedad inmunológica o

genitourinaria también incrementa el riesgo de muerte en esta población, así, se han detectado anticuerpos séricos a Virus de Epstein-Barr (EBV) y para Virus del herpes simple tipo 1 (HSV-1) otra enfermedad infecciosa significativa es por toxoplasma (Dickerson et al., 2014).

En las personas que padecen esquizofrenia el suicidio es la principal causa de muerte prematura no natural, el riesgo es de veinte a cincuenta veces mayor que entre la población general. El intento suicida es más común en las mujeres (42.5%) que en los hombres (30.9%). Las formas más frecuentes son el envenenamiento, sobredosis de medicamentos, métodos combinados y armas blancas. La comorbilidad con otros padecimientos suele ser recurrente para depresión (30%), fobia social (21.5%), distimia (18.4%), dependencia al alcohol (19%) y otros diagnósticos (11 %; Rascón et al.,2004).

En un estudio realizado para identificar la percepción de los familiares en el intento suicida de las personas que padecen esquizofrenia, se encontraron como principales motivadores:

- 1) Una necesidad compulsiva por aliviar la tensión, los familiares observaban inquietud, exigencias y ansiedad por encontrar una solución a su estado de estrés;

- 2) El percibir una situación de vida demasiado difícil o demasiado tensa para que el paciente lo afronte solo sin ayuda y

- 3) Una incapacidad para encontrar una mejor salida a sus

dificultades. Los familiares del estudio estaban atentos a conductas extrañas que presentaban los pacientes, pero no a conducta suicida (Rascón et al., 2004). De aquí la importancia de desarrollar programas psicoeducativos o psicoterapéuticos que ayuden a informar, orientar y sensibilizar a los familiares y pacientes sobre los riesgos de la esquizofrenia, así como la importancia de seguir un tratamiento.

Un estudio dio seguimiento a 24 287 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y trastornos asociados, comparados con controles que incluían a hermanos de los afectados y población general de Suecia. Los resultados mostraron que el 13.9% de los hombres y el 4.7% de mujeres de los participantes diagnosticados tuvieron un resultado adverso (crímenes violentos, muerte prematura y suicidio). Los factores de riesgo presentes fueron: trastornos por consumo de drogas, delincuencia y autoagresión. El bajo coeficiente intelectual en los hombres fue significativo para cometer un acto violento pero no para el suicidio (Fazel et al., 2014).

Otras conductas deterioradas o disfuncionales consecuencia del trastorno incluyen, el descuido en la higiene y el aliño, aislamiento social, relaciones familiares disfuncionales, rechazo, discriminación y actitud negativa por parte de los pares hacia personas con esquizofrenia (Barbato, 1996).

También hay alteraciones afectivas caracterizadas por problemas para identificar y expresar las emociones, preferir grupos sociales pequeños, suelen sentirse más sensibles que el resto de los individuos y mostrar menos interés por tener pareja. Hay dificultades para el razonamiento lógico o la concentración, inquietud, depresión, ansiedad, preocupación, falta de autoconfianza, pérdida de energía, lentitud, bajo rendimiento escolar y laboral, retraimiento social, desconfianza hacia otros y, en algunos casos, síntomas obsesivos (Monroy, 2012).

El análisis de la literatura de investigación sobre esquizofrenia señala de manera notoria la necesidad de desarrollar e implementar intervenciones psicológicas para identificar y mejorar la problemática a la que se enfrenta día con día la persona que vive con esquizofrenia.

Capítulo 3. Tratamientos de la Esquizofrenia

3.1 Farmacológico

El tratamiento más común suele ser el psicofarmacológico utilizando antipsicóticos de primera (típicos) y segunda generación (atípicos). Los medicamentos que mayor efectos tienen en la reducción de la sintomatología positiva son: haloperidol, risperidona, olanzapina, clozapina, amisulprida y quetiapina (Lako et al., 2013). Sin embargo, en la literatura de investigación se han encontrado diferencias en cuanto a su eficacia y efectos secundarios. Los antipsicóticos de primera generación causan más síntomas motores extrapiramidales y discinesia tardía, mientras que los de segunda generación suelen provocar mayor aumento de peso y problemas cardiovasculares (Zhang et al., 2013).

En cuanto a los síntomas negativos los antipsicóticos de segunda generación como la olanzapina, quetiapina y clozapina muestran superioridad sobre el haloperidol y la clorpromazina. Para la depresión sólo la olanzapina y amisulprida superan al haloperidol, en cuanto a la mejoría en la cognición global la olanzapina y la risperidona superan a los de primera generación (Zhang et al., 2013).

La eficacia de los antipsicóticos convencionales está mediada por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 a nivel límbico. La ventaja de los antipsicóticos atípicos consiste en una disociación rápida del receptor D2, menor frecuencia de síntomas extrapiramidales y una menor elevación de la prolactina (García, Apiquian & Fresan, 2001).

Una característica de los antipsicóticos atípicos es que son más selectivos con las neuronas dopaminérgicas de la vía mesocortico-límbica, que involucra el núcleo accumbens y parte del sistema estriado ventral, así mismo se encargan también de bloquear receptores 5HT2 de serotonina. Sin embargo, a pesar de su efectividad para tratar los síntomas de la esquizofrenia se determinan ciertos efectos secundarios para la salud de la persona quien lleva este tipo de tratamiento como suelen ser problemas cardiovasculares, hiperprolactinemia, aumento de peso y las consecuencias de éste que suelen ser hiperlipidemias y diabetes mellitus (García, Apiquian & Fresan, 2001).

3.2 Otros tratamientos

Un tratamiento clásico que aún se utiliza en la esquizofrenia es la Terapia Electro Convulsiva (TEC). Después de un decremento en su uso, en los últimos años ha crecido de nuevo su interés debido a los efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos. Sin embargo, el resultado de la TEC para los trastornos del pensamiento es lento en comparación en la que se observa en pacientes con síntomas afectivos. Normalmente la TEC se indica para pacientes que presentan:

- 1) Episodio depresivo con alto riesgo suicida,
- 2) Episodio catatónico,
- 3) Episodio con predominio de síntomas positivos con refractariedad a tratamiento farmacológico y

4) Pacientes con síndrome neuroléptico maligno (SSA, 2002).

Otras estrategias que promueven la reinserción social del paciente incluyen psicoeducación, terapia ocupacional y talleres. Los objetivos de este tipo de rehabilitación se asocian con menos recaídas y menos síntomas negativos. La estrategia busca educar al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad (los tipos de comportamiento y de la medicación) a fin de lograr una mejor funcionalidad a nivel familiar, laboral o escolar (SSA, 2002).

Históricamente el tratamiento de la esquizofrenia se remonta a la disputa entre dos corrientes por el tratamiento de la psicosis: modelo biológico versus modelo psicoanalítico. Luego de consolidar diversos estudios exhaustivos realizados entre la década de los 60 y los 70, se llegó a la conclusión de que el psicoanálisis era ineficaz para tratar este tipo de padecimientos, reduciendo a prácticamente cero en aquella época cualquier vía de posibilidad al tratamiento psicoterapéutico (Vearmet, 2009).

A pesar de estas contrariedades, en el año de 1952 Aaron Beck abordó a un paciente quien presentaba delirio resistente al tratamiento farmacológico, el cual consistía en la convicción de ser espiado por el FBI. El abordaje terapéutico de Beck consistió en treinta sesiones con técnicas similares a las que había utilizado en la depresión. Tomó las ideas delirantes del paciente al estilo de pensamientos automáticos, cuestionándolas y buscando alternativas, luego de las cuales el paciente adquirió la capacidad de cuestionarse y razonar sobre sus

creencias erróneas (Vaernet, 2009).

En este contexto resurgió el interés sobre la terapia cognitiva para el tratamiento psicoterapéutico como una posible opción de abordaje a la esquizofrenia.

3.3 Terapia Cognitivo-Conductual para la esquizofrenia

Aunque los tratamientos farmacológicos han sido eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, en muchos casos el especialista se ve obligado a prescribir distintas combinaciones y modalidades de medicamento, a veces por ensayo y error hasta que el paciente responde de manera favorable al tratamiento. En otros casos también, suelen aparecer efectos secundarios con la medicación, puede no haber adecuada adherencia al tratamiento y, aún con el fármaco persisten síntomas positivos y negativos de la enfermedad (Cuevas-Yust, 2006).

Dada la definición actual de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 2011), ha resurgido la pauta por un enfoque no sólo biológico del trastorno, sino del conjunto de la interacción entre varios factores. Ahora normalmente coexiste el modelo de vulnerabilidad-estrés que señala la interacción entre las características biológicas y psicosociales como responsable de la psicopatología psicótica (Gutiérrez et al., 2012).

Con estos antecedentes comenzaron a surgir las primeras intervenciones en el área, inicialmente mediante condicionamiento operante dirigido al control ambiental de la conducta, siguiendo los

tratamientos que incluyen a la familia y el entrenamiento en habilidades sociales, finalmente en la década de los años 90 se consolidó la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el tratamiento de síntomas psicóticos residuales (Vallina & Lemus, 2001).

Las técnicas de intervención bajo este enfoque que más suelen usarse para el tratamiento de la esquizofrenia son: **1.** las intervenciones familiares psicoeducativas (educación sobre el padecimiento, entrenamiento en comunicación y solución de problemas) **2.** Entrenamiento en habilidades sociales, **3.** Entrenamiento en habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos, **4.** Terapia cognitiva para delirios y alucinaciones y **5.** Terapia psicológica integrada (Muñoz & Ruiz, 2007; Vallina & Lemus, 2001).

Los objetivos principales de este tipo de intervenciones suelen ser:

- a) Mejorar las estrategias de afrontamiento con base en actividades programadas, relajación muscular progresiva profunda y habilidades sociales;
- b) Desarrollo de un vínculo terapeuta-paciente colaborativo;
- c) Modificación de las creencias delirantes y las alucinaciones utilizando la discusión racional, presentación de posibles alternativas junto con pruebas de realidad;
- d) Modificación de esquemas disfuncionales basado en la Terapia Cognitiva de Beck; y
- e) Manejo de inhabilidad y recaídas (Gutiérrez et al., 2009).

Una revisión sistemática de la literatura de investigación aplicada (clínica) evaluó artículos que incluían terapia cognitiva (sólo técnicas de reestructuración cognitiva) versus otras terapias psicosociales que incluían psicoeducación, terapia de apoyo, terapia familiar y otras “terapias habladas” reveló que, aunque no hubo diferencias en cuanto a la efectividad entre ellas, la terapia cognitiva resultó tener mejores resultados para la reducción de síntomas depresivos, menor abandono en el tratamiento, menor riesgo suicida, menos recaídas y mejor manejo en los síntomas positivos (Jones et al., 2012).

En otro estudio realizado con metaanálisis se evaluó la eficacia que tiene la TCC para la sintomatología de la esquizofrenia, resultó en un tamaño del efecto $d=.40$ en cuanto a la eficacia general; para los síntomas positivos $d=.37$, síntomas negativos $d=.43$, funcionalidad $d=.37$, estado de ánimo $d=.37$ y ansiedad social $d=.35$. Estos resultados indican un efecto positivo moderado, recomendable como recurso de tratamiento (Wykes et al., 2008).

En cuanto a la eficacia de la TCC implementada en pacientes ambulatorios con psicosis resistentes al tratamiento, un metaanálisis sobre 12 ensayos controlados aleatorizados con un total de 639 pacientes identificó su eficacia. Los datos se calcularon utilizando la diferencia de medidas estandarizada corregido por sesgo g de Hedges. Los resultados revelaron efectos moderadamente positivos para los síntomas positivos Hedges $g=.47$ y para psicopatología general Hedges $g=.52$. La mejoría se mantuvo en seguimiento de síntomas positivos y

psicopatología general (Hedges $g = .41$ y $.40$ respectivamente), mostrando así un efecto moderadamente positivo en sintomatología de esquizofrenia en pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico (Burns, Erickson & Brenner, 2014).

En las últimas décadas se han documentado diversas investigaciones que han mostrado que la TCC resulta efectiva para el tratamiento de la esquizofrenia. Tal es el caso de Tarrrier et al. (1998), quienes llevaron a cabo un estudio donde se asignaron a pacientes con esquizofrenia crónica a grupos de forma aleatoria, se aplicaron TCC versus terapia de apoyo y cuidado habitual. La TCC se aplicó durante 32 sesiones en las cuales se abordaron entrenamiento en afrontamiento, solución de problemas y prevención de las recaídas. Los efectos se evaluaron con un cuestionario sobre los síntomas positivos. Los resultados mostraron mejoría significativa del grupo de TCC del 50% de los pacientes en comparación con los otros dos grupos.

En otro estudio se seleccionaron a pacientes adultos con diagnóstico del espectro psicótico con síntomas positivos persistentes y resistentes a la medicación y, de manera aleatoria, se asignaron a uno de los tratamientos (TCC, psicoterapia de apoyo y el tratamiento usual). Las evaluaciones se hicieron antes y después del tratamiento con seguimiento a tres meses utilizando la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS, por sus siglas en inglés). Otras medidas incluyeron entrevistas, y otras subescalas específicas para alucinaciones y delirios, con un tratamiento de 20

sesiones. Una tercera parte de los participantes del grupo TCC mostraron una reducción de la sintomatología del 25%, conservando la mejoría de los síntomas a lo largo del seguimiento (Durham et al., 2003).

En otro estudio controlado aleatorizado se dividieron en dos grupos a pacientes adultos con esquizofrenia crónica, al primero se le trató con terapia cognitiva mientras que al segundo se le dejó su tratamiento habitual. La intervención duró 18 meses sin mencionar el número total de sesiones, la sintomatología se evaluó con PANSS. Los resultados mostraron una mejoría clínicamente significativa en el grupo de terapia cognitiva: hubo una reducción mayor en abulia-apatía así como en las alucinaciones, delirios y la desorganización del pensamiento (Grant et al., 2012).

En cuanto a los síntomas de alucinaciones recientemente una investigación evaluó la eficacia de un grupo de TCC para las alucinaciones auditivas verbales (AVHS), donde participaron 41 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo durante siete sesiones. Las mediciones valoraron la gravedad de síntomas psiquiátricos y la creencia de las voces (Entrevista de Maastricht de voces para adultos MAVIA por sus siglas en inglés y Cuestionario sobre las creencias de las voces revisado BAVQ-R por sus siglas en inglés), antes y después de la intervención así como seis meses de seguimiento. Se observó que después de la intervención hubo una reducción estadísticamente significativa en la severidad de AVHS

y el resultado se mantuvo estable durante el seguimiento (Zanello et al., 2014).

Siguiendo con esta línea de investigación Muñoz et al. (2012) realizaron un estudio que tenía como principal objetivo una intervención preliminar encaminada a comprobar la utilidad de un programa de tratamiento mediante psicoterapia cognitivo-conductual grupal en 26 sesiones de 45 a 60 minutos. Participaron pacientes psicóticos crónicos y las mediciones incluyeron, además del PANSS cuestionarios e instrumentos sobre sintomatología positiva y negativa, actitud hacia la medicación, y de interpretación de las voces. Se utilizaron cuestionarios y entrevistas con guías de contenidos específicos.

La intervención consistió en terapia racional emotiva, terapia cognitiva y ensayos conductuales; primero se brindó psicoeducación en cuanto al modelo ABC y las distorsiones cognitivas, posteriormente los participantes tenían que ir ejemplificando con casos de la vida diaria hasta que poco a poco se abordaban las ideas delirantes y las alucinaciones. Como resultado final se obtuvo reducción en la sintomatología positiva, en el contenido negativo de las alucinaciones, su frecuencia y la creencia metafísica de éstas; también hubo una mejor actitud ante la medicación y un aumento del “insight”, se utilizaron cuestionarios y entrevistas de evaluación (Muñoz et al., 2012).

Un ensayo controlado aleatorizado (terapia cognitiva versus grupo control) de un solo ciego (*single blind*) con 74 pacientes

esquizofrénicos utilizó el PANSS para evaluar la sintomatología. La principal intervención, aplicada en 26 sesiones, consistió en identificar y modificar respuestas cognitivas y conductuales. Los resultados mostraron mejoría en las puntuaciones del PANSS en la post evaluación, así como mejor funcionamiento social y personal (Morrison et al., 2014).

En una revisión sistemática llevada a cabo por Naeem, Farooq y Kingdon (2014), la cual tenía como objetivo evaluar estudios que compararan TCC estándar para psicosis que son alrededor de 12 a 20 sesiones de 4 a 6 meses versus TCC breve para psicosis de 6 a 10 sesiones que se brindan en un máximo de 4 meses con la intención de evaluar si en ambas se obtenía la misma efectividad. Sin embargo, se encontraron con la dificultad de que de 576 estudios encontrados en el registro Cochrane para esquizofrenia solo 7 artículos resultaron ser relevantes aunque ninguno cumplía con los criterios de inclusión, ya que no definían con exactitud como confirmaron o definieron esquizofrenia, no se especificaban el número de sesiones, se utilizaban otras técnicas a parte de la TCC para el tratamiento, por lo que llegaron a la conclusión de que no existe evidencia que declare que la TCC breve es mejor o peor que la TCC estándar o viceversa para el tratamiento de la esquizofrenia. Además este estudio señala la importancia de la creación de procedimientos que definan el número de sesiones, la corroboración de si cumple con los criterios diagnósticos para esquizofrenia y la descripción del tipo de participantes así mismo

cómo se llevó a cabo la intervención.

Así como la Terapia Cognitiva ha demostrado buenos resultados en el manejo de la sintomatología de la esquizofrenia, también existen otros elementos detectados por la literatura a manera de herramientas importantes a retomar para el manejo del trastorno mental.

Uno de estos elementos suele ser la psicoeducación, la cual provee información al paciente acerca de su padecimiento actual visto desde una perspectiva multidimensional, incluyendo perspectivas familiares, sociales, biológicas y farmacológicas. En una revisión sistemática se comparaban intervenciones de psicoeducación versus cuidado estándar (nivel normal de atención psiquiátrica) en pacientes con esquizofrenia entre 18 y 60 años. Se encontró una mayor satisfacción con los servicios de salud mental, mejor adherencia al tratamiento, como menos recaídas, reingresos y estancia hospitalarias más cortas (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011).

En otro estudio se evaluó la psicoeducación a familiares en relación a las recaídas de los pacientes, en el cual participaron familias de 108 pacientes del departamento de psiquiatría del Hospital Mayo Lahore de Pakistan. Se eligieron a las familias y se asignaron a dos grupos de manera aleatoria, el primero recibió de forma adicional la psicoeducación y el segundo solo permaneció con el tratamiento usual. Cabe señalar que no fueron tomadas en cuenta familias cuyos pacientes tuvieran esquizofrenia debido a causas orgánicas, demencia o deterioro cognitivo, consumo de drogas ilícitas y evidencia clínica de

epilepsia y problemas de aprendizaje. Se brindaron 9 sesiones de psicoeducación con un promedio de 60 minutos cada una, los datos se obtuvieron por medio de la escala PANSS evaluando el antes y el después de la intervención. En los resultados se observó una tasa de recaída menor para el grupo de psicoeducación de 5.8% comparada con el grupo de tratamiento usual de 35.7%, además de que los síntomas positivos, negativos y de psicopatología general fueron significativamente menores para el primer grupo (Nasr & Kausar, 2009).

Hay diversas intervenciones exitosas adicionales para síntomas negativos, la más común suele ser la Terapia Cognitiva que busca modificar la interpretación negativa del paciente sobre sí mismo y refuerza sentimientos y conductas favorables en el individuo. Otras entrenan habilidades sociales instruyendo al paciente en las relaciones con sus pares mediante comportamiento verbal y no verbal (expresión facial y lenguaje corporal) asertividad, identificación y percepción de las emociones (Elis, Caponigro & Kring, 2013).

A pesar de ser técnicas precursoras durante varios años en el manejo de los síntomas negativos, recientemente se han indagado otros tipos de tratamiento, los cuales incluyen habilidades en la meditación de concentración, y se centra en dirigir conscientemente la compasión y afecto hacia uno mismo y los demás como una herramienta para aumentar las emociones positivas (Elis, Caponigro & Kring, 2013).

Un estudio piloto examinó los efectos de meditación en amor bondadoso o *loving-kindness* en 18 pacientes con esquizofrenia. Después de participar en seis sesiones de meditación los pacientes reportaron un aumento de las emociones positivas, autoaceptación, mayor satisfacción con la vida, mejor disfrute de aspectos sociales como sentirse apoyado por otros y una mejora en los síntomas negativos. Estos beneficios se mantuvieron en un período de tres meses de seguimiento medidos mediante cuestionarios (Johnson et al., 2011).

La intervención consistió básicamente en la práctica de centrar la atención en el presente, luego del cual los participantes contemplaban a una persona por la que sintieran compasión o una situación en la que sintieran bondad, durante las sesiones posteriores se dio esta guía para extender de forma secuencial estos sentimientos para sí mismos y a otros, a través de frases como “yo puedo/deseo que sean felices/pacífico/sano/ a salvo. Los pacientes fueron alentados para practicar las actividades en casa de forma cotidiana mediante la escucha diaria de un disco compacto (Johnson et al., 2011).

Un estudio de caso con 3 pacientes que mostraban altos índices de hostilidad, ira y agresividad en su esquizofrenia. Como consecuencia tenían malas relaciones interpersonales y en algunos casos llegaban a las autoagresiones que los llevaban a hospitalizaciones frecuentes. Se sometieron a un entrenamiento en compasión Shenpa, enfocada a disminuir situaciones interna y externa de aferramiento a emociones negativas como el enojo, a lo largo de 8 sesiones

practicando adicionalmente *morada compasiva*. El diseño consistió en una línea base múltiple, en las cuales se evaluaron las dos prácticas basadas en técnicas de Minfulness para la ira, la agresión verbal y física. Los tres participantes fueron capaces de disminuir su enojo, en gran medida redujeron la agresión verbal y prácticamente lograron eliminar la agresión física (Singh et al., 2014).

Al igual que este tipo de intervención se han descrito otras basadas en Mindfulness para reducir el estrés (MBSR por sus siglas en inglés) la cual se evaluó por cuestionarios de bienestar psicológico (estrés percibido, agotamiento vital, afecto positivo y afecto negativo) calidad de vida y atención; que luego de ocho sesiones semanales con una duración de 150 minutos, se obtuvieron resultados favorables para el estrés percibido, el agotamiento vital, afecto positivo, atención y calidad de vida en comparación con los datos arrojados durante la línea base (Nyklícek & Kuijpers, 2008).

La intervención consistió en psicoeducación en aspectos relacionados con la relajación, meditación y la conexión cuerpo-mente, seguida de la práctica vivencial de la meditación que incluía ejercicios de yoga, tanto a nivel grupal como en la vida diaria y como aspecto adicional se centró en la solución de problemas relacionados con los impedimentos individuales de la práctica efectiva del MBSR (Nyklícek & Kuijpers, 2008).

En el estudio de Davis et al. (2015), realizaron una adaptación del MBSR para intervenir en la rehabilitación laboral y recuperación de la

esquizofrenia, a esta adaptación la llamaron *MIRROR* el cual hace mayormente hincapié en la autocompasión y al estrés concerniente al trabajo, sin dejar de lado componentes básicos como la meditación, ejercicios experienciales para transmitir la enseñanza y retroalimentación de la experiencia en meditación. Se llevó a cabo en 34 pacientes ambulatorios con esquizofrenia divididos en dos grupos aleatoriamente el primero con el entrenamiento en *MIRROR* y el segundo con apoyo habitual de la institución.

En 16 sesiones semanales de 75 minutos y práctica en casa de 20 a 30 minutos con mediciones mensuales con un Inventario de Comportamiento en el Trabajo (WBI por sus siglas en inglés) y el PANSS. Los resultados obtenidos demostraron que los participantes para el grupo de *MIRROR* trabajaron un mayor número de horas con un mejor desempeño en comparación del grupo de apoyo habitual, además de que los primeros demostraron mejor rendimiento en el trabajo (Davis et al., 2015). A pesar de que en el artículo reporta que los autores aplicaron PANSS no se describen resultados para la evaluación de los síntomas positivos y negativos.

Por último, en una revisión sistemática con metaanálisis para evaluar la eficacia de la intervención del Mindfulness en esquizofrenia, se evaluaron 14 estudios (la mayoría utilizaba el PANSS como medida de evaluación) basados en meditación, aceptación y compasión. Los resultados sugirieron efectos mayores sobre los síntomas negativos en comparación con los positivos, sobre todo cuando se combinan técnicas

de atención, aceptación y compasión. El tamaño del efecto total fue de $d=.52$, síntomas negativos $d=.75$, síntomas afectivos (depresión, distrés, ansiedad y desregulación emocional) $d=.43$ y síntomas positivos $d=.32$, lo cual resulta ser de moderado a altamente eficaz en el tratamiento de los síntomas negativos (Khoury et al., 2013).

En el contexto de intervenciones psicológicas se habla de alcanzar la “recuperación funcional” para este padecimiento más que la remisión de los síntomas. Así, se busca mantener la estabilidad clínica del paciente, obtener mejorías en el funcionamiento social, cognitivo y calidad de vida, que logre autonomía de acuerdo a sus deseos y capacidades, auto aceptación, dignidad y respeto por sí mismo, así como incrementar las habilidades del paciente para afrontar los desafíos de la vida y el manejo de sus síntomas. Se señala que la recuperación funcional debe basarse en dos aspectos: 1) el objetivo, que se relaciona directamente con la sintomatología de la enfermedad y como ésta afecta su funcionamiento ,y 2) los cambios subjetivos, que se refiere a lo que la persona percibe en su vida como mejoría en los elementos anteriormente señalados (Valencia et al., 2014).

Como síntesis contextual para el trabajo objeto de la presente tesis, se puede recapitular que la esquizofrenia es una enfermedad crónica que en muchos casos puede acabar con la vida de quien la padece, afecta la calidad de vida al grado de ponerla en riesgo mediante el suicidio o daño a terceros como la familia. Sus consecuencias más comunes son intento de suicidio, crímenes violentos,

descuido en la higiene, relaciones interpersonales disfuncionales, bajo rendimiento escolar y laboral, aislamiento social, identificación y expresión disfuncional de emociones, pobre razonamiento lógico y concentración, depresión, ansiedad, afrontamiento defectuoso del estrés y de la solución de problemas. En México es una de las principales causas de internamiento en hospitales psiquiátricos además de causar muchas incapacidades a nivel personal y social. Con alguna frecuencia no se recibe un diagnóstico a tiempo o un tratamiento adecuado. La intervención farmacológica encabeza el tratamiento, sin embargo, puede causar efectos colaterales, deterioro en la calidad de vida, o no llega a cubrir una remisión de la sintomatología negativa o positiva.

En el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* de la Ciudad de México, la esquizofrenia paranoide ocupó el primer lugar de los casos atendidos durante el ciclo de enero a diciembre del 2014 atendiendo mayormente a personas de la consulta externa. Casi todos los casos se atendieron con medicamento o TEC y pocos se integran a un tipo de rehabilitación como suele ser la terapia ocupacional o intervenciones familiares. Al contar con pocos recursos humanos capacitados en el área de intervención psicoterapéutica para la esquizofrenia, la posibilidad de que este tipo de pacientes reciba un apoyo psicológico es casi nula, a pesar de que la investigación científica ha demostrado que las intervenciones basadas en TCC suelen ser de mucho aporte para el manejo de dicho trastorno.

Como se ha reseñado hay evidencia de que intervenciones del tipo cognitivo-conductual que incluye psicoeducación, terapia cognitiva y mindfulness (meditación, compasión y aceptación) suelen ser mediana a altamente eficaces como complemento del tratamiento farmacológico. Se han obtenido resultados favorables en disminución de la sintomatología positiva y negativa, menor abandono del tratamiento, mejor funcionamiento social y personal, expresión de emociones positivas, afrontamiento adecuado al estrés, menor sintomatología depresiva y ansiosa, menos recaídas y riesgo suicida.

A pesar de que este tipo de intervenciones suelen ser efectivas, cada uno de los elementos anteriormente señalados se han abordado de forma independiente y por tiempo prolongado, impactando solo en una parte de la sintomatología de la esquizofrenia. Debido a que los costos en el tratamiento suelen ser altos y por tiempo indefinido para las instituciones y familias en éste tipo de población, es preciso implementar intervenciones terapéuticas eficaces para brindarle al paciente una mejoría en su funcionamiento cognitivo, emocional y social que le permitan reincorporarse a su medio obteniendo los beneficios establecidos por las investigaciones previas en menor tiempo. Por lo que el presente estudio pretende la integración de estos componentes en una única intervención, iniciando con Psicoeducación y de acuerdo a los datos que señalan las investigaciones actuales la Terapia Cognitiva de Beck ha obtenido resultados positivos en un mínimo de 20 a 26 sesiones ya sea de manera grupal o individual, y

para Mindfulness suelen ser de 6 a 8 sesiones de manera grupal.

La mayoría de los estudios utiliza el PANSS como herramienta principal de evaluación de la sintomatología, por lo que se retomará como instrumento principal; Sin embargo, muchas de las investigaciones reseñadas sólo usan mediciones de inventarios o cuestionarios y carecen de una descripción acerca de las características sintomáticas de los participantes. Por lo que se considera indispensable incluir un registro conductual que permitirá representar la intensidad, duración y frecuencia con la que se presentan los síntomas que experimenta la persona con esquizofrenia paranoide, así mismo se podrá corroborar la información mediante familiares o cuidadores primarios.

De esta manera la pregunta de investigación que se plantea es: *¿qué efecto tendrá un programa de intervención cognitivo-conductual que incluya psicoeducación, terapia cognitiva y mindfulness en el manejo de síntomas positivos y negativos en pacientes con esquizofrenia paranoide?*

Por lo que el objetivo central es:

Explorar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual multidisciplinario que incluya psicoeducación, terapia cognitiva y mindfulness para el manejo de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia paranoide en estudios de caso.

Como objetivos secundarios:

- Desarrollar un registro conductual que evalúe la sintomatología positiva
- Describir las características y sintomatología de los pacientes
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes

Método

Participantes.

Se invitó a participar a 9 hombres y 5 mujeres del servicio de consulta externa durante los meses de Enero y Febrero del 2015, 7 hombres firmaron el consentimiento informado junto con su cuidador primario y dos testigos, 1 de ellos no cumplía con los requisitos ya que fue mal diagnosticado y 1 de ellos no aceptó. En cuanto a las mujeres, 2 de ellas fueron mal diagnosticadas y 1 de ellas ya acudía a recibir rehabilitación en el servicio de hospital de día. De los 7 hombres que firmaron el consentimiento informado solo se presentaron a la evaluación línea base dos de ellos. De éstos participantes que iniciaron el tratamiento uno de ellos lo abandono después de la psicoeducación debido a cambio de domicilio fuera de la ciudad y el segundo a mitad de la intervención, los motivos no fueron claros. En el caso de las mujeres las dos restantes continuaron con el tratamiento.

Por lo que en el estudio se registró la participación de 2 mujeres mayores de 18 años del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* que cumplían los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide de acuerdo con el expediente y la confirmación del diagnóstico.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que se corroboró el diagnóstico asignado por el psiquiatra de acuerdo a los criterios del MINI para esquizofrenia paranoide.

- Pacientes que llevaran un tratamiento farmacológico controlado por el médico psiquiatra en la consulta externa durante al menos 6 meses.

- Pacientes que vivían dentro del área metropolitana (México D.F. y sus alrededores).

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no se corroboró el diagnóstico asignado por el psiquiatra de acuerdo a los criterios del MINI para esquizofrenia paranoide.

- Pacientes que no llevaron un tratamiento farmacológico controlado por el médico psiquiatra durante al menos 6 meses.

- Pacientes con abuso de sustancias recurrente.

- Pacientes con deterioro cognitivo grave evaluado por el NEUROPSI.

- Pacientes que se encontraban recibiendo algún otro tipo de terapia o rehabilitación.

Criterios de eliminación:

- Que los pacientes abandonaran el estudio por decisión propia.

Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron por medio del expediente médico, así como de una historia clínica la cual aplicó la examinadora a familiar y paciente para cada caso.

Participante 1.

Sexo	Mujer
Edad	30 años
Fecha de nacimiento	11/agosto/1984
Lugar de nacimiento	Ciudad de México
Estado Civil	Soltera
Ocupación	Ninguna
Escolaridad	Carrera técnica (diseño de modas)
Hijos	No
Familiar responsable	Madre
Religión	Ninguna

Inicio y curso de los síntomas:

De acuerdo con el reporte de la madre, en la adolescencia hubo consumo de drogas por parte de la participante y la describe como callada, apartada y reservada. En ese entonces le detectaron un foco epiléptico que fue tratado y al poco tiempo desapareció, sin embargo, tiempo después indica que a su familiar le costaba trabajo realizar rompecabezas y comenzó a escuchar voces que la amenazaban y le daban instrucciones de que les hiciera daño a sus familiares. Mencionando lo siguiente: “Recibió tratamiento para las adicciones en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) pero después de eso comenzó con los síntomas de la enfermedad, la llevamos a muchos lados porque no sabíamos qué tenía, unos decían que eran personalidad múltiple otros que parecía psicosis, hasta que un doctor particular que trabaja aquí nos dijo que la trajéramos acá a psiquiatría ya tenía 19 años y fue cuando nos dijeron que tenía esquizofrenia, y ya desde entonces recibe su

tratamiento médico” Sic. Madre 1.

Por su parte la paciente señaló que su “mala suerte” comenzó a los 15 años cuando asistía a la preparatoria: “comencé a juntarme con personas en el 3° semestre y me daban alcohol y otras drogas como marihuana, cocaína, hongos, ácidos la verdad al principio lo hacía para olvidar que me habían abusado sexualmente unos meses antes, en ese tiempo nadie lo sabía y también para olvidar problemas en la casa, mi papá y mi abuelo materno eran alcohólicos” Sic. Paciente 1. Señala que el consumo de drogas lo sostuvo hasta aproximadamente 3 años hasta que su madre la descubrió e inició tratamiento en el CIJ, en ese entonces indica que recibió más apoyo de la madre pues el padre solía hacerle comentarios como “nunca lo vas a dejar, ya para que te atiendes si nunca te vas a curar todo lo que me decía era como en tono de burla, ahora que se aparece el sátiro me recuerda a mi vida pasada pero ya fue porque si pude dejar las drogas” Sic. Paciente 1.

La sintomatología actual y el diagnóstico de esquizofrenia paranoide comenzó hace 11 años, después de haber estado en recuperación del centro contra las adicciones “Cuando comencé ya a desintoxicarme no podía dormir, recuerdo que como me atrasé mucho por el consumo de drogas, tenía que reponer materias entonces comencé a no dormir por estudiar, y a tomar mucho café y un día en la madrugada se me apareció mientras yo estudiaba un alíen enfrente del espejo y me dijo que se llamaba Jarry, primero era agresivo conmigo, me decía cosas feas pero después terminó siendo como mí confidente. A

partir de ahí mi vida cambió, comencé a escuchar voces que decían que me matara o que no le hiciera caso a los demás, ahora veo a un sátiro y ese es malo siempre me quiere atacar, cuando era niña había visto un duendecillo pero solo fue un par de veces, sí me daba miedo pero desapareció, además cuando salgo a la calle siento que las personas me pueden hacer daño y solo me observan para atacarme” Sic. Paciente 1. La participante actualmente habita en casa de sus padres, soltera, sin ocupación aunque concluyó carrera Técnica de Modismo.

Datos relevantes de la historia clínica:

Nacida vía parto natural sin complicaciones con peso de 3.500 kg, no se especifica la estatura, control de esfínteres al año y medio, marcha a los 9 meses, inicio del lenguaje al año de edad, su primera palabra fue “mamá”. La crianza por parte de los padres se describe como autoritaria por parte de ambos. Se menciona violencia intrafamiliar física y psicológica por parte del padre, se indica que éste último solo convivía los fines de semana con la participante donde solía ser “consentidor” y permisivo. También indica que en ciertas ocasiones recibía maltrato físico por parte de la madre.

En el desarrollo social y escolar se describe como aislada, reservada, huraña, llorona y desconfiada ya que no le interesaba socializar por miedo, menciona haber tenido mejor relación con hombres que con mujeres. En el preescolar se menciona que vivió acoso escolar por parte de la profesora, en la primaria lloraba casi todos los días y también tuvo acoso escolar por parte de los compañeros, en la

secundaria fue su máximo aprovechamiento escolar ya que indica que varias veces estuvo en el cuadro de honor y obtuvo una beca. En la preparatoria comenzó a decaer por el consumo de drogas y problemas de salud además de que sus relaciones interpersonales no eran satisfactorias y en los estudios profesionales señala haber comenzado carrera de arqueología pero abandonó por falta de interés, después de un tiempo inició con la carrera de diseño de modas la cual logró culminar con muchos esfuerzos. Actualmente en su vida social pasa la mayor parte del tiempo en solitario dentro de su casa, solo menciona tener un único amigo con quien solo habla por teléfono, sus actividades que suele realizar es leer ciencia ficción, ver películas y pintar.

En el área de la salud se encontraron antecedentes de enfermedades como gastritis, depresión y bulimia, ha sido hospitalizada tres veces, dos por esquizofrenia y una única vez por adicciones, actualmente solo fuma dos cigarros al día. Los antecedentes heredo familiares que se mostraron fueron alcoholismo por parte de padre y abuelo materno, Alzheimer por parte de dos tíos maternos, diabetes por tío materno e hipertensión por padre y abuela paterna, cáncer de mama por parte de hermana mayor ya fallecida. Duerme aproximadamente cinco horas al día pues su sueño es inestable. El tratamiento médico actual es Aripiprazol 15 mg $\frac{1}{2}$ - 0- $\frac{1}{2}$, Valproato de Magnesio 200 mg 2-1-2 y Clonazepam 2 mg $\frac{1}{4}$ - 0- 1; actualmente no recibe terapia psicológica la única intervención ocurrió hace 10 años la cual la participante manifiesta como poco satisfactoria.

En cuanto al área laboral se señala que ha trabajado varias veces (vendedora de prendas de vestir, promotora, diseñadora) aunque lo máximo que ha durado es un año. Su sueño es sacar a la venta una marca de ropa.

Por último en el área sexual se indicó que es heterosexual ha tenido seis parejas, aproximadamente sus relaciones duran año y medio y con la última vivió en unión libre, sin embargo, la participante señala que finalizó debido a que su pareja no podía acoplarse a las crisis que le suscitaban por su enfermedad, menciona que la mayoría han sido relaciones destructivas debido al padecimiento actual.

En la actualidad la participante describe a su familia como más cercana con la madre ya que tiene esa comunicación para platicarle lo que le ocurre, describe peor relación con el padre ya que es muy distante, además de que se siente culpable por la muerte de su hermana. El mapa clínico de patogénesis se muestra en el Anexo 1.

Participante 2.

Tabla 2
Datos generales de la participante 2

Sexo	Mujer
Edad	21 años
Fecha de nacimiento	17/mayo/1994
Lugar de nacimiento	Ciudad de México
Estado Civil	Soltera
Ocupación	Ninguna
Escolaridad	Licenciatura Trunca
Hijos	No
Familiar responsable	Madre
Religión	Ninguna

Inicio y curso de los síntomas:

De acuerdo con el reporte de la madre se menciona que desde hace dos años la paciente comenzó a tener bajas calificaciones y se la pasaba llorando en su recámara casi todo el tiempo. “No sé qué paso yo al principio se lo atribuía a que había terminado una relación de pareja que duró como 3 años, porque de pronto dejó el INBA, dejó de salir con sus amigos, ya no se arreglaba y estaba como muy dispersa, era como si se hundiera sin ganas de hacer nada” Sic. Madre 2. Comenzaba a tener “crisis de miedo” ya que la paciente le señalaba que “veía sombras”, además de que ya no salía de casa y poco tiempo después comenzaba a referir que veía a personas fuera de su hogar que le querían hacer daño y se quedaba “paralizada”.

En el informe de la paciente menciona que ella solo recuerda que el problema inició una vez que estaba en su cama, de pronto comenzó a sentir miedo y volteó hacia la ventana, fue donde vio por primera vez a una mujer que la observaba fijamente. Relata que sentía miedo de salir a la calle por temor a recibir un altercado “tenía miedo a que alguien me matara cuando caminaba por una calle que estaba cerca de mí casa eso lo recuerdo desde que tenía como 16 años. Después cuando apenas entré a la universidad tuve un novio que había tenido una relación complicada con una ex pareja, me decía que lo había mandado a golpear y que seguramente a mí también me andaba vigilando para hacerme algo ya que era muy violenta, y le creí porque algunas veces lo vi golpeado. De pronto un día así de la nada estaba en mi cuarto y vi a una mujer vestida

de blanco fuera de mi ventana, a partir de ahí supe que me vigilaban y que alguien me estaba esperando en la calle para matarme, la verdad es que desde pequeña veía cosas pero nunca me había sentido así” Sic. Participante 2.

La participante habita en casa de sus padres con una hermana menor que estudia la secundaria, padre y madre trabajadores, señala que le gustaría volver a retomar actividades como estudiar fotografía pero le cuesta trabajo porque no puede relacionarse con las personas.

Datos relevantes de la historia clínica:

Nacida por cesárea sin complicaciones con peso de 3.650 kg y estatura de 53 cm, control de esfínteres al año y medio, marcha a las 11 meses, inicio del lenguaje a los 9 meses de edad su primera palabra fue “teta”. La crianza por parte de los padres se describe como enérgica, sobreprotectora por parte de la madre, ausente y violenta por parte del padre. Se menciona violencia intrafamiliar física y psicológica por parte del padre y maltrato infantil por parte de la madre hacia sus hijas.

En el desarrollo social y escolar se describe como tranquila, seria, e introvertida pues casi no interactuaba con los demás niños ya que prefería el juego en solitario, solo se relacionaba con personas cercanas a ella como familiares (hermana y tía) “cuando era pequeña pensaba que los demás eran inmaduros y no podían entenderme, los extraños no me gustaban, les tenía como miedo no me gustaba que se me quedaran viendo” Sic. Participante 2. En la primaria indica que vivió acoso escolar

por parte de compañeros y no solía convivir en la escuela solo tenía una amiga, en la etapa de secundaria el rendimiento fue bajo y en preparatoria su rendimiento académico fue regular, señala que sus materias favoritas siempre fueron diseño y redacción. En la universidad desertó ya que la carrera que había elegido (sociología) no fue de su agrado además de que menciona que se sentía sola y no socializaba con sus pares. Actualmente relata que prefiere pasar la mayor parte de tiempo en solitario leyendo novelas de amor y de vez en cuando practicar ballet, menciona tener solo dos amigos a los cuales frecuenta solo una vez al mes o menos tiempo.

En el área de la salud se encontraron antecedentes heredo familiares de alcoholismo y depresión psicótica por parte del padre, diabetes y cáncer de tiroides por parte de la madre. No se refieren a otros familiares con algún diagnóstico psiquiátrico. La participante nunca ha estado hospitalizada. Duerme aproximadamente 10 horas al día. El tratamiento médico actual es Risperidona 2 mg 0-0-1 y Fluoxetina 20 mg 2-0-0, nunca ha recibido terapia psicológica.

En cuanto al área laboral se señala que únicamente ha trabajado como maestra de ballet para niñas.

Por último en el área sexual se indicó que es heterosexual, ha tenido tres parejas a quien solo a una la considera significativa ya que duro tres años de relación. Inicio su vida sexual a los 16 años.

En la actualidad la participante describe a su familia como unida,

pues salen a pasear los fines de semana y tratan de impulsar la comunicación entre sus integrantes, menciona que conserva mejor relación con su madre. El mapa clínico de patogénesis se muestra en el Anexo 2.

Diseño del estudio.

El diseño fue un estudio de caso clínico a fin de evaluar los cambios de cada participante de forma individual de acuerdo a sus características del padecimiento, contó con una pre-evaluación de línea base, aplicación de intervención y una post-evaluación (AB). El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, en Noviembre del 2014.

Medición.

Los instrumentos que se utilizaron para recabar los datos del estudio fueron los siguientes:

1. Evaluación Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI) de Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli (1999) creada para población Mexicana; este instrumento permite la evaluación neuropsicológica de un individuo. El test puede detectar problemas en funciones cognitivas tales como: orientación, atención, memoria, lenguaje, ejecución, entre otras.; dando cuenta de alteraciones a nivel cortical o subcortical. La confiabilidad test-retest es de 0.89 para el puntaje total. La confiabilidad para las subpruebas va de 0.89 a 1.0. Los coeficientes de correlación entre jueces van de 0.93 a 1.0 y los

índices de sensibilidad y especificidad en demencia leve y moderada son de 83.63% y 82.07%. Se obtiene una calificación sumando el puntaje crudo y se convierten a puntajes normalizados para cada subárea y total, los cuales se clasifican en: normales, alteraciones leves o limítrofes, alteraciones moderadas y alteraciones severas.

2. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) versión en español 5.0.0, por Ferrando et al. (2000). Es una entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I basados en el DSM-IV y CIE-10. Cada apartado cuenta con oraciones que se responden dicotómicamente con “Sí” o “No” para la presencia de cada síntoma, al final se realiza una suma que determina la presencia del trastorno mental.
3. Escala de Síntomas Positivos y Negativos para valorar la esquizofrenia (PANSS por sus siglas en inglés) de Kay, Fiszbein y Opler (1987). Adaptada a población mexicana por Herrera-Estrella et al. (1993). Consta de 30 reactivos, 7 para la escala positiva (PANSS-P), 7 para la escala negativa (PANSS-N) y 16 para la escala de psicopatología general (PANSS-PG). Cuenta con una consistencia interna de .92, y una correlación de Pearson entre observadores de .81 a .99. Se otorga una puntuación para cada reactivo de 1=Ausente, 2=Mínimo, 3=Leve, 4=Moderado, 5=Moderadamente severo, 6=Grave y 7= Extremo, la entrevista describe a detalle que puntuación se debe otorgar de acuerdo al grado de gravedad que presenta el individuo.

4. Registro conductual para evaluar los delirios y las alucinaciones. Se evaluó la frecuencia, duración, intensidad de cada síntoma positivo que presentaba cada paciente de manera particular durante cada semana. Ver Anexo 3.
5. Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) de Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila (2009) para población Mexicana, este inventario permite evaluar la calidad de vida subjetiva del paciente crónico y agudo en diversas áreas como: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. En cada subescala se realiza una sumatoria que de acuerdo a una tabla de normatividad se pueden dar los siguientes resultados clínicos para la calidad de vida: MB= Muy baja, B=baja, N=normal, A= Alta, MA=Muy alta. Cuenta con una consistencia interna medida mediante Alpha de Cronbach que va desde .68 a .93 por área y una validez concurrente y test-retest.

Procedimiento.

Se reclutaron pacientes del servicio de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* que contaran con tratamiento farmacológico estable durante 6 meses en dicho servicio y que cumplieran con los demás criterios de inclusión, que aceptaran formar parte del estudio con base en un consentimiento informado (Véase el anexo 4) de acuerdo a los lineamientos oficiales de la Ley

General de Salud en Materia de Investigación para la salud del artículo 17 que ésta señala y como lo estipula el título segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” capítulo 1 (SSA, 1983), el cual contenía una descripción general de la intervención, dejando en claro que era totalmente confidencial y los datos obtenidos serían utilizados únicamente para fines de investigación clínica, respetando su integridad e información individual siendo que si en algún momento decidieran abandonar el tratamiento no se les daría ningún tipo de sanción.

Se aplicó el MINI para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia paranoide en los participantes, posteriormente se utilizó el NEUROPSI para determinar el grado de daño cognitivo que presentaron los pacientes; al terminar esta evaluación se aplicó PANSS por personal debidamente capacitado y entrenado en la observación de la sintomatología de esquizofrenia y en metodología observacional, así como en la evaluación y calificación del instrumento, para esto se practicaron ejercicios de la aplicación con pacientes que no formaban parte del estudio con el objetivo de alcanzar un coeficiente kappa de Cohen lo suficientemente confiable ($\geq .70$) entre observadores, de la misma forma se aplicaron posteriormente a los participantes, esto con la finalidad de evitar sesgos del investigador. Se aplicó PANSS e InCaViSa antes del tratamiento y posteriormente durante cada mes hasta finalizar la intervención, mientras que con los registros conductuales se evaluaron a cada uno de los pacientes durante tres

sesiones cada una por semana antes de la intervención para poder establecer la línea base. Los registros conductuales se les entregaban en la primera sesión al paciente y a un familiar o cuidador primario, explicando su forma de contestar; dichos registros se revisaron en cada sesión de tratamiento.

Al término de las tres evaluaciones de la línea base, se prosiguió con la aplicación de las diferentes técnicas que conforman el programa de intervención:

a) Psicoeducación.

Se realizó en forma grupal para familiares o cuidadores primarios donde se abordó una perspectiva multidimensional de la esquizofrenia, tomando en cuenta aspectos biológicos, familiares y sociales, así como actitudes de afrontamiento adecuado a las crisis, habilidades de comunicación y solución de problemas, con la finalidad de informar y sensibilizar al auditorio basado principalmente en Rebolledo y Lobato (2005). Se realizó dentro de un aula del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* con apoyo de una presentación *powerpoint* y resumen escrito que se entregó por familia con información relevante de la sesión. La duración total del módulo fue de dos sesiones con duración aproximada de tres horas con 10 minutos de receso cada una.

Al iniciar se presentó la ponente y posteriormente se les pidió a los asistentes que se presentarán cada uno, mencionando su nombre, el

nombre del familiar con el padecimiento, la edad, una pequeña descripción de cómo ha sido su experiencia de convivir con la persona afectada del trastorno y cuál era su principal motivación en acudir a esta psicoterapia como familiares.

De forma general se establecieron reglas de convivencia mismas que se acordaron entre todas las personas presentes en el grupo psicoeducativo. En la siguiente tabla 3 se muestra la organización de las sesiones psicoeducativas.

Tabla 3 <i>Sesiones psicoeducativas para familiares</i>		
Sesión	Características	Duración
1° con familiar o cuidador primario	Presentación y normas del grupo -¿Qué es la Esquizofrenia? (características de la enfermedad, epidemiología, causas y consecuencias) -Curso y pronóstico -Los mitos de la esquizofrenia -Características del tratamiento psicofarmacológico y terapia cognitivo-conductual	3 horas con un receso de 10 minutos para un pequeño refrigerio (se les ofreció a los participantes jugo, galletas y emparedados)
2° con familiar o cuidador primario	-Cómo afrontar una crisis (factores precipitantes y de prevención de las crisis y del suicidio, qué hacer frente a un intento de suicidio). -Actitudes y Habilidades de afrontamiento adaptativo ante la enfermedad (principios para la comunicación efectiva, solución de problemas, estrategias para afrontar comportamientos problemáticos, uso de reglas y normas para controlar el comportamiento). -Cierre de la psicoeducación	3 horas con un receso de 10 minutos para un pequeño refrigerio (se les ofreció a los participantes jugo, galletas y emparedados)

El segundo grupo de psicoeducación fue conformado por los pacientes, de la misma forma se brindó información multidimensional de la esquizofrenia sobre aspectos biológicos, familiares y sociales, así como actitudes de afrontamiento adecuado a las crisis, habilidades de comunicación y solución de problemas, con la finalidad de que los pacientes fueran identificando gradualmente su situación en relación con la explicación. Se realizó en apoyo a una presentación con formato de *powerpoint* y resumen escrito que se entregó a cada participante con la información de sesión. Duración de máximo tres horas.

Como con los familiares primero se presentó la exponente, seguida de los pacientes quienes cada uno mencionaron su nombre, edad, cómo y desde hace cuánto tiempo comenzaron con la enfermedad y cuál era su principal motivación en acudir a la psicoterapia. Se establecieron reglas de convivencia mismas que se acordaron entre todas las personas presentes en el grupo psicoeducativo. En la siguiente tabla 4 se muestra el contenido de la sesión psicoeducativa.

Tabla 4		
<i>Sesión psicoeducativa para pacienteS</i>		
Sesión	Características	Duración
3° con pacientes	Presentación y normas del grupo. -¿Qué es la Esquizofrenia? (características de la enfermedad, epidemiología, causas, consecuencias, curso y pronóstico). - Características del tratamiento psicofarmacológico y terapia cognitivo-conductual.	Máximo 3 horas con receso de 10 minutos.

-
- Cómo afrontar una crisis (factores precipitantes y de prevención de las crisis y del suicidio).
 - Actitudes y Habilidades de afrontamiento adaptativo ante la enfermedad (principios para la comunicación efectiva y solución de problemas).
 - Cierre de la psicoeducación
-

En ambos grupos se resaltó la importancia del tratamiento farmacológico por sí mismo y en conjunto con la intervención psicológica a fin de promover o mantener adherencia terapéutica. También en cada grupo se abrían espacios para comentarios y opiniones de los asistentes sobre cada temática, así mismo se trataban de resolver dudas de la manera más precisa y pertinente. Al finalizar se realizó una pequeña conclusión sobre lo visto en la psicoeducación de manera grupal y se dio el cierre.

b) Terapia Cognitiva

La intervención se inició una vez terminada la psicoeducación. Basada en la Terapia Cognitiva para Esquizofrenia de Beck et al. (2010), se realizó de manera individual para cada paciente a modo de que se trabajara con la sintomatología de cada uno de acuerdo a sus necesidades y demandas. Con una duración aproximada de 50 minutos por sesión, durante 23 sesiones. La terapia cognitiva para la esquizofrenia puede ser en muchos casos un proceso lento y personalizado por lo que existió flexibilidad en las técnicas establecidas

por sesiones.

De acuerdo con Beck et al. (2010) una sesión típica de la terapia cognitiva para la esquizofrenia tiene las siguientes características:

- Recabar puesta al día sobre el estado de ánimo desde la última sesión
- Completar calificaciones de estado de ánimo
- Comprobar el cumplimiento de la medicación
- Puesta al día sobre uso de otros servicios y progresos
- Establecer puente desde la última sesión
- Resumir sesión anterior y cuestiones importantes tratadas
- Identificar posibles puntos de agenda para su enfoque en la sesión actual
- Establecer agenda estructurada
- Enfoque de síntomas debido a la psicosis (p. ej., estrategias cognitivas para los delirios)
- Enfoque de síntomas comórbidos (p. ej., desarrollar jerarquía para desencadenantes de ansiedad social)
- Enfoque de problemas no sintomáticos (p. ej., afrontar una crisis sobre lugar de alojamiento)
- Prevención de recaídas (p. ej., desarrollo de lista de recursos)
- Proporcionar resumen y plan de tareas para casa
- Proporcionar resumen y recabar comentarios del pacientes sobre la sesión

- Proporcionar una visión general del plan de tratamiento hasta la sesión siguiente.

La intervención pormenorizada que se llevó a cabo en este estudio se encuentra en el Anexo 5.

c) Entrenamiento en Mindfulness

Esta parte del programa de intervención se llevó de forma grupal con la finalidad de que los integrantes pudieran interactuar entre ellos. Se inició con una presentación tanto por parte del terapeuta como de los participantes, a modo de dinámica para favorecer la integración y la confianza. El entrenamiento en Mindfulness estuvo basado en Stahl y Goldstein (2010), Fine (2015), Pinto (2011), Bien y Didonna (2011). Se realizaron cinco sesiones, una por semana con una duración aproximada de 90 minutos cada una, tal como se ve en la tabla 5. La práctica se apoyó de un disco compacto y ejercicios por escrito de las prácticas de meditación para realizarlos en casa. Para mayor detalle sobre las sesiones consultar el Anexo 6.

Tabla 5
Sesiones de Mindfulness

Sesión	Características	Duración
1°	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación y dinámica de integración grupal -Psicoeducación (conceptos básicos de Mindfulness) -Ejercicios de respiración atenta (Stahl y Goldstein, 2010) <li style="padding-left: 40px;">-Receso 10 minutos <li style="padding-left: 40px;">-Espacio para comentarios o dudas <li style="padding-left: 40px;">-Identificación de emociones -Practica formal de la observación del cuerpo, chequeo atento o body scan (Stahl y Goldstein, 2010) <li style="padding-left: 40px;">-Cierre de sesión 	90 minutos
2°	<ul style="list-style-type: none"> -Apertura, comentarios o dudas sobre sesión anterior -Exploración: Identificar las emociones, sensaciones y pensamientos en nuestro cuerpo (Sogyal Rimpoché, 1994). -Psicoeducación de meditación sobre la bondad (Stahl y Goldstein, 2010) <li style="padding-left: 40px;">Receso 10 minutos <li style="padding-left: 40px;">-Espacio para comentarios o dudas -Práctica formal: La meditación de la bondad(Stahl y Goldstein, 2010) <li style="padding-left: 40px;">-Trabajar con la resistencia(Stahl y Goldstein, 2010) <li style="padding-left: 40px;">-Cierre de sesión 	90 minutos
3°	<ul style="list-style-type: none"> -Apertura, comentarios o dudas sobre sesión anterior -Practica formal: Meditación Metta (Bien y Dinnona, 2009) <li style="padding-left: 40px;">-Crear auto afirmaciones compasivas (Fine, 2015) -Crear afirmaciones de bondad amorosa personalizadas (Fine, 2015) <li style="padding-left: 40px;">Receso 10 minutos <li style="padding-left: 40px;">-Espacio para comentarios o dudas <li style="padding-left: 40px;">-Psicoeducación: Mindfulness y pensamiento (Fine, 2015) -Practica formal: comer atentamente (Stahl y Goldstein, 2010) <li style="padding-left: 40px;">-Cierre de sesión 	90 minutos
4°	<ul style="list-style-type: none"> -Apertura, comentarios o dudas sobre sesión anterior -Psicoeducación: Mindfulness y emociones (Fine, 2015) Practica y Reflexión: Explora tus creencias sobre las emociones (Fine,2015) <li style="padding-left: 40px;">Receso 10 minutos <li style="padding-left: 40px;">-Espacio para comentarios o dudas <li style="padding-left: 40px;">- Psicoeducación y Práctica RAIN (Fine, 2015; Stahl y Goldstein, 2010) -Practica formal: Meditación para el estrés y la ansiedad (Stahl y Goldstein,2010) 	90 minutos

-Cierre de sesión

5°	-Psicoeducación Mindfulness interpersonal (Stahl y Goldstein, 2010)	90 minutos
	-Exploración: Establecer contacto (Stahl y Goldstein, 2010)	
	-Comunicación atenta (Stahl y Goldstein, 2010)	
	-Práctica formal: La escucha atenta (Stahl y Goldstein, 2010)	
	Receso 10 minutos	
	-Espacio para comentarios o dudas	
	-Psicoeducación <i>El aikido</i> de la comunicación y sus características (Stahl y Goldstein, 2010)	
	-Exploración: La identificación de las pautas que afectan a nuestro mundo relacional (Stahl y Goldstein, 2010)	
	-Cierre de sesión	

Semana para la post-evaluación.

Una semana después de finalizada la intervención completa se recogió el último registro conductual, se aplicó PANSS, InCaViSa y un pequeño cuestionario para que tanto las pacientes y sus familiares pudieran evaluar y dar su opinión acerca del tratamiento. Se les entregó a cada paciente los resultados de la intervención por escrito y se les agradeció su participación en el proyecto (pacientes y familiares), motivándolas a continuar practicando lo visto durante la terapia reforzando sus logros obtenidos hasta el momento.

Resultados

Los resultados se muestran descriptivamente en ambos casos, se usaron gráficos visuales y se calculó el porcentaje de cambio (PC) de acuerdo con Cardiel (1994) el cual determina el cambio clínico objetivo (significativo) como resultado del tratamiento terapéutico, este autor señala la siguiente fórmula:

$$PC = \frac{\text{Post-evaluación} - \text{Pre-evaluación}}{\text{Pre-evaluación}}$$

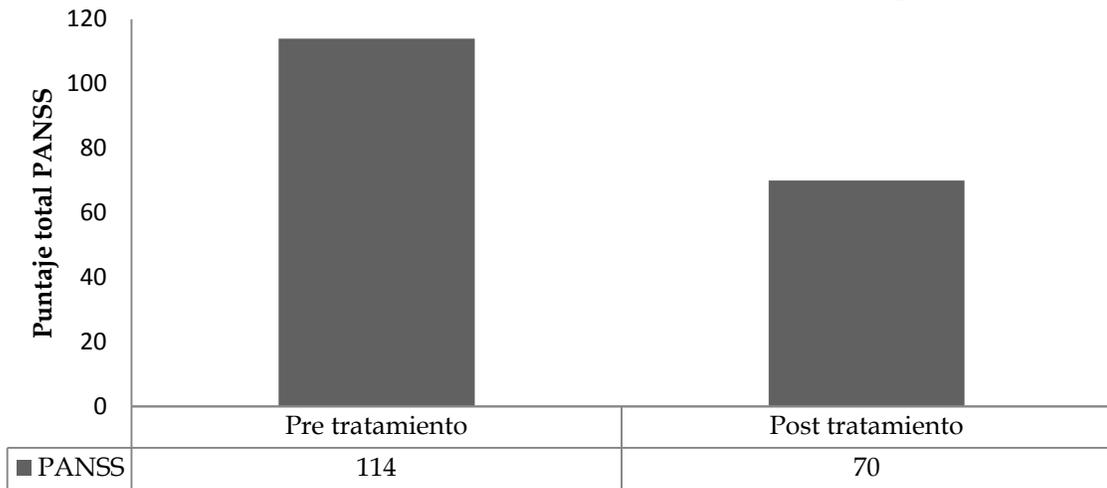
El porcentaje se considera significativo cuando es mayor al 20% y debe de interpretarse de acuerdo a la dirección que indiquen los instrumentos de evaluación. De la misma forma tal como señalan Kazdin (2011) y Pedroza et al. (2002), se tomó en cuenta la validación social (los participantes y personas cercanas como los familiares estén de acuerdo con las conductas meta, el procedimiento y los resultados de la intervención), relatada al final de cada caso.

Caso 1.

Resultados del tratamiento psicológico:

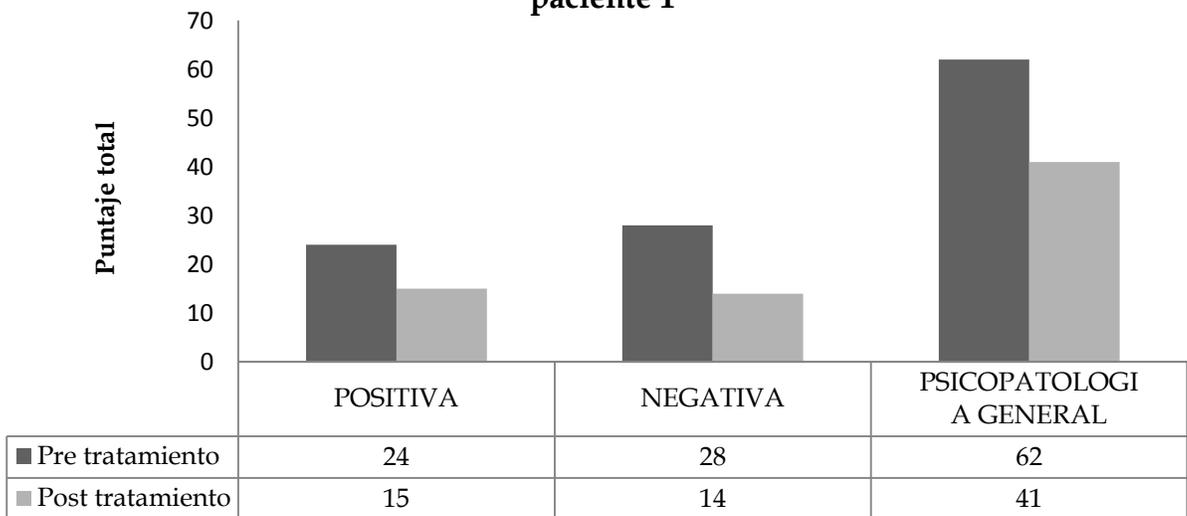
De acuerdo con Cardiel (1994) el índice de cambio clínico objetivo de la paciente 1 obtenido en la evaluación pre-post tratamiento del PANSS es PC=38%, lo cual señala que fue clínicamente significativo, tal como se muestra en la figura 1 con una disminución general de la sintomatología.

Figura 1
Punaje total PANSS del Pre y Post tratamiento paciente 1



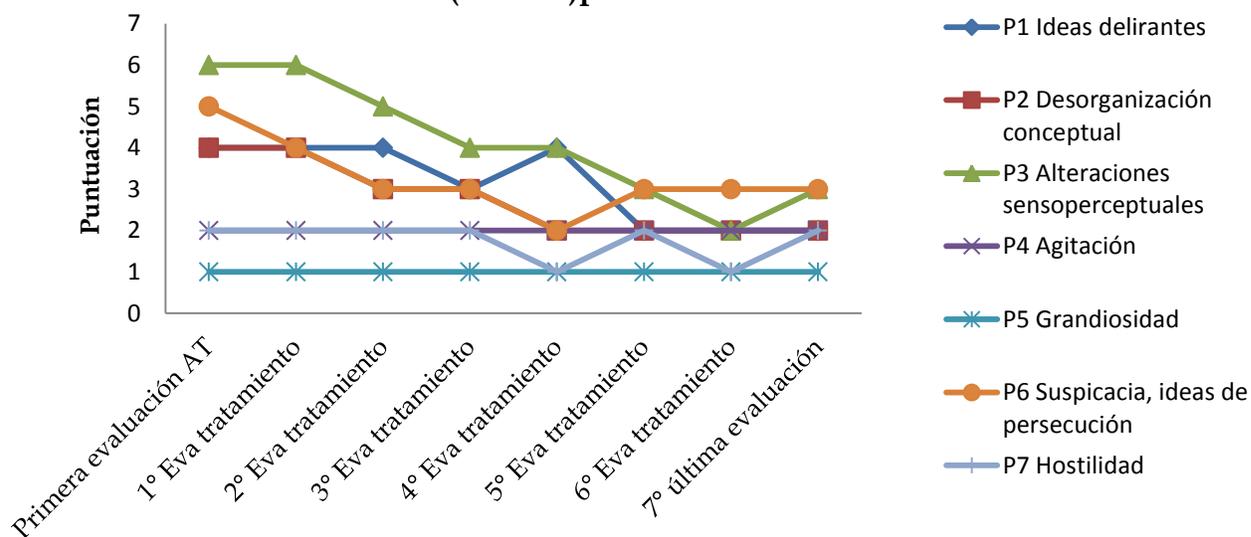
El cambio clínico objetivo tomando en cuenta el pre y post tratamiento para los síntomas positivos PC=37%, negativos PC=50% y psicopatología general PC=33% resultaron ser clínicamente significativos para la paciente 1, evaluados con el PANSS. Los resultados se observan en la figura 2.

Figura 2
Puntaje total Sub-escalas del PANSS del Pre y Post tratamiento paciente 1



La figura 3 muestran las puntuaciones para cada síntoma que pertenece al cuadro sintomatología positiva del PANSS evaluadas a lo largo del tratamiento. De acuerdo con los autores Kay, Fiszbein y Opler (1986), las puntuaciones van de 1 a 7 donde la primera indica el grado ausente del síntoma y así sucesivamente hasta la última puntuación que señala el grado extremo de severidad. Para esta paciente 1 se observa que en el pre o primera evaluación predominaban los síntomas de alteraciones sensorceptuales, suspicacia e ideas de persecución, ideas delirantes y desorganización conceptual, todos estos síntomas a lo largo del tratamiento se mostraron con tendencia a la disminución hasta la evaluación final donde se encontraban en una puntuación de 3 “leve” y 2 “mínimo”, los síntomas que permanecieron constantes sin mayor modificación fueron agitación, ideas de grandiosidad y hostilidad.

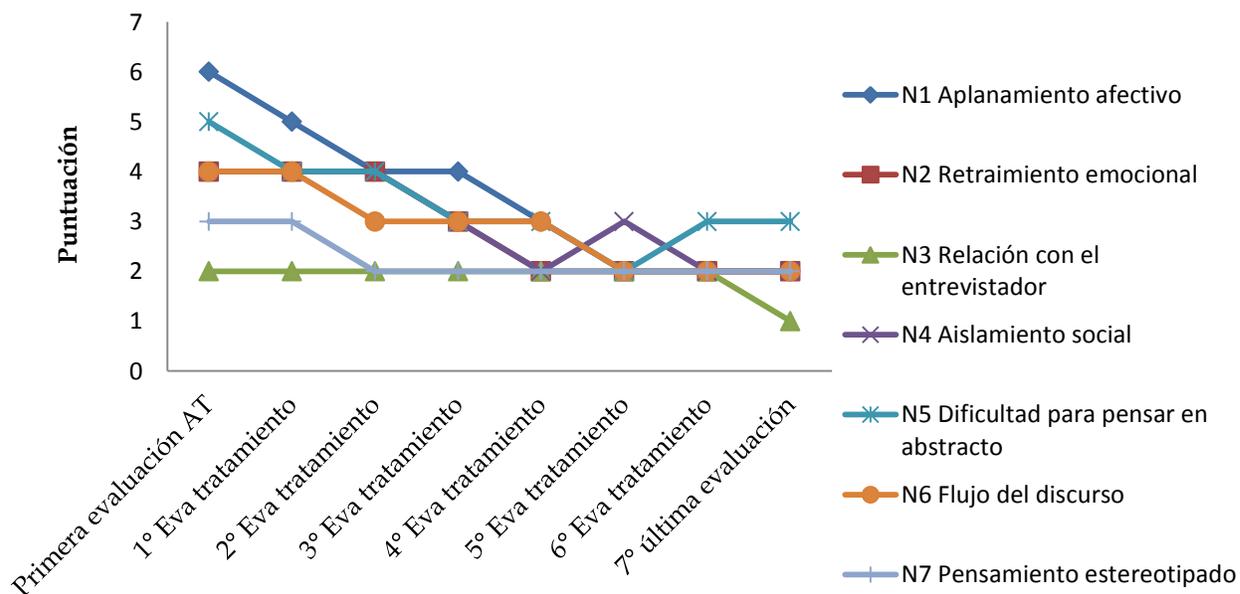
Figura 3
Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Positivos
(PANSS)paciente 1



La figura 4 señala las puntuaciones obtenidas para cada síntoma que pertenece al cuadro de sintomatología negativa del PANSS

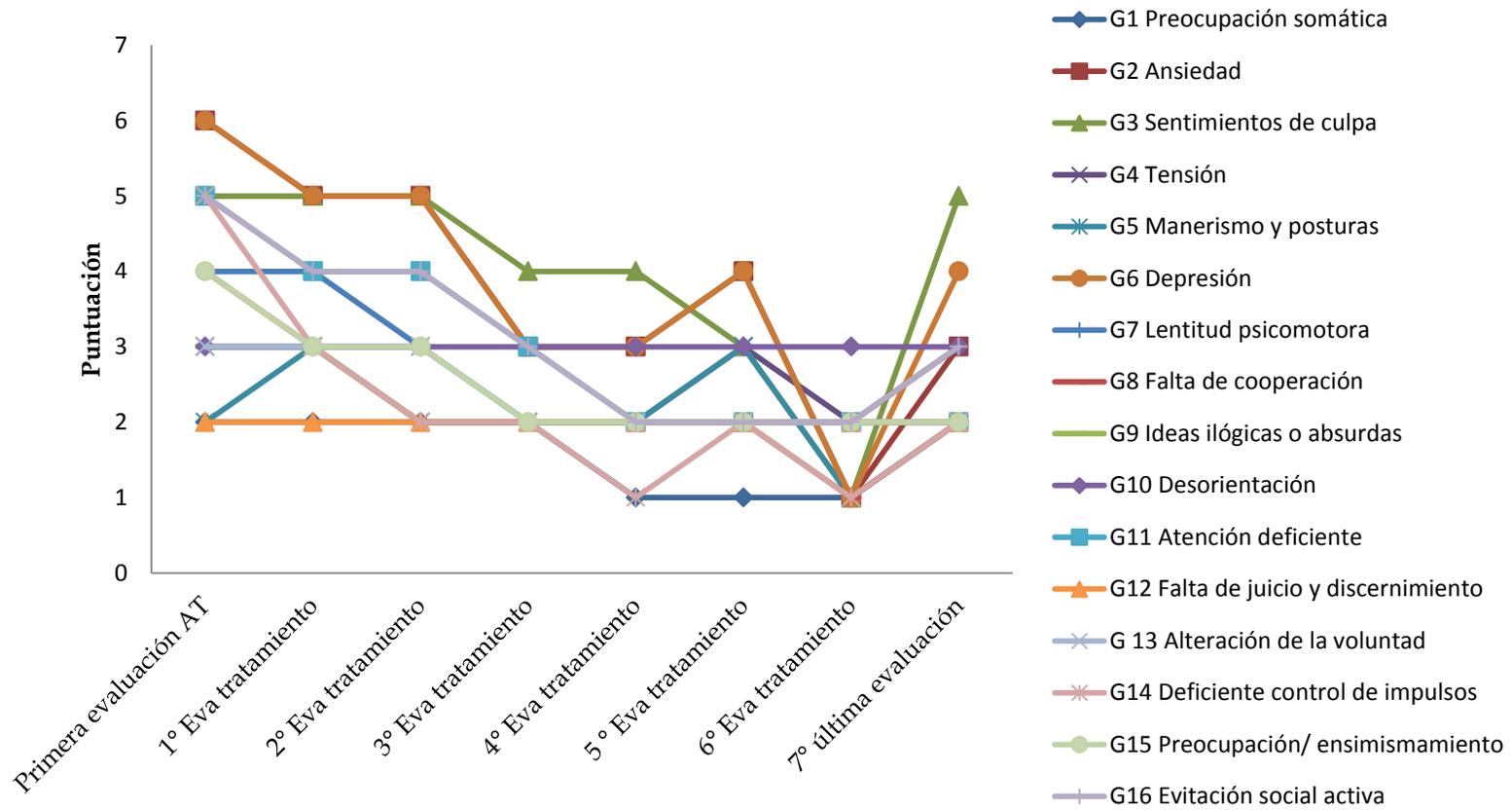
evaluadas a lo largo del tratamiento, al igual que en el apartado anterior las puntuaciones van de 1 a 7 donde la primera indica el grado ausente del síntoma y así sucesivamente hasta la última puntuación que señala el grado extremo de gravedad (“severidad”). En este caso los síntomas que sobresalían antes del tratamiento eran aplanamiento afectivo, retraimiento emocional, aislamiento social, dificultad para pensar en abstracto y flujo del discurso, los cuales a lo largo del tratamiento se mostraron con tendencia a la disminución hasta la evaluación final donde se encontraban en una puntuación entre 3 “leve” y 2 “mínimo”, los síntomas que permanecieron constantes sin mayor modificación fueron relación con el entrevistador y pensamiento estereotipado.

Figura 4
Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Negativos (PANSS) paciente 1



La figura 5 muestra las puntuaciones para cada síntoma que pertenece al cuadro de sintomatología general del PANSS evaluadas a lo largo del tratamiento. La interpretación de la puntuación siguen la misma lógica que el bloque de síntomas positivos y negativos. De acuerdo a los datos se indica una tendencia a la disminución de síntomas para ansiedad, lentitud psicomotora, falta de cooperación, ideas ilógicas, atención deficiente, deficiente control de impulsos, preocupación-ensimismamiento y evitación social activa, para el caso de depresión y sentimientos de culpa también se nota una clara tendencia a disminuir. Sin embargo, para la última evaluación hubo un aumento en el cual la paciente 1 reportó una muerte por suicidio de parte de un amigo cercano. Los síntomas en los cuales no se observa un cambio constante fueron preocupación somática, tensión, manierismo y posturas, desorientación, falta de juicio y discernimiento y alteración de la voluntad.

Figura 5
Puntuación a lo largo del tratamiento Psicopatología General (PANSS) paciente 1



Calidad de Vida

La tabla 6 muestra las áreas del InCaViSa para calidad de vida, así como la puntuación obtenida de la paciente 1 del pre y post tratamiento y su índice de cambio clínico, cabe señalar que la puntuación que se obtiene de acuerdo a la interpretación del manual para la mayoría de las áreas es entre menor puntuación mejor calidad de vida, a excepción de desempeño físico, familia, redes sociales y relación con el médico que se emplea a la inversa.

Áreas del InCaViSa	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	Porcentaje de cambio clínico (PC)
Preocupaciones	17 (MB)	15 (MB)	11%*
Desempeño Físico	13 (N)	16 (N)	23%**
Aislamiento	18 (MB)	4 (N)	77%**
Percepción Corporal	20 (MB)	0 (MA)	100%**
Funciones Cognitivas	14 (MB)	4 (A)	71%**
Actitud ante el tratamiento	13 (MB)	10 (B)	23%**
Tiempo libre	20 (MB)	9 (B)	55%**
Vida cotidiana	18 (MB)	0 (MA)	100%**
Familia	18 (N)	20 (MA)	11%*
Redes Sociales	8 (B)	20 (MA)	100%**
Dependencia Médica	10 (N)	0 (MA)	100%**
Relación con el médico	7 (N)	12 (N)	71%**

Nota: **MB**= Muy baja calidad de vida; **B**=baja calidad de vida, **N**= calidad de vida normal, **A**= Alta calidad de vida, **MA**=Muy alta calidad de vida.

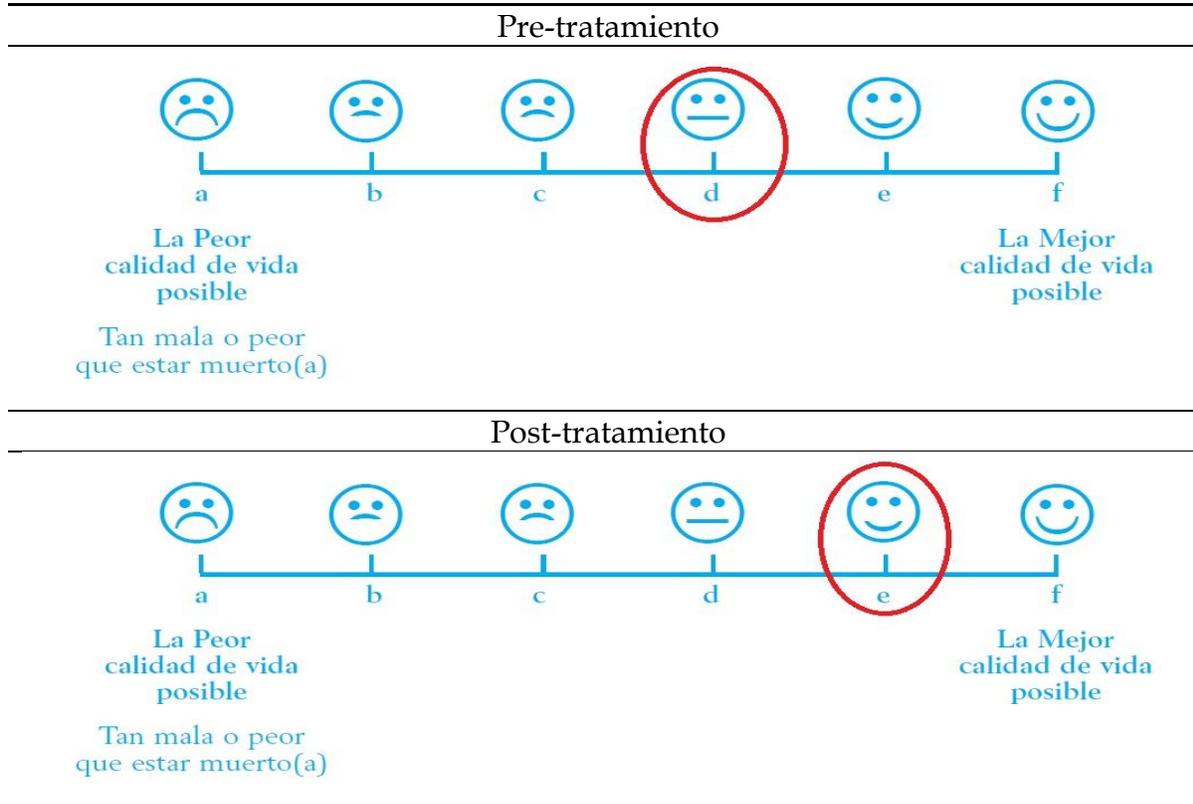
* Sin cambio clínico

**Cambio clínico objetivo positivo

En la figura 6 se aprecia la calificación de la calidad de vida percibida por medio de gráficos visuales que la paciente 1 eligió al inicio y al final del tratamiento.

Figura 6

Percepción general de la Calidad de Vida (InCaViSa) Paciente 1

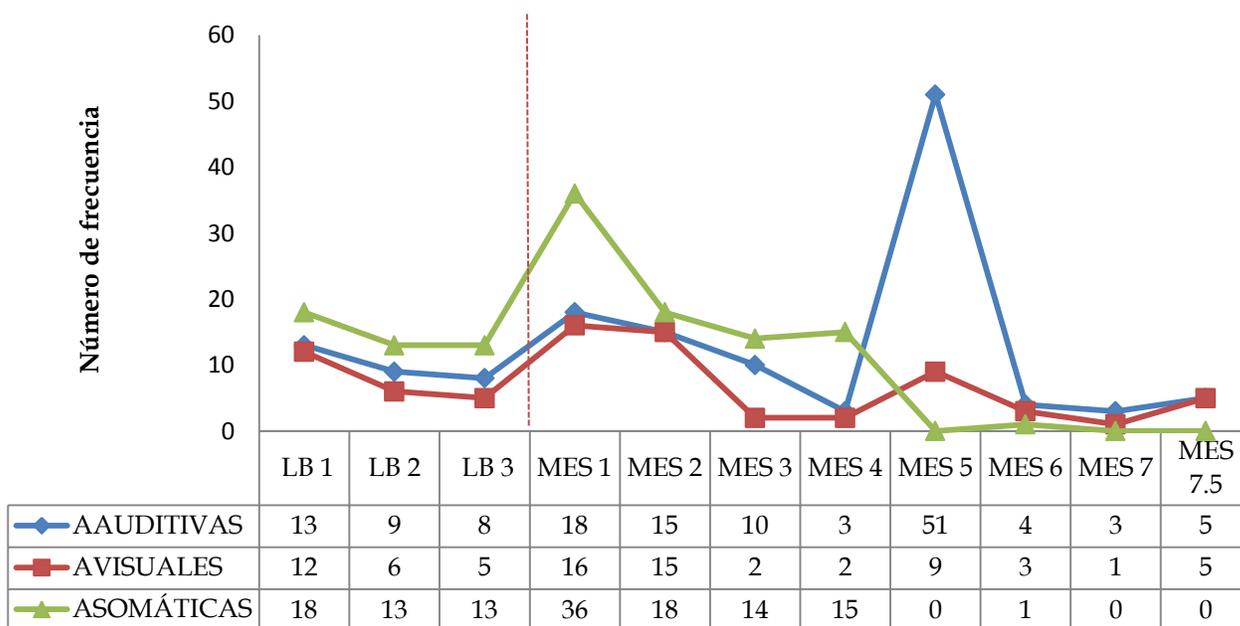


Registro conductual

En las siguientes figuras se muestra el promedio por mes de la frecuencia, duración e intensidad para las alucinaciones y delirios de la paciente 1. En la primer figura se observa que en un inicio durante la línea base permanecían constantes las alucinaciones somáticas, mientras que las alucinaciones auditivas y visuales tendían a disminuir, durante los meses de tratamiento se observa un aumento

durante los primeros dos meses de alucinaciones principalmente las somáticas, posteriormente disminuyen y solo hasta el quinto mes hay un aumento en las alucinaciones auditivas. De acuerdo con los informes de la paciente aproximadamente en estas fechas tuvo un conflicto de pareja que la llevo al término de la relación además de término de contrato para una escuela para la que estaba laborando. Para los últimos meses se muestra una disminución de más de la mitad de las veces comparada con el número de frecuencias que presentaba al inicio del tratamiento la paciente, ver figura 7.

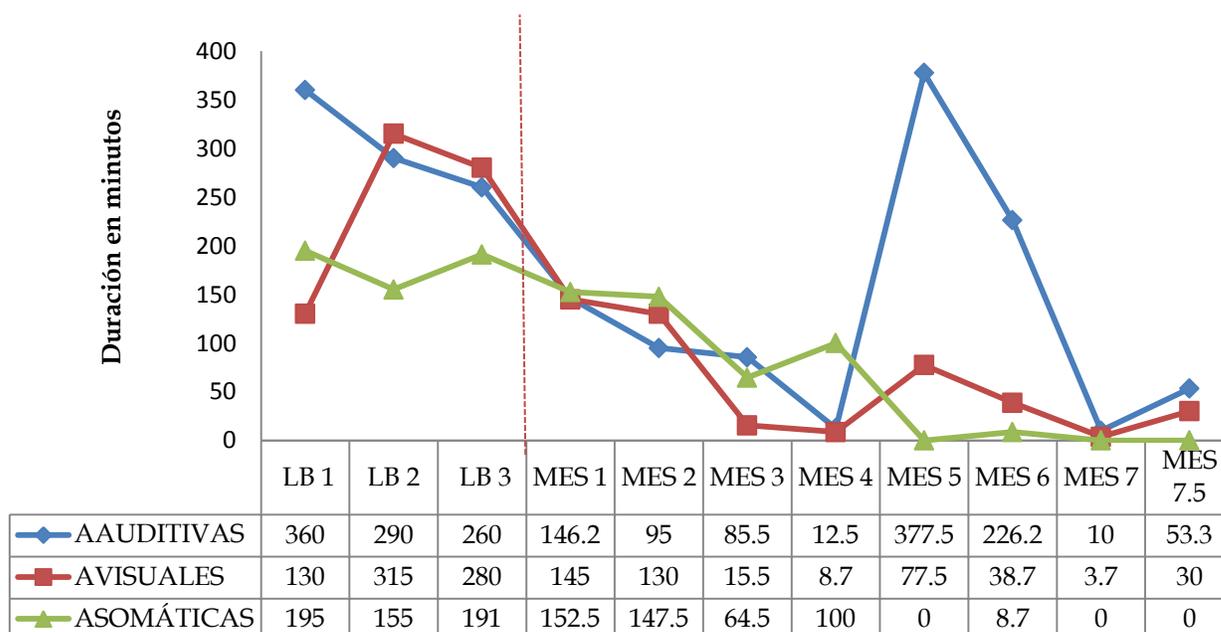
Figura 7
Promedio de frecuencia al mes de Alucinaciones Paciente 1



En la figura 8 se observa de manera general una disminución en el promedio de duración en minutos por mes de las alucinaciones a excepción del mes 5 y 6, sin embargo, a pesar de este aumento se sigue

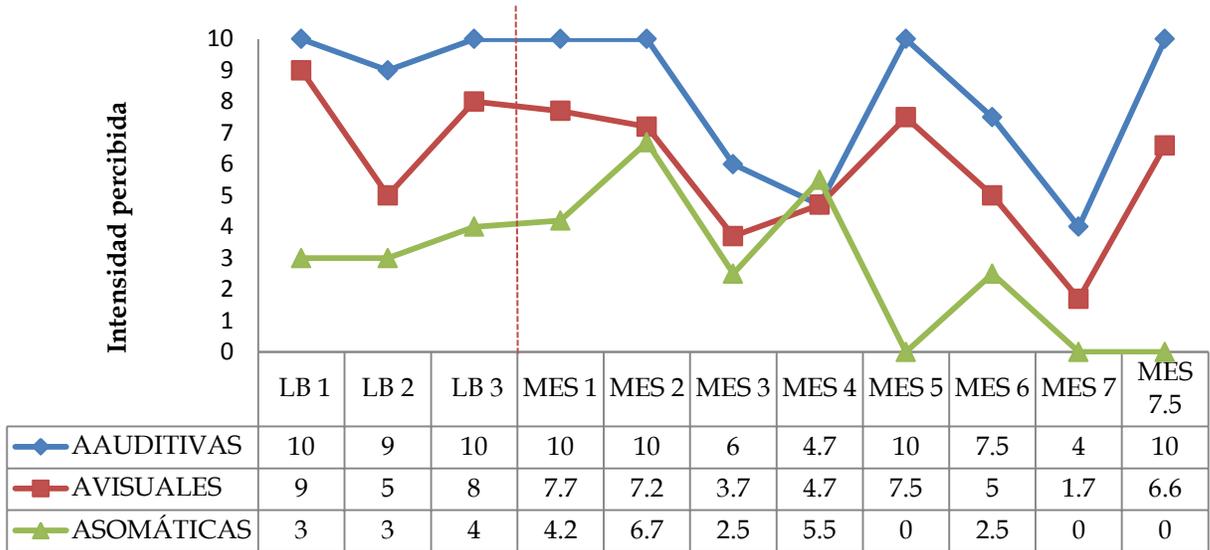
conservando la tendencia a permanecer por debajo de los puntajes de la línea base.

Figura 8
Promedio de duración en minutos al mes de Aucinaciones Paciente 1



En la figura 9 se observa que para el grado de intensidad percibida promedio por mes de las alucinaciones existen fluctuaciones a lo largo del tratamiento aunque se muestra una tendencia a percibirse con menos molestia por parte de la paciente 1. Cabe resaltar que la calificación otorgada para el nivel de malestar iba de 0 (nada de molesto) a 10 (la mayor molestia posible).

Figura 9
Promedio de intensidad al mes de Alucinaciones Paciente 1



De acuerdo al reporte cualitativo para cada tipo de alucinación se muestra a continuación en las siguientes gráficas. Se observa en la figura 10 que en la pregunta ¿Qué es lo que escucha? , la paciente 1 reportó mayormente con un 33% la voz de un hombre y con un 27% murmullos y voces de manera simultánea, en cuanto a la pregunta ¿se presenta cada vez qué?, se observa en la figura 11 con porcentajes similares del 20% cuando estoy cansada y ansiosa, seguido de desvelada con 16% y bajo presión 13%.

Figura 10
Porcentaje para qué escucha Paciente 1

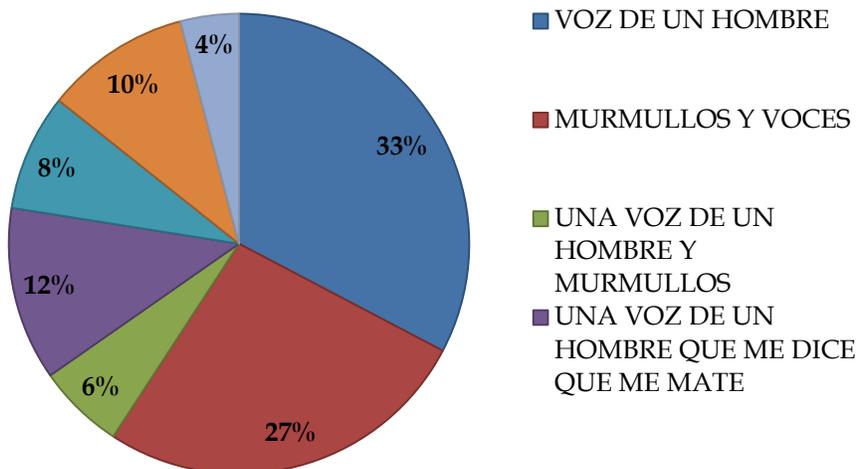
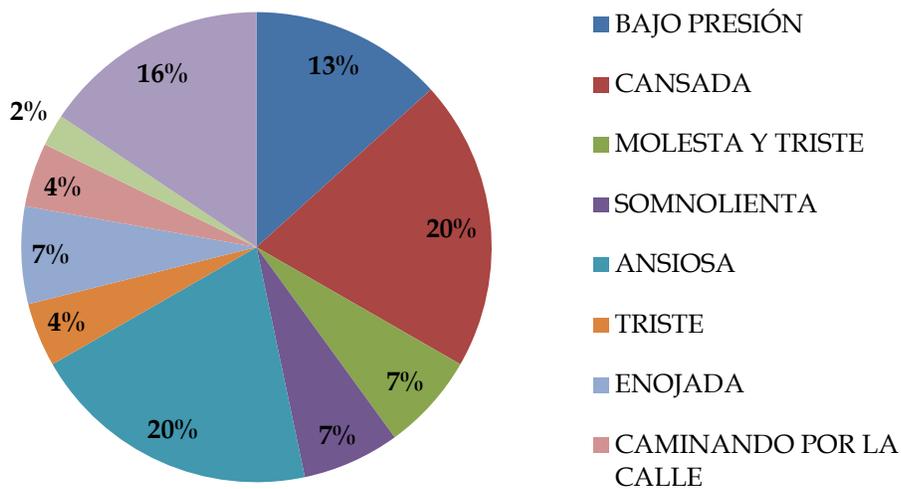


Figura 11
Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 1



En cuanto a la pregunta ¿Qué es lo que ve?, se puede observar en la figura 12 con un 73% la presencia de un sátiro, y en cuanto a la pregunta ¿Lo observo cada vez qué? la paciente 1 señaló con un 25% cansada seguido de ansiosa con 22%, ver figura 13.

Figura 12
Porcentaje qué es lo que ha visto Paciente 1

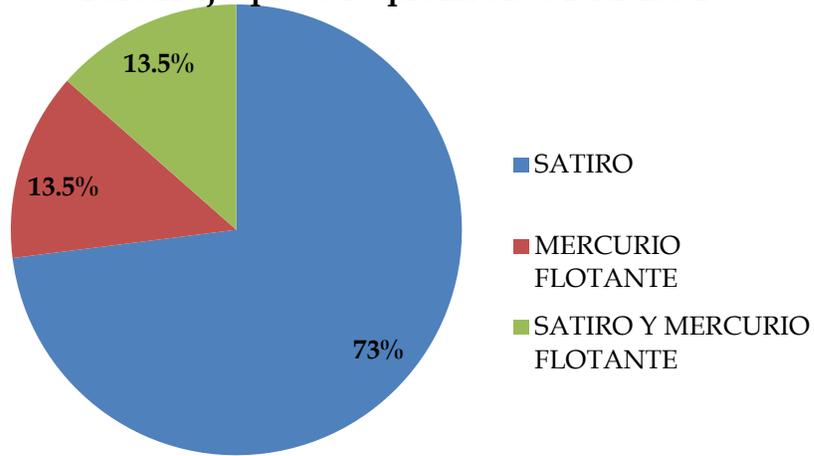
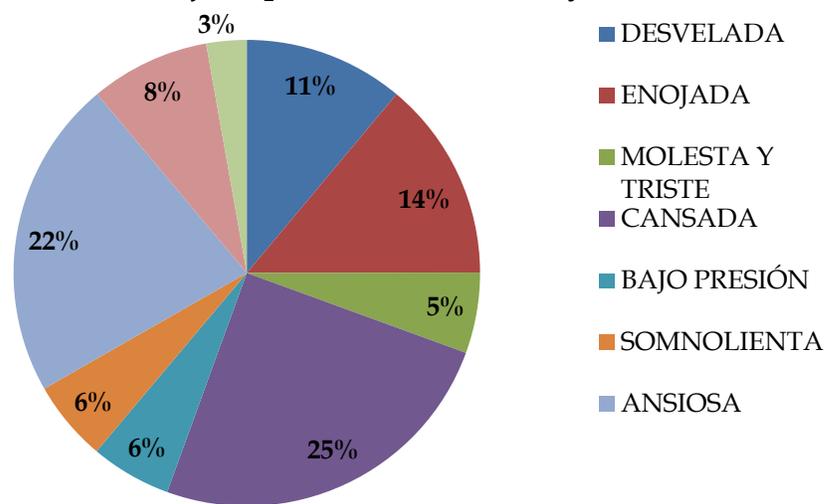


Figura 13
Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 1



Por último en cuanto al reporte cualitativo de las alucinaciones se encuentran las somáticas los resultados para la pregunta ¿Qué es lo que siente?, la paciente 1 indicó en su mayoría la presencia de sensaciones de adormecimiento con un 47 % tal como se muestra en la figura 14, y para la pregunta ¿Se siente cada vez qué? se observa con un 49% un predominio de cuando está cansada, ver figura 15.

Figura 14
Porcentaje de qué es lo que siente Paciente 1

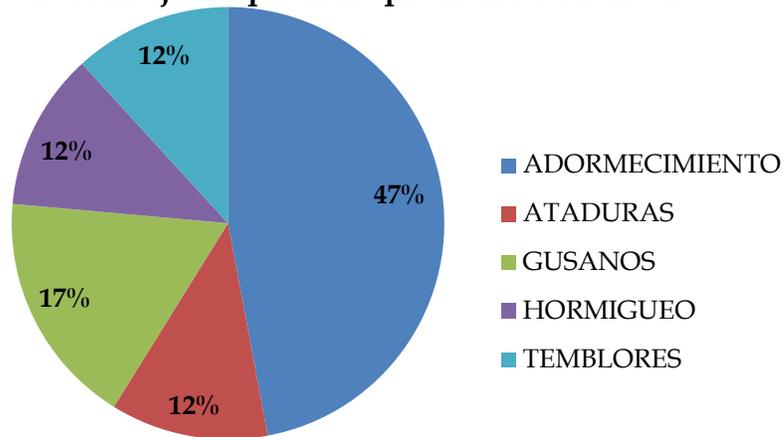
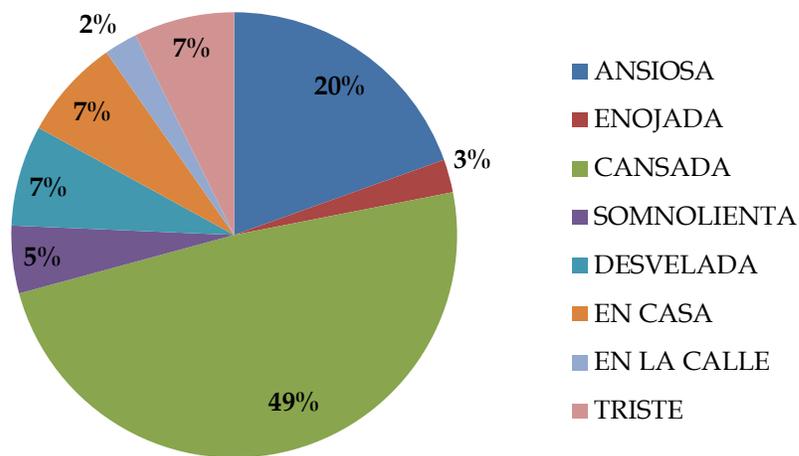


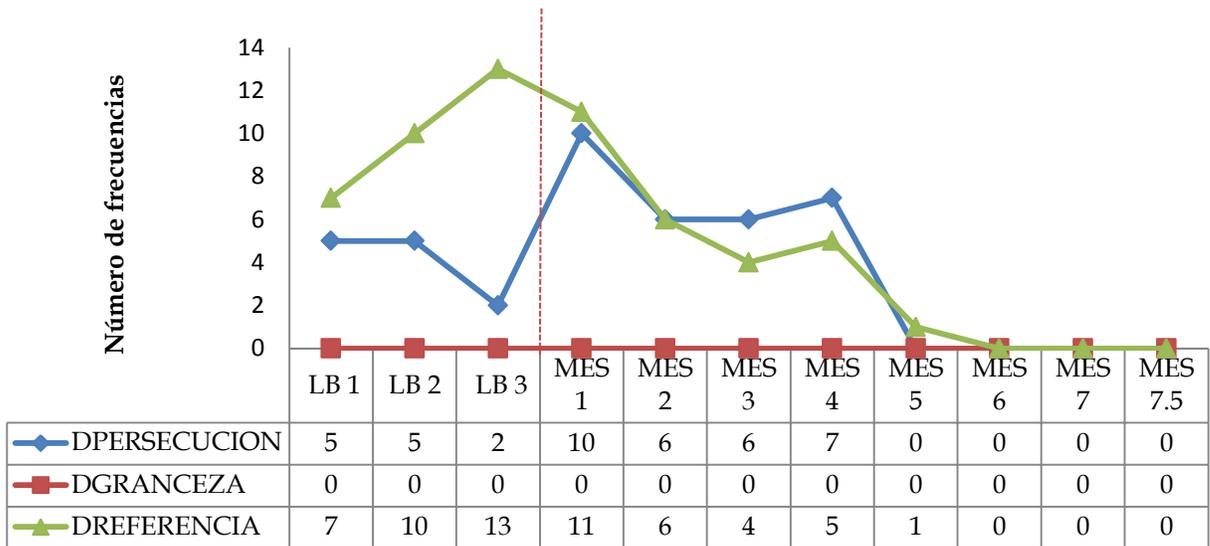
Figura 15
Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 1



En las siguientes gráficas se muestra el contenido de los registros conductuales para los delirios. En la figura 16 se observa que antes de recibir tratamiento la paciente 1 no presentaba delirios de grandeza mismo resultado que se mantiene durante el resto de la intervención, los delirios que se mostraban más comunes eran los de referencia y que al paso del tratamiento fueron disminuyendo hasta desaparecer, los que mostraban mayor fluctuación eran los delirios de persecución pero a partir del quinto mes se observa su nula aparición continuando así hasta

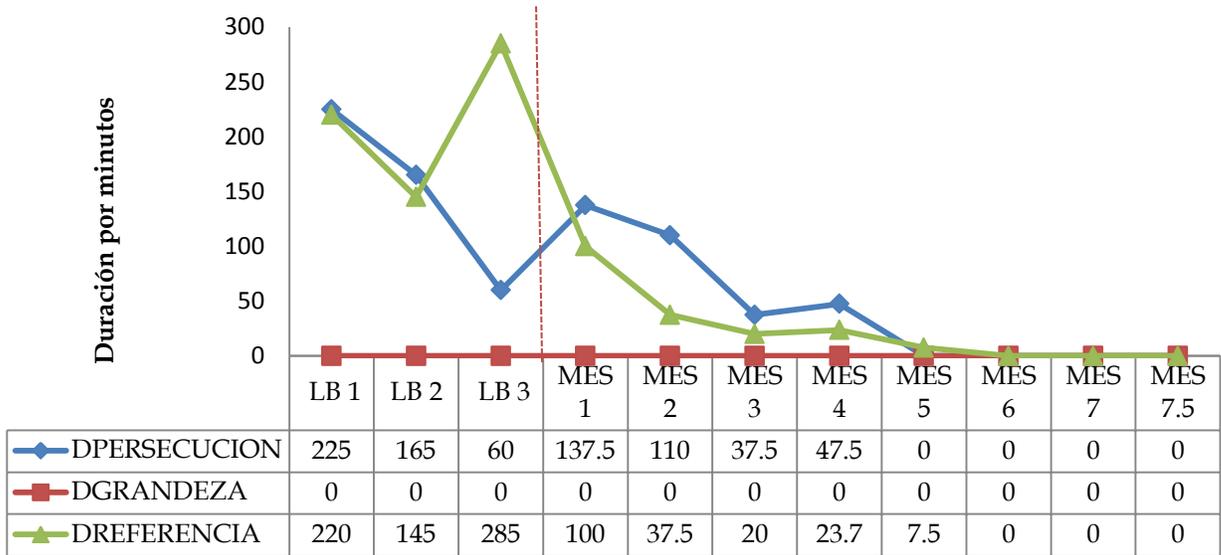
el final de la terapia.

Figura 16
Promedio de Frecuencia al mes de Delirios Paciente 1



En la figura 17 se observa de manera general una disminución en el promedio de duración en minutos al mes de los delirios de persecución y referencia a lo largo de la intervención, ya que los de grandeza nunca se presentaron en la paciente 1.

Figura 17
Promedio de Duración en minutos al mes de Delirios Paciente 1



En la figura 18, se puede apreciar el grado de intensidad percibido por mes de la paciente y de manera similar a las gráficas anteriores, se observa una tendencia a causar menos malestar con forme el paso del tratamiento para los delirios. Cabe resaltar que la calificación otorgada por la paciente iba de 0 (nada de molestia) a 10 (la mayor molestia posible).

Figura 18
Promedio de Intensidad al mes de Delirios Paciente 1



Para el informe cualitativo de los delirios de persecución y referencia en cuanto a la pregunta ¿Esto le sucede cada vez que usted...?, la paciente 1 respondió al primero que se presentaba mayormente con un 62% cuando salía a la calle tal como lo muestra la figura 19, mientras que para los delirios de referencia se presentaban comúnmente por estar desvelada con un 26% y cuando estaba cansada con un 22% seguido de estar ansiosa 19%, véase la figura 20.

Figura 19
Porcentaje para sucede cada vez que usted en delirios de persecución Paciente 1

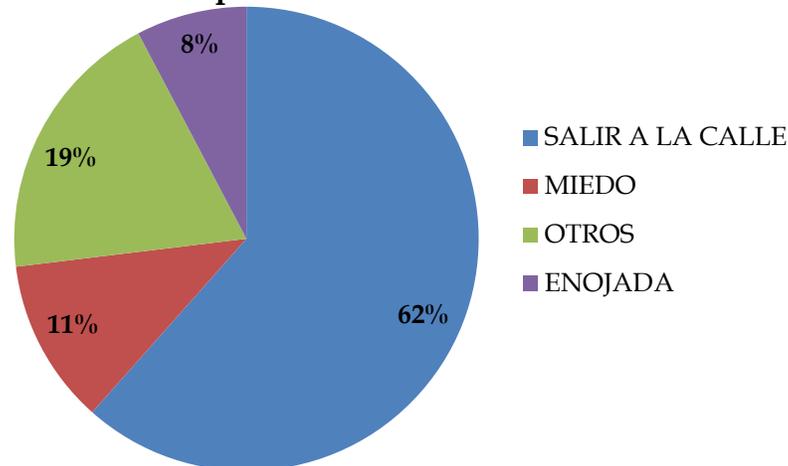
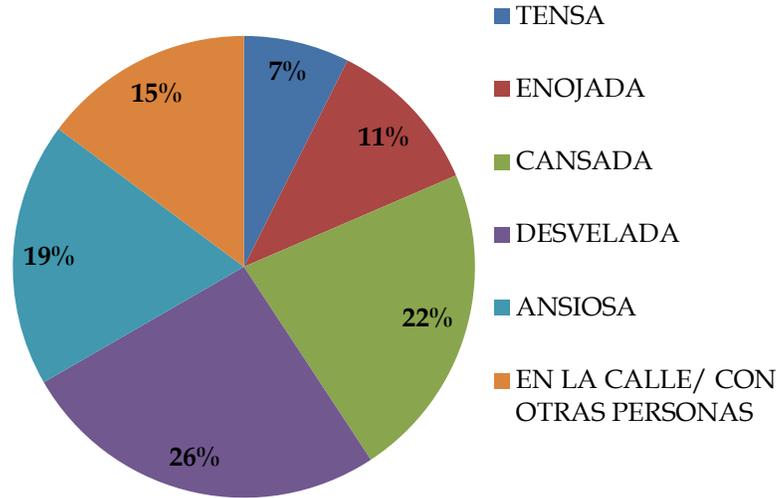


Figura 20
Porcentaje para sucede cada vez que usted en delirios de referencia Paciente 1



Validación social

Se establecieron de manera conjunta terapeuta-paciente los objetivos primordiales independientemente de la investigación presente. En este caso la paciente 1 mencionó que aunque no contaba con expectativas al inicio del tratamiento ya que anteriormente había tenido fracasos psicoterapéuticos, el principal interés que mostraba era mejorar su calidad de vida, disminuir el aislamiento, la ansiedad, los delirios y alucinaciones “me gustaría que estos elementos se trataran principalmente porque casi no tengo actividades, estoy todo el día en casa y es que me da mucho miedo salir a la calle, porque aparecen personas que me vigilan desde afuera y me siguen para lastimarme” Sic. Paciente 1. Mientras tanto para los familiares su principal preocupación era la mejora de su calidad de vida ya que se encontraba en etapa adulta para comenzar a ser autónoma y aún no lo era “me gustaría que pudiera valerse por sí misma el día que no estemos nosotros nadie va a poder

apoyarla, me preocupa eso, quisiera que pudiera comenzar a recuperarse y retomar aspectos de su vida como el trabajar” Sic. Madre 1. Mediante un cuestionario de preguntas abiertas al finalizar el tratamiento se le preguntó a la paciente y a los familiares de manera general como fue su percepción del trato y entrenamiento de la terapeuta, de las fases durante el tratamiento y de la evaluación de los resultados observados del tratamiento, así comentarios generales acerca de la intervención.

La paciente 1 señaló que el trato por parte de la terapeuta hacia ella fue amable, de confianza, respeto e interés “no me veía como una enferma más sino como un ser humano” Sic. Paciente 1. Menciona que a pesar de que no tenía expectativas del tratamiento al final se pudo sentir a gusto ya que notó resultados y cambios en ella en cuanto a su sintomatología y calidad de vida. Para lo que respecta a la percepción a lo largo del tratamiento, la paciente 1 consideró que las explicaciones fueron claras al principio, durante y al final, se brindaba retroalimentación así como la aclaración de dudas para cada actividad que se dejaba como tarea y durante las sesiones, refiere que las tareas eran claras y sencillas pero nuevas “me daban al principio miedo porque nunca había tomado terapia así” Sic.Pac1.

En cuanto a los resultados obtenidos del tratamiento la paciente 1 indicó que logra ahora identificar los factores particulares que la predisponen a una crisis “la tensión, el estrés, algún suceso inesperado”Sic. Paciente 1, así como los factores que la previenen “tomarme los medicamentos y la meditación” Sic. Paciente 1, mencionó que después de estar en terapia puede afrontar sus problemas aunque al

principio le daba miedo, que interactúa con las demás personas de manera honesta sin sentir que se fuerza, puede reconocer sus emociones sin juzgarlas y las expresa “soy más honesta conmigo misma, me he vuelto más expresiva, también tengo más confianza en mí misma” Sic. Paciente 1. En cuanto a los síntomas positivos la paciente 1 hizo hincapié en que ahora le resta importancia a las alucinaciones “las ignoro, me pongo a hacer otra actividad en la que me concentre como escuchar mi música favorita, ver la tv o jugar maquinitas” Sic. Paciente 1

Para los delirios comenta que antes los aguantaba y esperaba que pasaran, ahora trata de concentrarse en sus pensamientos para analizarlos y saber que vienen de su mente, sin embargo, manifiesta que lo que aún le desagrada es no saber en qué momento el cerebro le va a dar una mala jugada “no me gusta que mi cerebro a veces se confunde aunque ya tenga las bases” Sic. Paciente 1. En cuanto a los síntomas negativos y emocionales, mencionó que ahora se atrevería a disfrutar de cosas que antes no hacía por miedo y comienza a interactuar con las demás personas de una manera sincera.

Se le pidió que asignara un número tomando en cuenta 0 es nada y 10 es mucho para sentimientos de desmotivación, tristeza y miedo a lo que respondió: desmotivación: antes 9 ahora 3, tristeza antes 10 ahora 5 y miedo antes 10 ahora 7. Por último señaló que en algún momento pensó en abandonar la terapia por miedo a encontrarse a sí misma y a hacerse responsable de ella, pero que se sintió muy bien ya que obtuvo más beneficios que pérdidas. De manera general percibió que se cumplieron los objetivos establecidos al inicio del tratamiento, que no le haría ningún

cambio y que le gustaría recomendarlo para que se pudiera aplicar a otras personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Para lo que respecta al reporte de la familia ambos padres señalaron que se cumplieron con las expectativas que tenían del tratamiento, que se les atendió con amabilidad, respeto y profesionalismo, así como se les informó de los avances en la terapia y se les respondieron las dudas que les surgieron durante ésta, de manera general perciben a su familiar más motivada a convivir con otras personas, más sincera, segura, comunicativa y abierta para con otros. La miran menos desmotivada, triste y temerosa. De manera general percibieron los familiares que el tratamiento le ayudó a la paciente a mejorar su calidad de vida y a no presentarse de manera frecuente las crisis, así como a superar varios aspectos de la vida personal, mencionan que no le harían cambios al tratamiento, que lo recomendarían a otras familias en situaciones parecidas y que les gustaría llevar un seguimiento a largo plazo.

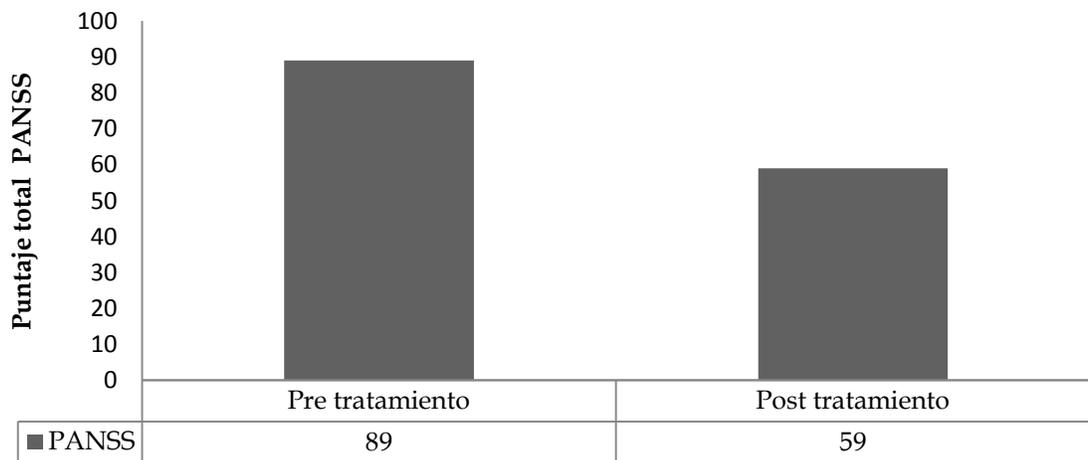
Para finalizar este caso, cabe señalar que la paciente durante el tratamiento logró mantener un empleo de contrato temporal, e iniciar otro empleo como diseñadora en una tienda de ropa, sin embargo este lo abandonó por separación que tuvo con una pareja debido a infidelidad de ésta, sin embargo, al finalizar el tratamiento la paciente 1 logró establecer metas a corto y a mediano plazo ya que ingresó a una escuela de baile, sale con amigos, y planea iniciar su propio negocio de ropa.

Caso 2.

Resultados del tratamiento psicológico:

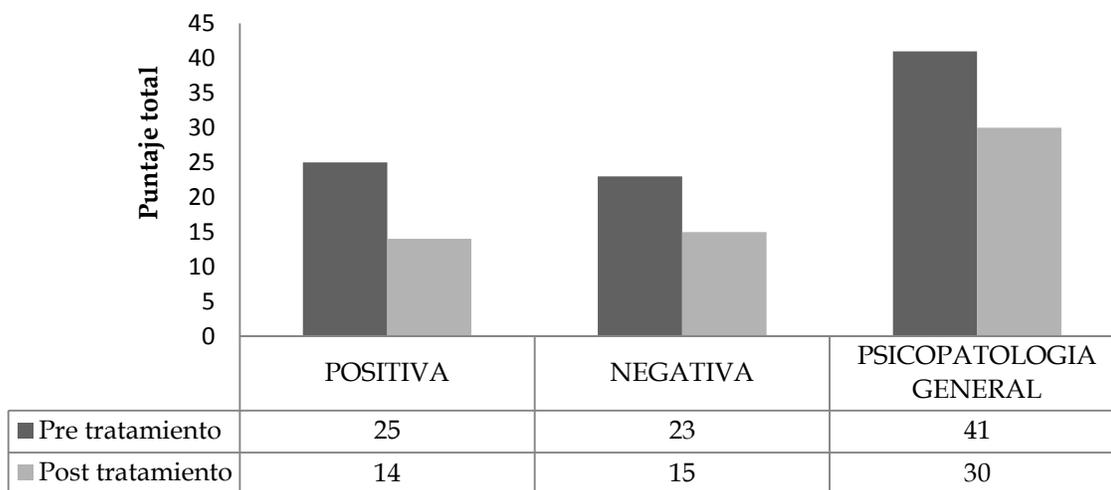
De acuerdo con Cardiel (1994) el índice de cambio clínico objetivo de la paciente 2 obtenido en la evaluación pre-post tratamiento del PANSS es PC=33%, lo cual señala que fue clínicamente significativo, tal como se muestre en la figura 21 con una disminución general de la sintomatología.

Figura 21
Puntaje Total PANSS del Pre y Post tratamiento Paciente 2



El cambio clínico objetivo tomando en cuenta el pre y post tratamiento para los síntomas positivos PC=44%, negativos PC=34% y psicopatología general PC=26% resultaron ser clínicamente significativos para la paciente 2, evaluados con el PANSS. Los resultados se observan en la figura 22.

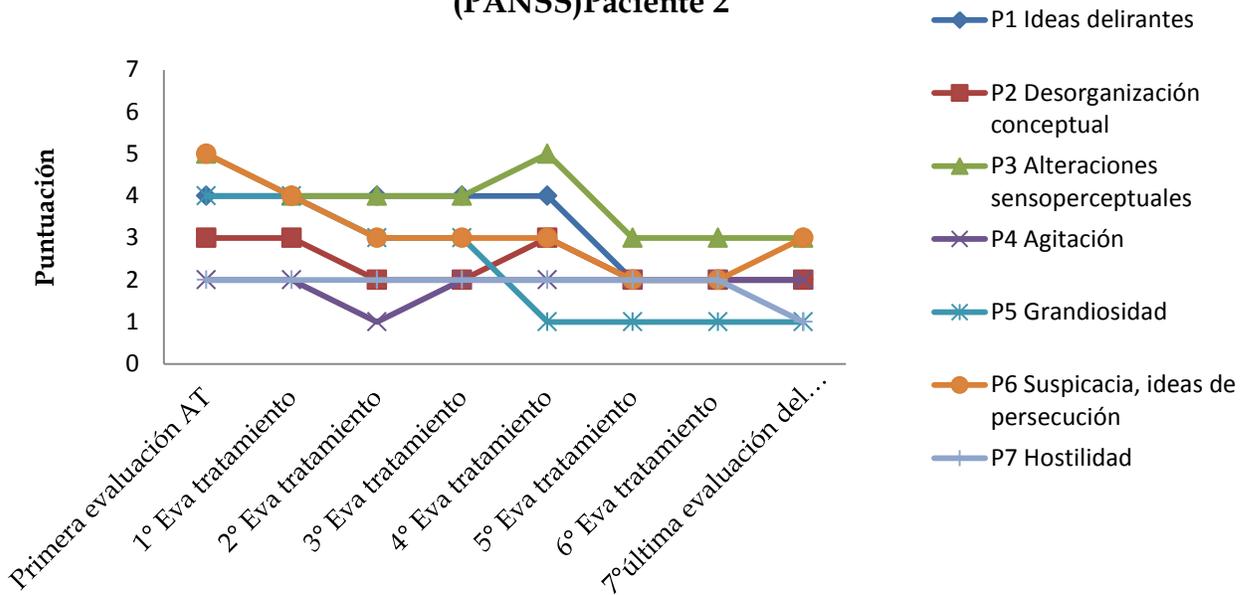
Figura 22
Puntaje total Sub-escalas del PANSS de Pre y Post tratamiento
Paciente 2



En la figura 23 se muestran las puntuaciones obtenidas para cada síntoma que pertenece al cuadro sintomatología positiva del PANSS evaluadas a lo largo del tratamiento, de acuerdo con los autores Kay, Fiszbein y Opler (1986), las puntuaciones van de 1 a 7 donde la primera indica el grado ausente del síntoma y así sucesivamente hasta la última puntuación que señala el grado extremo de gravedad (“severidad”).

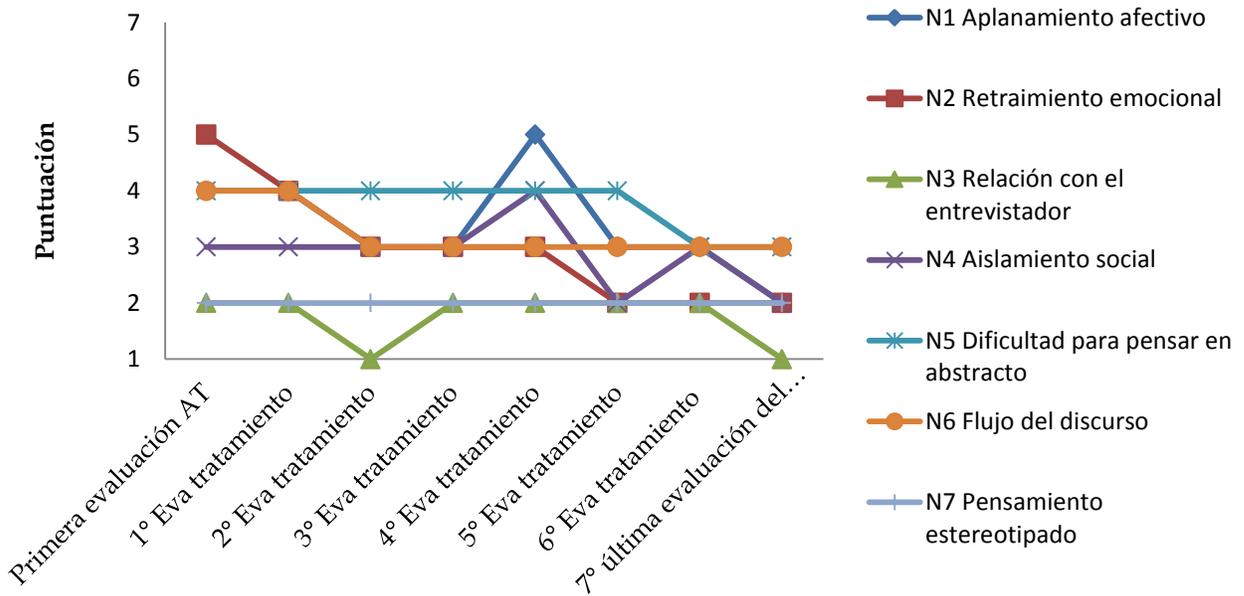
Para esta paciente 2 se observa que en el pre o primera evaluación predominaban los síntomas de ideas delirantes, alteraciones sensoperceptuales, ideas de grandiosidad, suspicacia e ideas de persecución, todos estos síntomas a lo largo del tratamiento se mostraron con tendencia a la disminución hasta la evaluación final donde se encontraban en una puntuación entre 3 “leve” y 1 “ausente”, los síntomas que permanecieron constantes sin mayor modificación fueron desorganización conceptual, agitación y hostilidad.

Figura 23
Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Positivos
(PANSS) Paciente 2



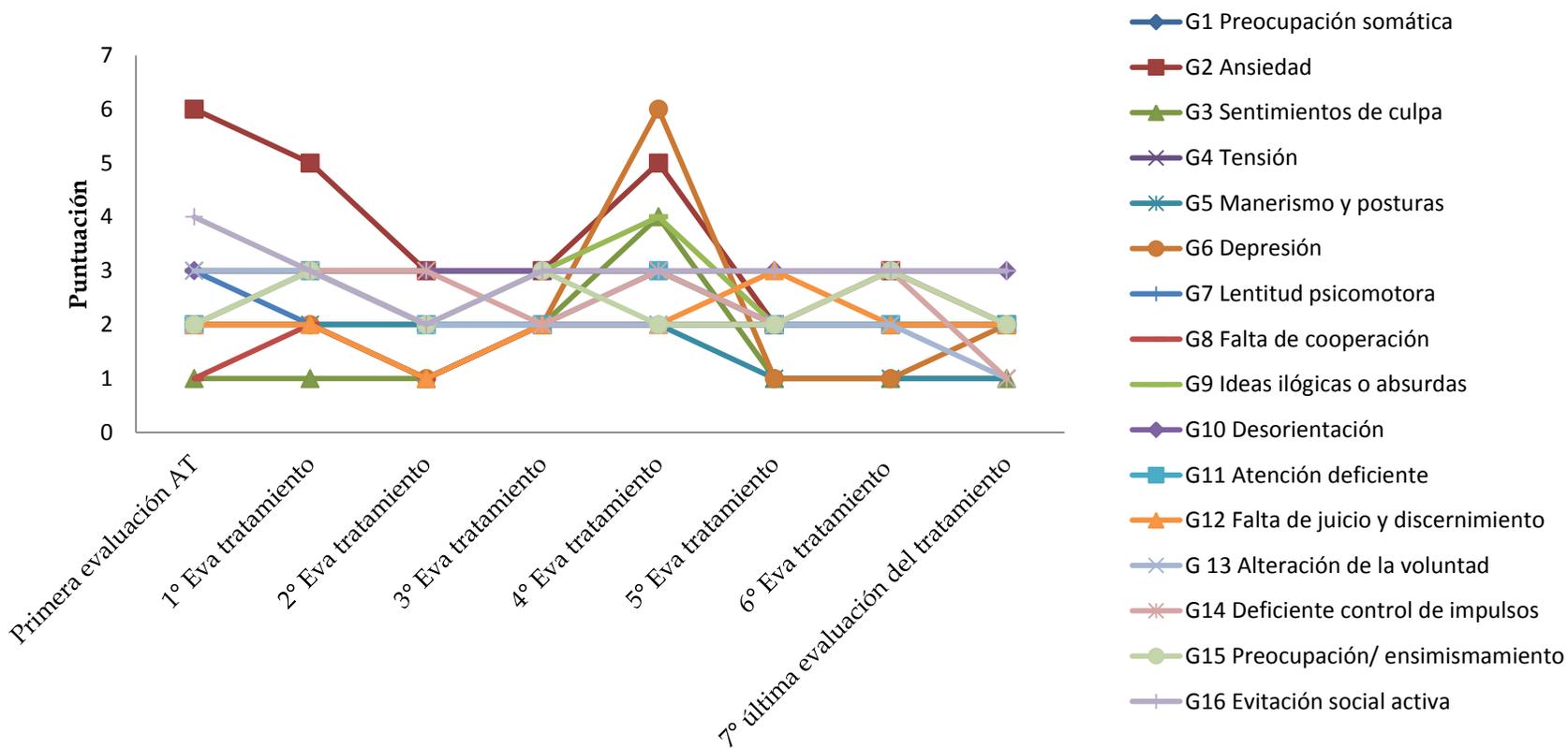
La figura 24 indica las puntuaciones obtenidas para cada síntoma que pertenece al cuadro de sintomatología negativa del PANSS evaluadas a lo largo del tratamiento, al igual que en el apartado anterior las puntuaciones van de 1 a 7 donde la primera indica el grado ausente del síntoma y así sucesivamente hasta la última puntuación que señala el grado extremo de gravedad (“severidad”). En este caso se observa que los síntomas que sobresalían antes del tratamiento eran aplanamiento afectivo, retraimiento emocional, dificultad para pensar en abstracto y flujo del discurso, los cuales a lo largo del tratamiento mostraron una tendencia a la disminución hasta la evaluación final donde se encontraban en puntuaciones entre 3 “leve” y 2 “mínimo”, los síntomas que permanecieron constantes sin mayor modificación fueron relación con el entrevistador, aislamiento social y pensamiento estereotipado.

Figura 24
Puntuación a lo largo del tratamiento Síntomas Negativos
(PANSS) Paciente 2



La figura 25 muestran las puntuaciones para cada síntoma que pertenece al cuadro de sintomatología general del PANSS evaluadas a lo largo del tratamiento, en este caso la interpretación de la puntuación sigue la misma lógica que el bloque de síntomas positivos y negativos. De acuerdo a los datos se indica una tendencia a la disminución de síntomas para ansiedad, tensión, ideas ilógicas, alteración de la voluntad y evitación social. En los demás síntomas prácticamente no se observan cambios y se muestran constantes aunque para depresión y sentimientos de culpa, muestran una tendencia al aumento en la 4º evaluación, de acuerdo con la paciente en este tiempo tuvo una fuerte discusión familiar acerca de sus preferencias profesionales y posteriormente vuelven a disminuir.

Figura 25
Puntuación a lo largo del tratamiento Psicopatología General (PANSS) Paciente 2



Calidad de vida

En la tabla 7 se muestran las áreas que conforman el InCaViSa para calidad de vida, así como la puntuación obtenida de la paciente 2 del pre y post tratamiento y su índice de cambio clínico, cabe señalar que la puntuación que se obtiene de acuerdo a la interpretación del manual para la mayoría de las áreas es entre menor puntuación mejor calidad de vida, a excepción de desempeño físico, familia, redes sociales y relación con el médico que se emplea a la inversa.

Áreas del InCaViSa	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	Porcentaje de cambio clínico (PC)
Preocupaciones	11 (B)	8 (N)	27% **
Desempeño Físico	13 (N)	7 (MB)	46% ***
Aislamiento	10 (B)	4 (N)	60% **
Percepción Corporal	8 (B)	15 (MB)	87% ***
Funciones Cognitivas	12 (B)	6 (N)	50% **
Actitud ante el tratamiento	13 (MB)	1 (A)	92% **
Tiempo libre	11 (B)	8 (B)	27% **
Vida cotidiana	8 (B)	3 (N)	62% **
Familia	20 (MA)	12 (MB)	40% ***
Redes Sociales	12 (N)	17 (N)	41% **
Dependencia Médica	10 (N)	8 (N)	20% *
Relación con el médico	13 (N)	15 (A)	15% *

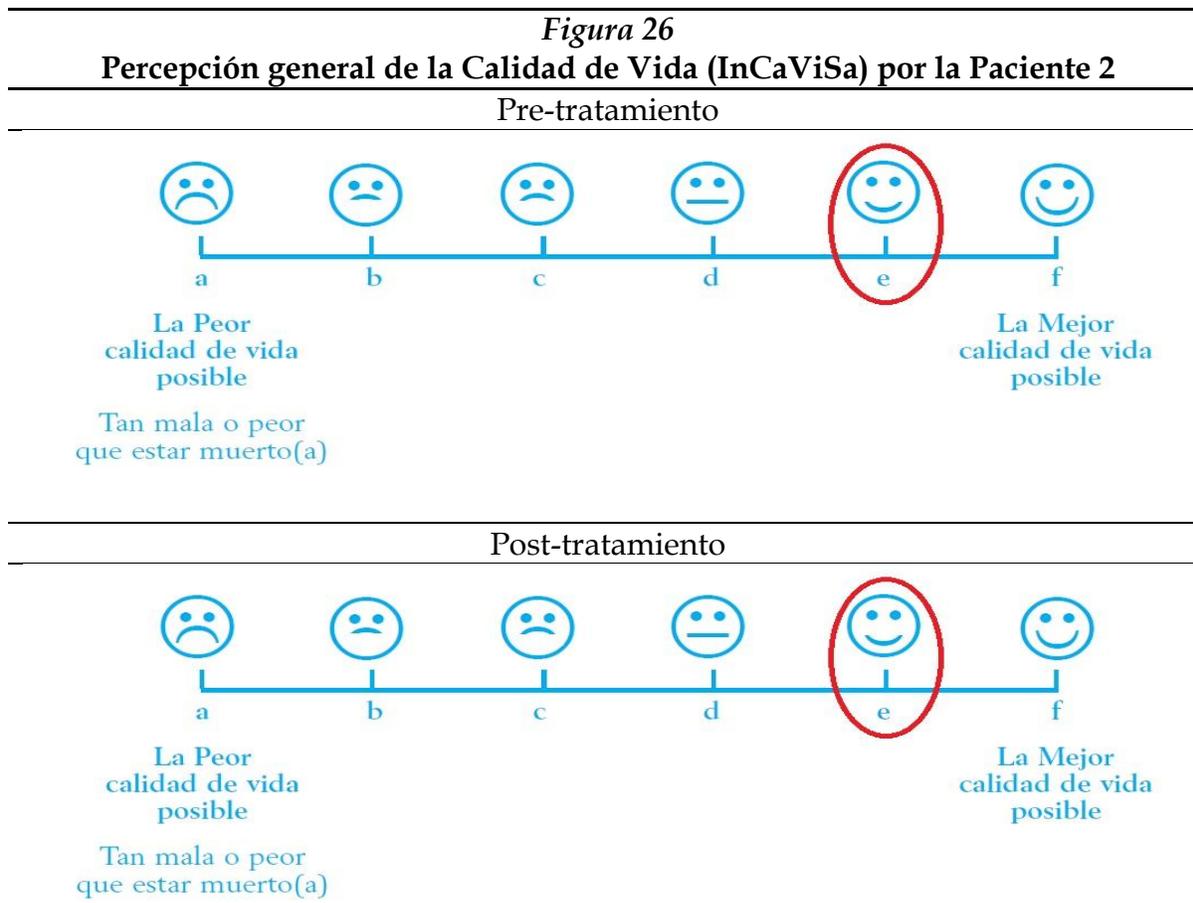
Nota: **MB**= Muy baja calidad de vida; **B**=baja calidad de vida, **N**= calidad de vida normal, **A**= Alta calidad de vida, **MA**=Muy alta calidad de vida.

* Sin cambio clínico

**Cambio clínico objetivo positivo

***Cambio clínico objetivo negativo

En la figura 27 se aprecia la calificación de la calidad de vida percibida por medio de gráficos visuales que la paciente 1 eligió al inicio y al final del tratamiento.

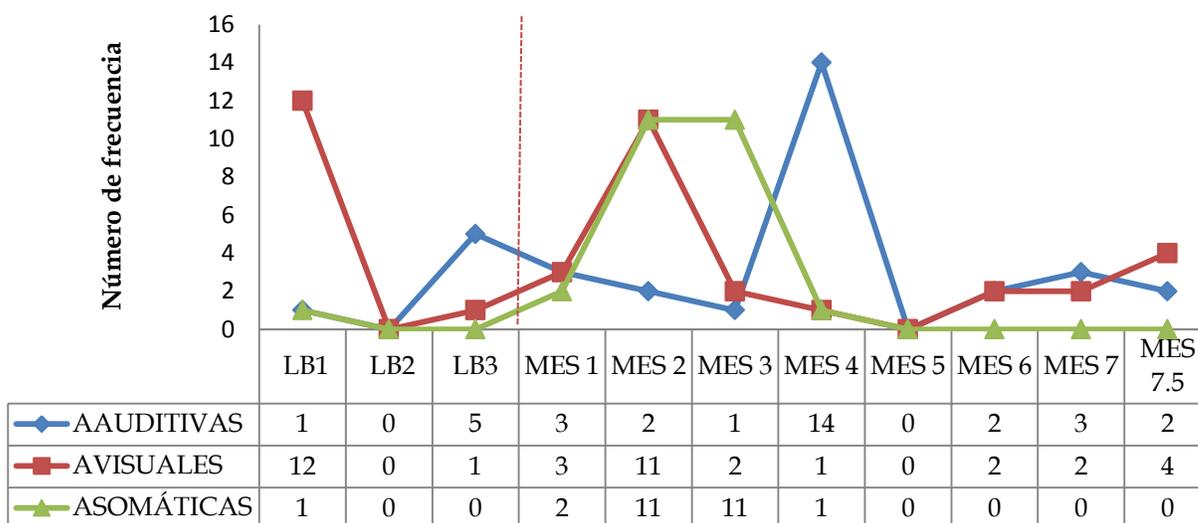


Registro conductual

En las siguientes figuras se muestra el promedio por mes de la frecuencia, duración e intensidad para las alucinaciones y delirios de la paciente 2. En la primer figura se observa que en un inicio durante la línea base sobre salían las alucinaciones visuales y auditivas, a lo largo del tratamiento se mira que permanecieron más estables con una

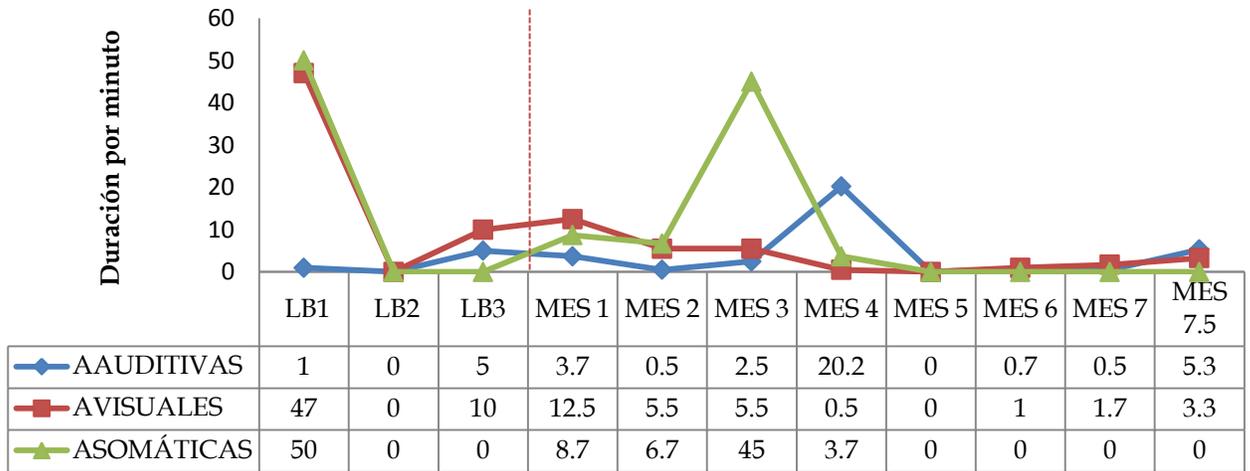
tendencia a ser casi infrecuentes, sin embargo, entre los meses 2 y 4 se nota un incremento que rebasa la línea base incluso de las alucinaciones somáticas que no solían presentarse con anterioridad, de acuerdo al informe de la paciente 2 se menciona que dentro de este periodo de tiempo ocurrieron varios cambios en su vida persona, como abandono de estudios así como conflictos familiares, posteriormente logra reiniciar actividades en otra escuela, se observa una disminución de nuevo de la frecuencia en las alucinaciones durante los siguientes últimos meses ya no presentándose las alucinaciones somáticas y con menor frecuencia las dos restantes, ver figura 27.

Figura 27
Promedio de Frecuencia al mes de Alucinaciones Paciente 2



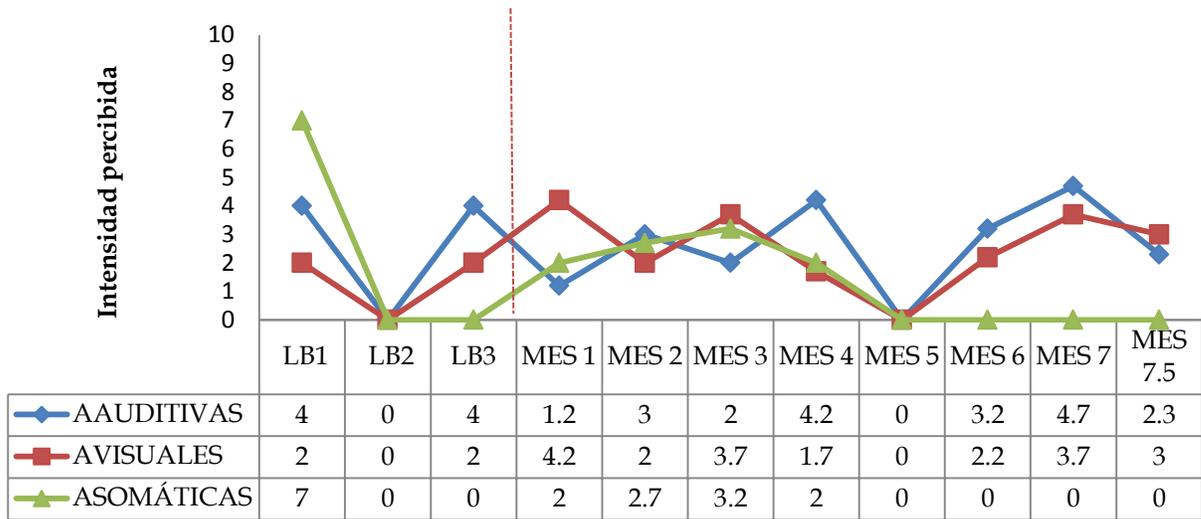
En la figura 28 se observa de manera general en las alucinaciones una constante tendencia a durar en promedio poco tiempo en comparación con la línea base, solo ocurrieron fluctuaciones con tendencia a aumentar durante el mes 3 y 4.

Figura 28
Promedio de Duración en minutos al mes de Alucinaciones Paciente 2



En la figura 29 se observa que, para el grado de intensidad percibida promedio por mes de las alucinaciones en la cual no se aprecia mucha variabilidad en comparación de la línea base, sin embargo, se muestra una tendencia a disminuir el grado de malestar para las alucinaciones auditivas mientras que para las somáticas permanecieron durante el tratamiento por debajo de la línea base. Cabe resaltar que la calificación otorgada para el nivel de malestar iba de 0 (nada de molesto) a 10 (la mayor molestia posible).

Figura 29
Promedio de Intensidad al mes de Alucinaciones Paciente 2



De acuerdo al reporte cualitativo para cada tipo de alucinación se muestra a continuación en las siguientes gráficas. Se observa en la figura 30 que en la pregunta ¿Qué es lo que escucha? , la paciente 2 reportó en primer lugar con el 44% “mi nombre”, seguido de murmullos con el 37% y por último conversaciones con el 19%, en cuanto a la pregunta ¿Se presenta cada vez qué?, se observa que el primero lugar donde se presentaban era en casa 31%, con un empate del 25% en la calle y en la habitación de la paciente y en tercer lugar cuando se encontraba leyendo con el 19%, tal como se muestra en la figura 31.

Figura 30
Porcentaje para qué escucha Paciente 2

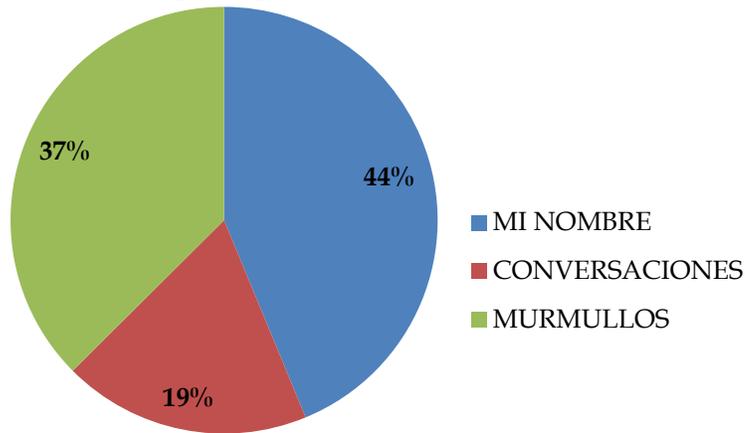
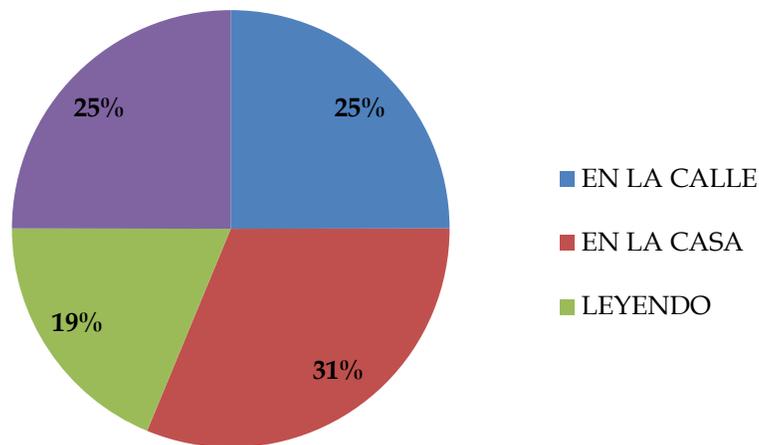


Figura 31
Porcentaje se presenta cuándo estoy Paciente 2



En cuanto a la pregunta ¿Qué es lo que ve? En la figura 32 se muestra que mayormente en la paciente 2 predominaba la imagen de una sombra con el 52%, seguido de una mujer de blanco y la combinación de sombra y una mujer ambos con el 19%, solo con un 10 % la participante señaló haber visto a un muchacho, en cuanto a la pregunta ¿Lo observo cada vez qué? se muestra que mayormente ocurría en la casa con 29% otras dos situaciones relevantes era en la habitación de la paciente con un 28% y cuando esta por dormir con 24% , ver figura

33.

Figura 32
Porcentaje qué es lo que ha visto
Paciente 2

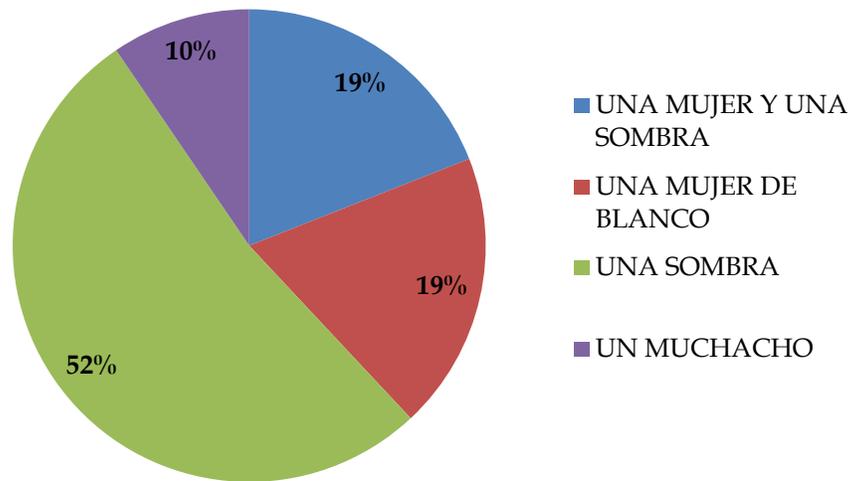
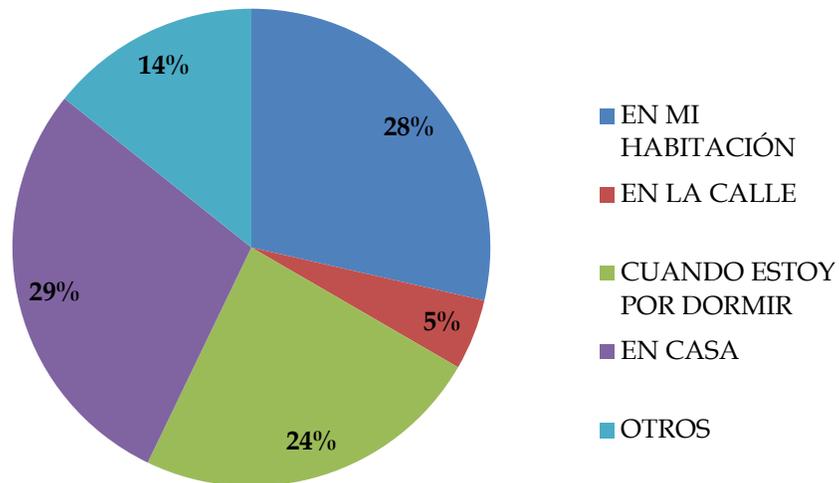


Figura 33
Porcentaje se presenta cuándo estoy
Paciente 2



Por último en cuanto al reporte cualitativo de las alucinaciones para la paciente 2 se encuentran las somáticas, los resultados para la pregunta ¿Qué es lo que siente? en la figura 34 se observa que señaló que se le presentaba la sensación de hueco en el estómago con un 67% y con un 33% de que su cuerpo no le pertenecía, y para la pregunta ¿Se siente

cada vez qué? se observa con un 53% que ocurría en casa, con un 27% en la calle y con un 20% en el metro, ver figura 35.

Figura 34
Porcentaje de qué es lo que siente
Paciente 2

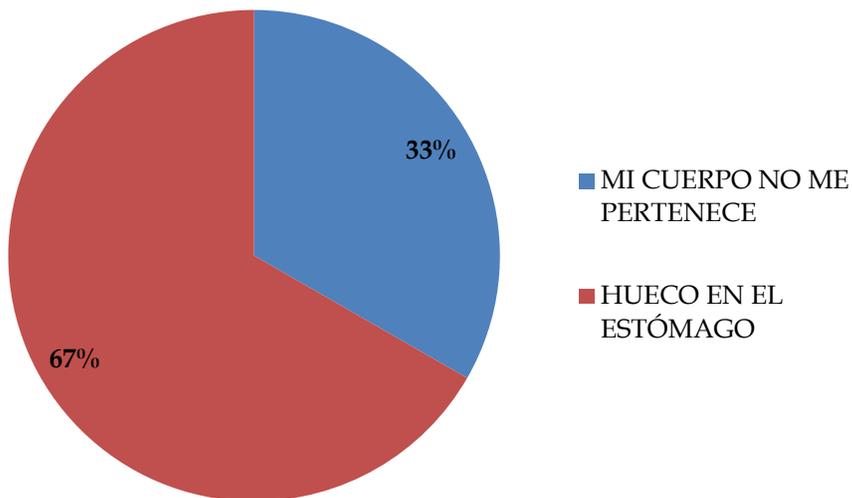
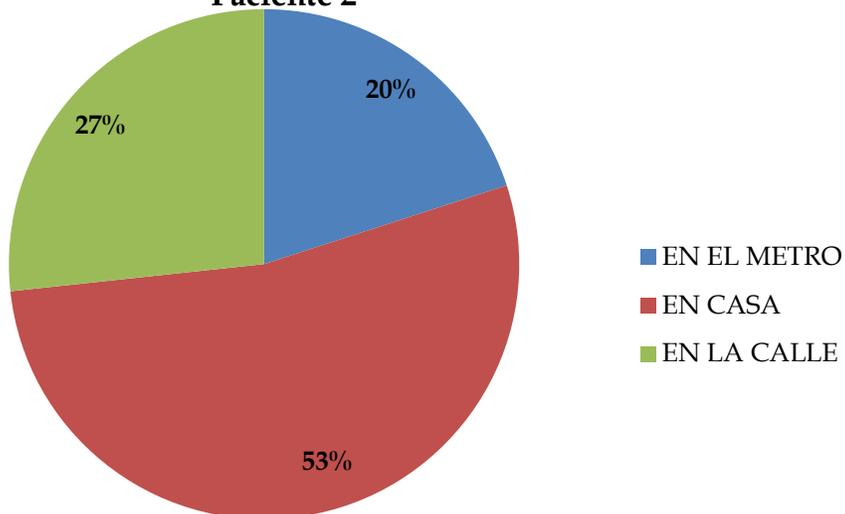
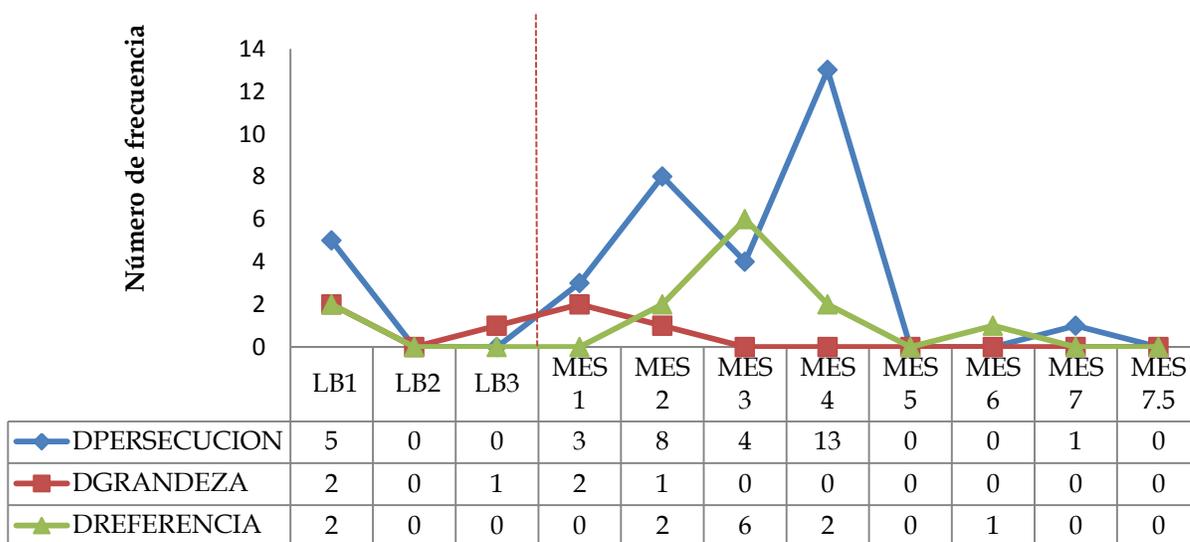


Figura 35
Porcentaje se presenta cuándo estoy
Paciente 2



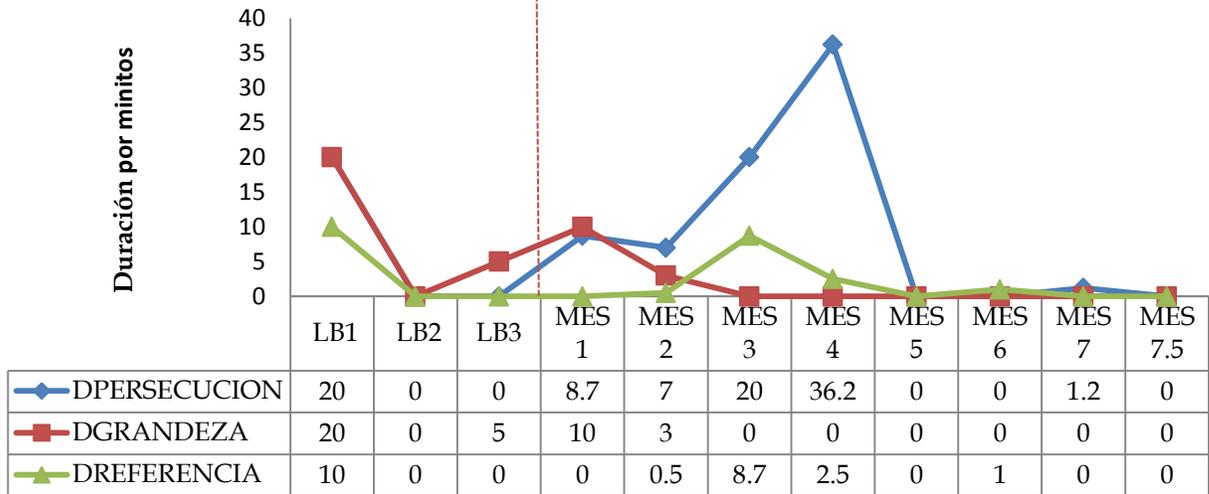
En las siguientes gráficas se muestra el contenido de los registros conductuales para los delirios. En la figura 36 se observa que antes de recibir tratamiento la paciente 2 presentaba comúnmente delirios de persecución con mayor frecuencia seguido de los de grandeza y referencia. Los delirios de grandeza a lo largo del tratamiento disminuyeron hasta ya no presentarse, mientras que los de persecución y referencia aumentaron entre el segundo y cuarto mes, posteriormente se observa una disminución de la frecuencia que continuó hasta el final del tratamiento.

Figura 36
Promedio de Frecuencia al mes de Delirios Paciente 2



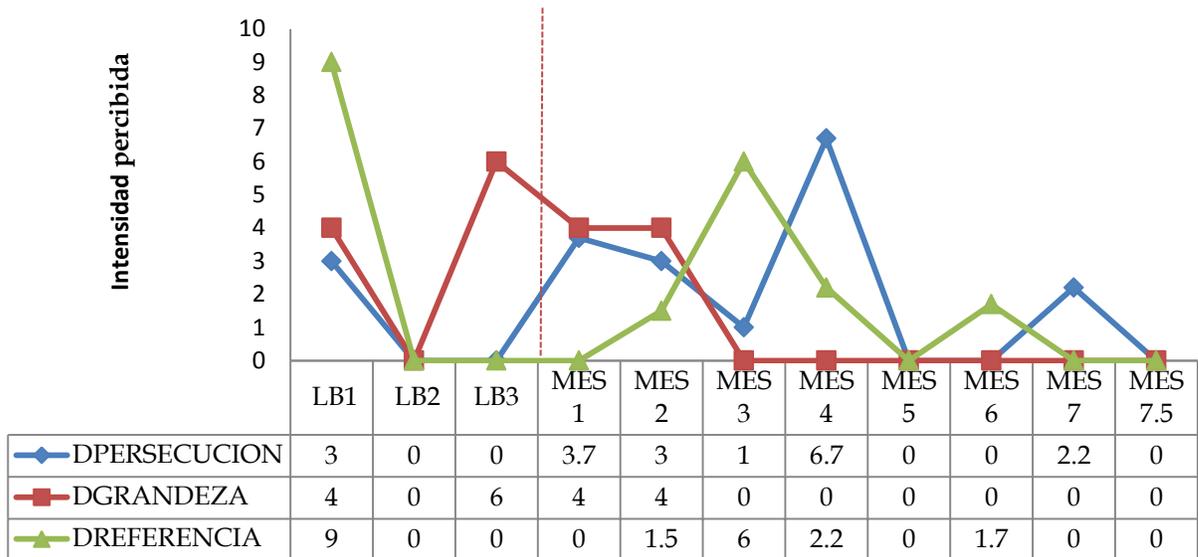
En la figura 37 se observa de manera general una disminución en el promedio de duración en minutos al mes de los delirios de grandeza y referencia a lo largo de la intervención, sin embargo, para los de persecución se mira un aumento entre el segundo y cuarto mes aunque conserva la tendencia a disminuir durante el proceso de la intervención.

Figura 37
Promedio de Duración en minutos al mes de Delirios Paciente 2



En la figura 38 se puede apreciar el grado de intensidad percibido por mes de la paciente 2, se observa que existe una fluctuación en los tres tipos de delirios y de la misma manera tiende a disminuir casi hasta causar poco o nulo malestar. Cabe resaltar que la calificación otorgada por la paciente iba de 0 (nada de molestia) a 10 (la mayor molestia posible).

Figura 38
Promedio de Intensidad al mes de Delirios Paciente 2



Para el informe cualitativo de los delirios cuanto a la pregunta ¿Esto le sucede cada vez que usted? , la paciente 2 respondió para los delirios de persecución que le ocurrían mayormente cuando se encontraba en la calle con un 40% seguido de en casa 33% y en el metro 27%, ver figura 39; en cuanto a los delirios de grandeza la paciente mencionó que se presentaban mayormente hablando con otras personas con el 60% y en la calle con 40%, ver figura 40; por último en los delirios de referencia ocurrían mayormente con un 66% cuando se encontraba en el metro, ver figura 41.

Figura 39
Porcentaje de qué sucede cada vez que usted en delirios de persecución
Paciente 2

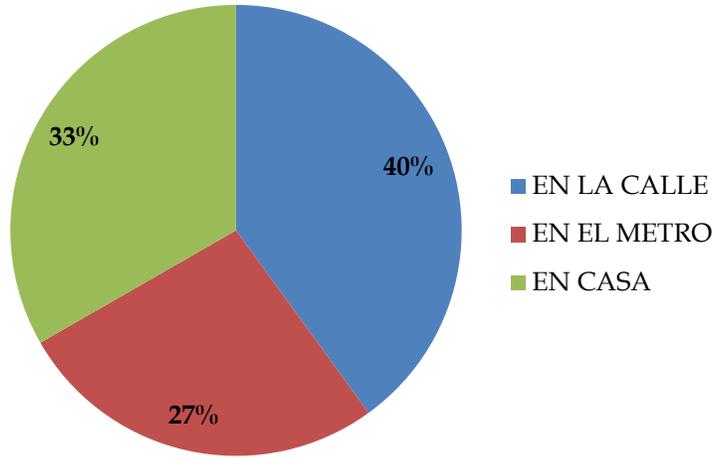


Figura 40
Porcentaje de qué sucede cada vez que usted en delirios de grandeza
Paciente 2

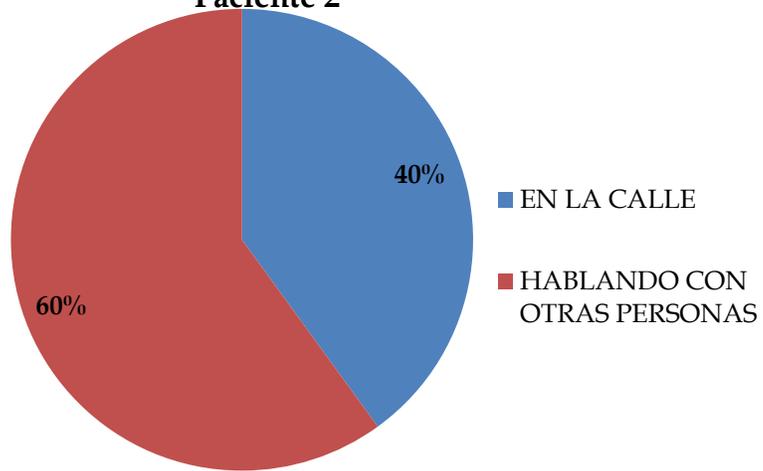
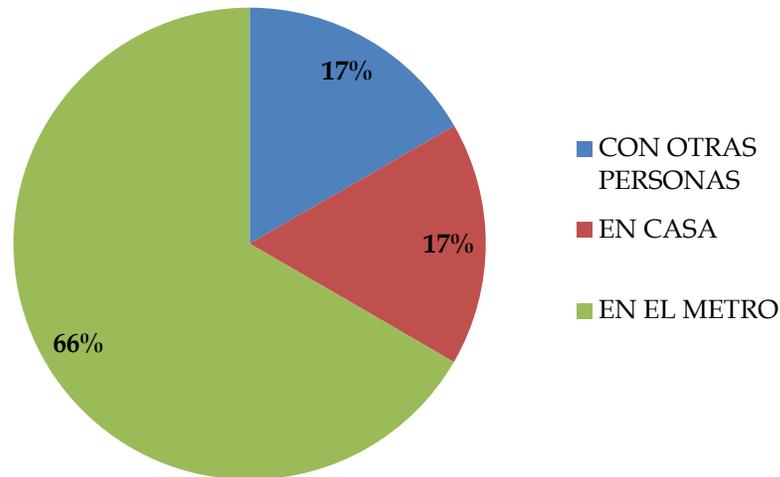


Figura 41
Porcentaje de qué sucede cada vez que usted en delirios de referencia
Paciente 2



Validación Social

Se establecieron de manera conjunta terapeuta-paciente los objetivos primordiales independientemente de la investigación presente. En este caso la paciente 2 mencionó que sus principales expectativas y objetivos era aminorar las alucinaciones y las sensaciones que estas le provocaban al igual que con los delirios sobre todo los de persecución, adicional también indicó al inicio que quería mejorar sus relaciones interpersonales. Por su parte el familiar, en este caso la madre hizo referencia a que lo que ella buscaba en su hija era que tuviera una mejor actitud y adherencia hacia al tratamiento, aceptación de la enfermedad, mejorar su calidad de vida y dejar el medicamento. Mediante un cuestionario de preguntas abiertas al finalizar el tratamiento se le preguntó a la paciente y a los familiares de manera general como fue su percepción del trato y entrenamiento de la terapeuta, de las fases durante el tratamiento y de la evaluación de los resultados observados

del tratamiento, así comentarios generales acerca de la intervención.

La paciente 2 señaló que el trato por parte de la terapeuta hacia ella fue amable, de confianza, interés, le brindó las explicaciones claras antes y durante el tratamiento, percibió a la terapeuta apta para poder llevar su caso, lo que la hizo sentir cómoda y segura. Para lo que respecta a la percepción a lo largo del tratamiento, la paciente 2 consideró que se brindaba la retroalimentación adecuada, aclarándole las dudas que surgían para cada actividad que se dejaba como tarea y durante las sesiones, sin embargo, refiere que algunas tareas llegaban a ser confusas “algunas cosas me confundían, quizás porque eran nuevas para mí pero me agradaban” Sic. Paciente 2.

Para lo que respecta a los resultados obtenidos del tratamiento la paciente 2 indicó que puede identificar factores que predisponen a una crisis en su caso señaló que fue el estrés, así como factores que ayudan a prevenirlas “buen manejo de las emociones” Sic. Paciente 2., mencionó que antes se quedaba paralizada ante los problemas, ahora piensa como resolverlos, al igual de que no le gustaba convivir con las personas ahora se muestra dispuesta a conocerlas, mientras tanto en cuanto a su percepción de la enfermedad indicó que antes la percibía como una enfermedad grave, mientras que ahora lo percibe como un padecimiento que tiene su tratamiento y puede llevar una vida funcional.

Por otra parte indicó que en cuanto a los síntomas respecta antes no podía identificar una alucinación ni un delirio cuando se le presentaba y lo solía confundir con la realidad “antes no sabía que era lo

que me pasa como ahora, yo de verdad creía que estaba pasándome” Sic. Paciente 2, por lo tanto anteriormente se quedaba paralizada, se ponía ansiosa y le daba miedo por lo que decidía no salir ni de su cuarto, ahora menciona que continua con sus actividades sin prestar atención a las alucinaciones, intenta hacer de manera constante ejercicios de meditación y trata de pensar de manera lógica lo que le sucede “hago meditación, continuo con mis actividades pues sé que lo que llego a ver o me dicen no es real y pienso dos veces las cosas antes de darlas por verdad así como vimos” Sic. Paciente 2. También señaló que a diferencia de antes intenta confiar más en las personas y que le es más fácil identificar sus emociones ya que se guía por sus sensaciones corporales, en cuanto a los síntomas negativos mencionó que ha estado mejorando su interacción social “he conocido a personas en mi nueva escuela, les comienzo a hablar a dos chicas y quiero conocerlas quizá podamos ser amigas” Sic. Paciente 2; se le pidió que asignara un número tomando en cuenta 0 es nada y 10 es mucho para sentimientos de desmotivación, tristeza y miedo a lo que respondió: desmotivación antes 8 ahora 4, tristeza antes 9 ahora 3 y miedo antes 10 ahora 7. Por último señaló que en ningún momento pensó en abandonar la terapia ya que se sentía a gusto y consideraba que le comenzaba a ayudar. De manera general percibió que se cumplieron los objetivos al inicio del tratamiento, que no le haría ningún cambio y que ayudó a afrontar las situaciones de su vida diaria.

Para lo que respecta al reporte de la familia la madre señaló que se cumplieron con la mayoría de sus expectativas a excepción de que su familiar dejará de tomar medicamentos “al principio pensé que podría dejar el medicamento pero después entendí que era indispensable y que es un trabajo multidisciplinario” Sic. Madre 2. La madre mencionó que se les atendió con amabilidad, respeto y profesionalismo, así como se le informó de los avances en la terapia y se le respondieron sus dudas que le surgieron durante ésta “siempre se aclararon mis dudas respecto a la situación de salud de mi hija” Sic. Madre 2.

Por otro lado mencionó que comprendió que su hija podría llevar una vida normal y funcional como cualquier otra persona siempre y cuando siguiera las indicaciones de los profesionales de la salud mental, además de aceptar a su familiar con la condición de salud que presenta, logró identificar mejor que factores precipitaban más las crisis y cuales eran factores de protección “ sé que se pone mal cuando siente mucho estrés o cuando la presionamos mucho, la falta de sueño y cuando se frustra, ahora trato de entenderla más, de escucharla, de abrazarla y de recordarle que muchas cosas que le suceden no pasan en la realidad” Sic. Madre 2. De manera general señaló que ha mejorado la comunicación de la paciente 2 con su familia y trata de interactuar con otras personas para integrarse a nuevas actividades, que su paciente ésta consciente de su condición de salud y ha podido hacerse responsable siguiendo los cuidados recomendados “ella sola se toma su medicina, la veo cuando hace sus ejercicios de meditación o me dice de las tareas que le dejan en

la terapia y las hace” Sic. Madre 2; así como también ha disminuido su falta de motivación, ya no se le mira triste, aunque la madre refiere que de vez en cuando le mira temerosa pero en menor grado que antes, trata de resolver sus problemas aunque al principio le costaba trabajo, y que ahora percibe a su familiar como más motivada hacia su futuro ya que tiene planes de terminar una carrera universitaria, y ha podido disminuir y controlar más sus crisis. Menciona que el tratamiento le pareció adecuado no solo para la paciente sino también para los familiares, ya que de manera personal le ayudó a comprender mejor la situación de su hija, a cómo ayudarla para disminuir las crisis y cómo mejorar la comunicación.

Para finalizar este caso, cabe señalar que la paciente durante el tratamiento logró iniciar una carrera universitaria de diseño visual, así como comenzar una relación amorosa con un chico de su edad, comenzó a trabajar en un negocio de fotografías profesionales durante los fines de semana, además de generar planes a corto y mediano plazo para con su vida personal como regresar a clases de ballet y seguir estudiando hasta concluir su carrera.

Discusión y Conclusión

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual que incluyera psicoeducación, terapia cognitiva y mindfulness para el manejo de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia paranoide. Los resultados indican que hay un cambio clínico significativo en ambos casos evaluados en lo que respecta a la disminución de la sintomatología antes y después del tratamiento, mismos que también se vieron reflejados en la validación social de participantes y sus familiares.

Se presentó una disminución a lo largo del tratamiento específicamente en los síntomas positivos para: alteraciones sensoriales (alucinaciones auditivas, visuales y somáticas), ideas delirantes, ideas de persecución y grandiosidad. Los registros conductuales en los dos casos marcan una tendencia a presentarse con menos frecuencia, duración e intensidad percibida, a excepción de la paciente 2 que solo refiere una disminución de esta variable para alucinaciones auditivas y somáticas, las visuales se perciben con el mismo grado de malestar con el que se inició la intervención. Se observa que los delirios en las dos pacientes se dejaron de presentar a partir del quinto mes, sin embargo, existían recaídas aunque menos intensas para la sintomatología positiva cada vez que se presentaban situaciones que las participantes referían como estresantes.

En los síntomas negativos se presentó una disminución en ambos casos para los siguientes elementos: aplanamiento afectivo, retraimiento

emocional, dificultad para pensar en abstracto y flujo del discurso, solo la paciente 1 reportó mejoría para aislamiento social. En lo que respecta a la sintomatología general que se encontró una disminución para las dos participantes en: ansiedad, ideas ilógicas, evitación social, depresión y sentimientos de culpa.

En la calidad de vida percibida de las pacientes, se observó en ambas una mejora positiva clínicamente significativa para: aislamiento (se percibe merecedor de la estimación que recibe de quienes rodea, autoconcepto positivo y habilidades sociales funcionales), funciones cognitivas (capacidad de concentración, recuperación de la información y aprendizaje, indicador de un nivel razonable de bienestar emocional), actitud ante el tratamiento (comprende la importancia de seguir el tratamiento médico en el manejo de su salud, asume rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva), tiempo libre (el padecimiento no obstaculiza sus actividades recreativas, indicador de habilidades sociales y redes de apoyo funcionales), vida cotidiana (ha sabido manejar las consecuencias del padecimiento sin causarle pérdidas en su bienestar) y redes sociales (cuenta con personas a su alrededor que le pueden ayudar a solucionar algún problema, en general hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia). Sin embargo, la paciente 1 reportó que percibió un cambio benéfico para su calidad de vida, mientras que la paciente 2 la reportó sin cambio incluso en algunas áreas se mostró un cambio negativo, esto se debe a que quizá por las características individuales de

cada una, los cambios de vida y experiencias durante la intervención fueron diferentes entre ellas.

De acuerdo a los datos arrojados por esta investigación se pueden apoyar lo descrito por la literatura de manera precedente con respecto a que la terapia cognitivo-conductual y sus elementos que la componen en este caso la psicoeducación, terapia cognitiva y mindfulness han servido como tratamiento adicional al farmacológico en la reducción de sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia paranoide (Burns, Erickson & Brenner, 2014; Davis et al., 2015; Durham et al., 2003; Elis, Caponigro & Kring, 2013; Grant et al., 2012; Johnson et al., 2011; Khoury et al., 2013; Morrison et al., 2014; Muñoz & Ruiz, 2007; Muñoz et al., 2012; Nars & Kausar, 2009; Nyklícek & Kuijpers, 2008; Singh et al., 2014; Tarrier et al., 1998; Vallina & Lemus, 2001; Wykes et al., 2008; Zanello et al., 2014).

Adicionalmente en este estudio también se confirma que la intervención ayudó a mejorar la adherencia al tratamiento, la incidencia de recaídas, los síntomas de depresión, riesgo suicida, síntomas de ansiedad y funcionalidad (Jones et al., 2012; Khoury et al., 2013; Nyklícek & Kuijpers, 2008; Wykes et al., 2008; Xia, Merinder & Belgamwar, 2011). Por consiguiente se puede señalar que se obtienen resultados similares en este programa de intervención cognitivo-conductual con una duración total de 31 sesiones combinando elementos de psicoeducación, terapia cognitiva y mindfulness en comparación a terapias que solo aplican estos elementos de manera aislada y que tienen

una duración más prolongada entre cada uno de ellos (Psicoeducación: 9 sesiones, TC: de 6 a 18 meses y Mindfulness: 6 a 16 sesiones). Lo cual merecería la pena ponerla a prueba en otras investigaciones aumentando el número de pacientes y de diversas localidades para comprobar su eficacia, ya que podría ser un tratamiento eficaz para tratar la esquizofrenia paranoide.

Con respecto a la calidad de vida no se han encontrado suficientes artículos que aborden este rubro con respecto a los tratamientos para pacientes que presentan esquizofrenia paranoide, en el presente estudio solo se encontró el de Nyklícek y Kuijpers (2008) donde solo señalan que hubo una mejora en la calidad de vida pero no mencionan en qué áreas o con respecto a qué circunstancias, para lo cual la presente investigación pudiera llegar a ser una orientación para futuras personas que se interesen en evaluar este elemento con dicho padecimiento.

Otro de los objetivos a cumplir y que la literatura lo marca como importante para abordar la problemática de las personas que padecen esquizofrenia fue la descripción de las características y sintomatología de las pacientes. En los dos casos se trataron de mujeres jóvenes, soleras, sin ocupación, sin hijos y con escolaridad de bachillerato, diferenciaban en el tiempo de enfermedad ya que la paciente 1 llevaba 11 años con el diagnóstico, mientras que la paciente 2 apenas llevaba solo un año de haber sido diagnosticada con esquizofrenia paranoide.

Con respecto a la edad de inicio estos casos difieren de las estadísticas para el comienzo de la enfermedad en mujeres, siendo más

similares a la edad de inicio de los hombres (González, 2012), así mismo tampoco se registraron causas orgánicas, lesiones cerebrales, accidentes graves ni complicaciones perinatales contrario a la literatura que menciona que es un factor importante en el neurodesarrollo de la esquizofrenia (Black & Andreasen, 2012). Ambos casos comenzaron de manera similar con aislamiento, retraimiento emocional, bajo rendimiento escolar, insomnio y síntomas de depresión. Al igual que en sus antecedentes personales se encontraron similitudes en cuanto a la percepción que tenían de sí mismas de personalidad como retraimiento, tímidas, aisladas, temerosas, con evitación del daño o problemas y dificultad para establecer relaciones sociales, además de que ambas manifestaron haber visto cosas desde pequeñas pero que en ese entonces no le daban importancia. Estos datos concuerdan con las investigaciones previas (Monroy, 2012; Skokou & Gourzis, 2014) con respecto a los antecedentes sociodemográficos y de rasgos de personalidad.

En otros aspectos de antecedentes personales y heredofamiliares las dos pacientes habían reportado maltrato infantil físico y psicológico, violencia intrafamiliar, acoso escolar (bullying), a excepción de la paciente 1 que reportó también consumo de sustancias durante la adolescencia (alcohol, marihuana, cocaína, hongos y ácidos) y abuso sexual. En cuanto a la crianza la describieron como autoritaria pero a la misma vez negligente por parte de los padres, señalaban que estos solían hacer castigos físicos, críticas constantes y altas demandas a sus comportamientos durante la infancia.

Estos datos apoyan la hipótesis de que situaciones altamente estresantes durante la infancia es un factor de riesgo a la enfermedad ya que al estar constantemente expuestos a estas situaciones las personas comienzan a tener sobreactivación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y que esto a su vez puede contribuir a generar las anomalías dopaminérgicas que son importantes en los trastornos psicóticos (Carter, 2009; Dergán, 2007; Thompson et al., 2014; Varese et al., 2012; Walker & Diforio, 1997). Con respecto a los aspectos heredofamiliares se observaron enfermedades dentro de la familia como Alzheimer, diabetes, hipertensión, alcoholismo, depresión psicótica y cáncer. Dentro de la literatura se identificó que de acuerdo con Flint y Munafò (2014) hay variantes en la esquizofrenia del gen que está implicado en la diabetes tipo 2, es interesante observar que en ambos casos las participantes señalaron antecedentes de este padecimiento. Sin embargo, no se encontraron antecedentes de esquizofrenia o trastornos psicóticos dentro de la familia, lo cual como lo mencionan algunos autores no es solo la variable genética lo que determina la enfermedad si no el conjunto de factores que interactúan para su aparición (Carter, 2009; Engel, 1977; Gutiérrez et al., 2012).

En cuanto a las características del padecimiento ambas participantes solían tener sintomatología parecida para síntomas negativos y positivos, sin embargo para estos últimos en cuanto al dato cualitativo identificado en el registro conductual diferían, ya que la primer paciente refirió que en sus alucinaciones auditivas sobresalía la

voz de un hombre, veía a un sátiro y llegaba a sentir su cuerpo adormecido o entumido, identificaba que estas situaciones ocurrían cuando presentaba un exceso de cansancio, ansiedad, estado bajo presión y desvelada, mientras que la segunda paciente identificó que se presentaba con más frecuencia murmullos, voces y conversaciones que hacían referencia a su nombre o a críticas de su comportamiento, veía una sombra y una mujer de blanco, y sentía un hueco en el estómago.

A diferencia de la paciente 1 esta paciente identificaba como principal causa situaciones externas asociadas a contextos que le causaban estrés como estar en la casa, en su habitación, en la calle y el metro. Estos datos podrían concordar con lo señalado por Beck et al. (2010), estos autores señalan que el contenido subyacente de los síntomas positivos están asociados a experiencias previas particulares de cada individuo que marcaron a la persona en su vida previa al padecimiento y que estos a su vez refleja sus distorsiones cognitivas. Por otro lado se observaba una exacerbación de la sintomatología positiva cuando se presentaban situaciones que las mismas participantes percibían como amenazadoras o altamente estresantes, esta información también es señalada con anterioridad por otros autores como Rebolledo y Lobato (2005) mencionan que al haber presencia de varias situaciones estresantes en la persona hay una alta probabilidad de que los síntomas positivos aumenten y viceversa cuando no existen suficientes actividades que motiven al individuo aumentan los síntomas negativos. Sin embargo, a pesar de que se presentaron estas circunstancias las pacientes

lograron trabajar las situaciones dentro de la terapia, dando como resultado de nuevo una tendencia a disminuir la sintomatología posterior a los eventos estresantes.

Siguiendo este parámetro en este estudio se decidió establecer el número de sesiones e incluir su contenido de cada una de ellas, así como la descripción de cada caso con la finalidad de ser más precisos y claros para futuros investigadores en el tema, ya que como señalan Naeem, Farroq y Kingdon (2014) en su revisión sistemática, uno de los defectos de las intervenciones para psicosis es que no aclaran los métodos utilizados con definición operacional con respecto al diagnóstico y la corroboración del mismo, la duración de las sesiones y características de los participantes, limitando la posibilidad de establecer estandarizaciones con respecto a las intervenciones.

Por otro lado en cuanto al reporte final que otorgaron las participantes y sus familiares se encontró que ambas partes estuvieron de acuerdo en que se cumplieron casi todas las expectativas que tenían al iniciar el tratamiento a excepción de un familiar que señaló el que su paciente dejará de tomar medicamento. Señalaron que se establecieron y se cumplieron de manera conjunta los objetivos que se plantearon al iniciar la intervención, percibieron el trato durante la terapia como amable, de respeto, confianza y profesionalismo; indicaron que los métodos aplicados eran los adecuados para su problemática, además de que se brindaba retroalimentación constante ante dudas y en los ejercicios para casa. En cuanto a los resultados que obtuvieron por asistir

a la intervención psicológica mencionan que se sienten satisfechos, ya que las participantes lograron identificar como prevenir una crisis, así como los factores que la predisponen, afrontar sus problemas en lugar de evitarlos, mejoró su interacción social, hubo mayor consciencia de la enfermedad, identificaron y manejaron sus emociones de manera adaptativa, identificar y analizar pensamientos automáticos, redujeron sus sentimientos de desmotivación, miedo y tristeza, además de que percibieron una menor frecuencia de las “crisis” psicóticas y una mejoría en su autoconfianza. De manera general ambas lograron metas a corto plazo como trabajar, iniciar con actividades escolares y de ocio, así como planear metas a mediano plazo para cumplir en un futuro. Por lo que se pudiera deducir que se cumplió con lo establecido por Pedroza et al. (2002) en cuanto a la validación social ya que los participantes percibieron que el establecimiento de objetivos, el procedimiento de la intervención y los resultados fueron favorables para su desarrollo personal en calidad de mejorar en cuanto a la sintomatología y en su funcionalidad.

En lo que respecta a lo que se conoce como “recuperación funcional” de la esquizofrenia (Valencia et al., 2014), se puede hacer hincapié en que el programa de intervención cognitivo-conductual aplicado en este estudio podría ir encaminado hacia este objetivo, pues existe una relación en los resultados obtenidos de las participantes y la mejoría a la que va dirigida este tipo de recuperación la cual hace referencia a mantener la estabilidad clínica del paciente, alcanzar una

autonomía en relación a las propias capacidades y deseos de la persona, incrementar habilidades para afrontar desafíos de la vida, con la finalidad de mejorar su funcionamiento social, cognitivo y de calidad de vida.

Limitaciones y Sugerencias

De acuerdo con el desarrollo de este estudio se detectó que el número tan pequeño de participantes limitaba la parte de análisis estadísticos, además de que no se pudieron realizar comparaciones entre hombres y mujeres por lo que no se pueden generalizar los hallazgos encontrados. Para futuras investigaciones se recomienda realizar estudios que incluyan diseños de grupos control y experimentales, así como un número basto y equilibrado de hombres y mujeres.

Por otro lado los resultados obtenidos fueron el resultado de un conjunto de técnicas que aunque ya se han evaluado de manera individual, valdría la pena para esta intervención re-evaluarlas para ajustar sesiones de cada uno de los módulos, en especial de psicoeducación y mindfulness.

Se desconocen resultados a seguimiento de tres y seis meses por lo que se sugiere para futuras investigaciones agregar un seguimiento, ya que esto también podría contribuir a conocer si existe algún tipo de remisión de la sintomatología.

Convendría contar con otro tipo de mediciones para evaluar la sintomatología, ya que existen pocas herramientas con validez y

confiabilidad para población mexicana. Por su parte esta investigación implementó un registro conductual para síntomas positivos pero no para negativos. Al igual que en las entrevistas como en el caso del PANSS siempre existe un riesgo de sesgo por parte de quien registra o evalúa, por lo que valdría la pena implementar adicionalmente algún tipo de evaluación observacional confiable o registros fisiológicos, en su defecto contar con un número de personal debidamente capacitado (de acuerdo a las evaluaciones) y que cada uno realice una evaluación a fin de evitar el efecto halo. En caso de grupo control y experimental se sugiere aplicar doble ciego.

A pesar de que las pacientes ya contaban con una estabilidad del medicamento con el que ingresaron al programa de terapia cognitivo-conductual, no fueron los mismos fármacos ni las dosis, por lo que los efectos de estos medicamentos también pudieron a ver sido una variable que influyera en su conducta.

Valdría la pena que se evaluaran más específicamente las funciones cognitivas y el deterioro cognitivo ya que en este estudio solo fue un requisito que tuvieran máximo un deterioro moderado para ingresar a la intervención, pero se desconoce si la intervención generó cambios en este nivel de deterioro. Una de las herramientas útiles para la evaluación cognitiva podría ser el de *MATRICES Consensus Cognitive Battery (MCCB)* del proyecto de Investigación de Medidas y Tratamientos para mejorar la cognición en la esquizofrenia (MATRICS por sus siglas en inglés) del NIMH, es un grupo de subtest conformado para evaluar las áreas

cognitivas que están relacionadas con la esquizofrenia como: velocidad de proceso, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas, por último cognición social.

Por último se sugiere agregar escalas o evaluaciones para hábitos de salud como consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas), ejercicio, sueño, actividades recreativas, entre otras; así como, registrar la comorbilidad con otros trastornos y como estos se ven beneficiados o afectados por la intervención, además de considerar el número de recaídas e internamientos previos y durante el tratamiento. Podría ser de utilidad considerar el desgaste del cuidador primario para futuras investigaciones.

A manera de conclusión se reseña para el presente estudio que a pesar de las limitaciones para su realización, se lograron cumplir con los objetivos estipulados al principio de la investigación, obteniendo como resultados mejoría en la sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia, además del funcionamiento general en las pacientes.

Referencias

- Armelaños, G.J. Brown, P, J & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61, 755-765.
- Barbato, A. (1996). *Schizophrenia and public health*. Recuperado el 1 de marzo, 2014, de http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N. & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia*. Madrid: Paidós.
- Bien. T. & Didonna F. (2011). La práctica del mindfulness. En F. Didonna (Ed.), *Manual Clínico de Mindfulness*. (pp.787-806). España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Black, D.W. & Andreasen, N. C. (2012). *Introducción a la Psiquiatría* (5ª Ed). México: Editorial Panamericana.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz* (2ª Ed). Buenos Aires: Lumen.

- Burns, A.M., Erickson, D.H. & Brenner, C.A. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy of Medication-Resistant Psychosis: A meta-analytic Review. *Psychiatric Services*, 65 (7), 874-880.
- Cabello, H., Díaz, L. & Arredondo, A. (2011). Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 34,95-102.
- Campuzano, J.C., Hernández, A., González, M.C. & Hernández, C. (2014). Tendencia de la mortalidad por trastornos mentales: un panorama epidemiológico en México (1980-2011). *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(3), 22-30.
- Cardiel, M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano y H. García (Eds.). *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Carter, R. (2009). *The human brain book*. New York: Darling Kindersley Limited.

Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia Cognitivo-Conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de psicología*, 24, 267-292.

Davis, L.W., Lysaker, P.H., Kristeller, J.L., Salyers, M.P., Kovach, A.C. & Woller, S. (2015). Effect of Mindfulness on Vocational Rehabilitation Outcomes in Stable Phase Schizophrenia. *Psychological Services*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000028>

Dergán, J. (2007). *Neuropsicología de la esquizofrenia*. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Dickerson, F., Stallings, C., Origoni, A., Schroeder, J., Khushalani, S. & Yolken R. (2014). Mortality in Schizophrenia: Clinical and Serological Predictors. *Schizophrenia Bulletin*. 40 (4), 796-803. doi:10.1093/schbul/sbt113

Durham, R.C., Guthrie, M., Mortan, R.V., Reid, D.A., Treiving, L.R., Fowler, D. & McDonald, R.R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant

- psychotic symptoms: Results to 3-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 182, 303-311.
- Elis, O., Caponigro, J.M. & Kring, A.M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33, 914-928.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Engel, G.L. (1996). De lo Biomédico a lo Biopsicosocial. I-Ser Científico en el Ámbito Humano. *Dimensión Humana*, 3 (3), 14-20.
- Fazel, S., Wolf, A., Palm, C. & Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry*, 1 (1), 44-54.
doi:10.1016/S2215-0366(14)70223-8.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gilbert, J., Soto, M. & Soto, O. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en español 5.0.0.* Madrid: Instituto IAP.

Fine, M. (2015). *La necesidad de complacer. Técnicas de mindfulness para superar la tendencia a buscar la aprobación ajena*. España: Urano.

Flint, J. & Munafò, M.R. (2014). Genetics: Finding Genes for Schizophrenia. *Current Biology*, 24 (6), pR755-R757. doi: 10.1016/j.cub.2014.07.018.

García, M., Apiquian, R. & Fresan, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*, 24 (5), 37-43.

Gejman, P.V. & Sanders, A.R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina*, 72, 227-234.

González, J.F. (2012). *Esquizofrenia, segunda enfermedad mental en México*. Recuperado el 1 de marzo, 2014, de <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/esquizofrenia-segunda-enfermedad-mental-en-mexico.html>

Grant, P.M., Huh, G.A., Derivoliotis, D., Stolar, N.M. & Beck, A.T.

(2012). Randomized Trial to Evaluate the Efficacy of Cognitive

Therapy for Low-Functioning Patients With Schizophrenia.

Archives of General Psychiatry, 69 (2), 121-127.

Gutiérrez, M., Sánchez, M., Trujillo, A. & Sánchez, L. (2009). Terapia cognitivo conductual en las psicosis crónicas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (2), 106-114.

Gutiérrez, M., Sánchez, M., Trujillo, A. & Sánchez, L. (2012). Terapia Cognitivo-Conductual en las psicosis agudas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (14), 225-254 doi: 10.4321/S0211-57352012000200002

Herrera-Estrella, M., Torner, C., González, G., Olivares, M., Calzada, J.L., Guzmán, I., Delgado, V., Vázquez, S. & Castañeda-González, C.J. (1993). Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. *Psiquis*, 2(2), 47-51.

Johnson, D.P., Penn, D.L. Fredrickson, B.L., Kring, A.M., Meyer, P.S., Catalino, L.I. & Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 137-140.

Jones, C. , Hacker, D. , Cormac, I. , Meaden, A. & Irving, C.B.(2012).

Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, doi: 10.1002/14651858.CD008712.pub2.

Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*,13,261-276.

Kazdin, A (2011). *Single-Case Research Designs, Methods for Clinical and Applied Settings* (2ª Ed). New York: Oxford University Press.

Kiresuk, T. J. (2008). William Schofield (1921–2006). *American Psychologist*, 63 (4), 269. DOI: 10.1037/0003-066X.63.4.269

Khoury, B., Lecomte, T., Guadiano, B.A. & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150, 176-184.

Kraepelin, E. (1971). *Dementia praecox and paraphrenia*. Krieger: Huntington, NY.

Laham. (2010). *Psicología de la Salud. Definición, Evolución y Delimitación*

conceptual. Recuperado el 19 de mayo, 2015, de

<http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3616/3756%20-%20habilitacion%20prof%201B%201%20-%20laham.pdf?sequence=1>

Lako, I.M., van den Heuvel, E.R., Knegetring, H., Bruggeman, R. & Taxis, K. (2013). Estimating Dopamine D2 Receptor Occupancy for Doses of 8 Antipsychotics. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33 (5), 657-681.

Lauriello, J., Biehl, T & Bagby-Stone, S. (2012). Introduction to Schizophrenia. En J. Lauriello & S. Pallanti (Eds.), *Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia*. (pp. 1-24). EUA: APA.

Lindenmayer, J.P. & Khan, A. (2012). Psychopathology. En J.A. Lieberman, T.S. Stroup & D.O. Perkins (Eds.), *Essentials of Schizophrenia*. (pp.11-55). Washington: American Psychiatric Publishing.

Matarazzo, J.D.(1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.

McCarthy, S.E., McCombie, W.R. & Corvin, A. (2014). Unlocking the Treasure Trove: From Genes to Schizophrenia Biology.

Schizophrenia Bulletin, 40 (3), 492-496. doi:

10.1093/schbul/sbu042

McGrath J., Saha, S., Chant D. & Welhman, J . (2008) Schizophrenia: a concise overview of incidence prevalence and mortality.

Epidemiology Review, 30, 67-76.

McGuigan, F.J. (1997). *Experimental Psychology: Methods of Research*.

New Jersey: Prentice Hall.

Miyamoto, S., Fleischhacker, W.W. & Lieberman, J.A. (2012).

Pharmacologic Treatment of Schizophrenia. En J.A. Lieberman & R.M. Murray (Eds.), *Comprehensive Care of Schizophrenia: a textbook of clinical management*. (2^a Ed, pp.77-138). USA: Oxford.

Monroy, B.G. (2012). Fase prodrómica y primer episodio psicótico. En R.A. Saracco & R.I. Escamilla (Eds.), *Breviario de esquizofrenia* (pp. 81-100). México: Editorial Prado.

Morrison, A.P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A.,

Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L.M. & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*. Recuperado el 14 de febrero, 2014, de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)

Muñoz, F.J., & Ruiz, S.L. (2007). Terapia cognitivo conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1), 98-110.

Muñoz, J.J., Manzano, J.M., Navas, E., Santos, J.M. & Ortiz, T. (2012). Terapia Cognitivo- Conductual grupal en el tratamiento de la sintomatología positiva de pacientes esquizofrénicos crónicos. Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 69-84.

Naeem, F., Farooq, S. & Kingdon, D. (2014). Cognitive Behavioural Therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art.

No. CD010646. DOI: 10.1002/14651858.CD010646.pub2.

Nasr,t. & Kausar, R. (2009). Effects of Family Psycho Education on Relapse Prevention of Schizophrenia Patients Pakistan. *JPPS*, 6 (2), 73-78.

National Institute of Mental Health. (2014). *Schizophrenia*. Recuperado el 1 de mayo, 2014, de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/schizophrenia-booklet-2009.pdf>

Nyklícek, I. & Kuijpers, K. (2008). Effects of Mindfulness- Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism?. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 331-340.

Omran, A.R. (1971). The Epidemiologic Transition: A theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), 509-538.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *ALMA-ATA 1978 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. Suiza: Organización

Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Organización Mundial de la Salud. (1993). CIE10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid:Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *¿Qué es la salud mental?*.

Recuperado el 2 de abril, 2016, de

<http://www.who.int/features/qa/62/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Salud mental: Un estado de bienestar*. Recuperado el 22 de julio, 2012, de

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. Recuperado el 1 de marzo, 2014, de

<http://>

http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Schizophrenia*. Recuperado el

27 de febrero, 2014, de

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

Ostrosky-Solís, F., Ardila, A. & Rosselli, M. (1999). *Evaluación*

Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI. México: Manual Moderno.

Pedroza, R., Galán, C., Martínez, K., Oropeza, R. & Ayala, H. (2002).

Evaluación del Cambio Clínico en las Intervenciones

Psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 73-84.

Pinto, A. (2011). Mindfulness y psicosis. En F. Didonna (Ed.), *Manual*

Clínico de Mindfulness. (pp.569-615). España: Editorial Desclée de

Brouwer.

Posininsky, H & Schaumburg, C. (1998). *¿Qué es la esquizofrenia?*.

Barcelona: Editorial Herder.

Rascón, M.L., Gutiérrez, M.L., Valencia, M., Díaz, L.R., Leños, C. &

Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e

ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*,

27 (5), 44-52.

Rebolledo, S. & Lobato, M.J., (2005). *Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Aula Médica Ediciones.

Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J., Del Ángel, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.

Rodriguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 5-12.

Rosenzweig, M.R., Leiman, A.L. & S.M. Breedlove. (2001). *Psicología biológica*. Ariel: Barcelona.

Sandoval, J.M., Richard, M.P.(2004). *La Salud Mental en México*. México: Dirección General de Bibliotecas SIID.

Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U. & Bayss, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global Health Action*, 7, 1-16.

Schofield, W.(1969). The Role of Psychology in the Delivery of Health

Services. *American Psychologist*, 565-584.

Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.

Secretaria de Salud. (1983). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado septiembre, 2014, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Secretaria de Salud. (2002). *Programa específico de esquizofrenia 2001-2006*. Recuperado el 20 de abril, 2014, de http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/esquizofrenia.pdf

Secretaria de Salud. (2008). *Programa de acción específico 2007-2012 Salud Mental*. Recuperado el 2 de mayo, 2014, de http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Programa_accion_especifico_salud_mental.pdf

Singh, N.N., Lancioni, G.E., Karazsia, B.T., Winton, A.S., Singh, J. & Wahler, R.G. (2014). Shenpa and Compassionate Abiding: Mindfulness-Based Practices for Anger and Aggression by Individuals with Schizophrenia. *International Journal Mental Health Addiction*, 12, 138-152. DOI 10.1007/s11469-013-9469-7

Skokou, M. & Gourzis, P. (2014). Demographic features and premorbid personality disorder traits in relation to age of onset and sex in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research*, 215, 554-559.

Sogyal Rimpoché (1994). *El libro tibetano la vida y la muerte*. Barcelona: Urano.

Souza, M. & Cruz, D.C. (2010). *Salud Mental y atención psiquiátrica en México*. Recuperado el 19 de agosto, 2014, de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000604.pdf>

Stahl, B. & Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés*. Barcelona: Editorial Kairós.

Steel, C. (2008) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Current*

- Evidence and Future Directions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 705–712.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., MacCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. & Morris, J. (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317,303-307.
- Thompson, A.D., Nelson, B., Yuen, H.P., Lin, A., Amminger, G.P., McGorry, P.D., Wood, S.J. & Yung, A.R. (2014). Sexual Trauma Increases the Risk of Developing Psychosis in an Ultra High-Risk “Prodomal” Population. *Schizophrenia Bulletin*. 40 (3), 697-706. doi:10.1093/schbul/sbt032.
- United Nations (2000). *World urbanization prospects: 1999 revisions*. New York: United Nations Population Division.
- United Nations (2002). *World urbanization prospects: 2001 revisions*. New York: United Nations Population Division.
- Vaernet, A.M. (2009). Terapia cognitivo conductual en la esquizofrenia. *Sinopsis*, 22(42), 21-26.

- Valencia, M., Caraveo, J., Colin, R., Verduzco, W. & Corona, F. (2014).
Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que
padecen esquizofrenia. *Salud Mental*, 37 (1), 59-74.
- Vallina, O. & Lemus, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para
la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T.,
Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. & Bentall, R.P. (2012).
Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-
analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional
Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), 661-671.
doi:10.1093/schbul/sbs050.
- Velázquez, A., Sánchez Sosa, J. J., Lara, M. C. & Senties, H. (2000). El
abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto
institucional. *Revista de Psicología*, 18(2), 315-340.
- Walker, E.F. & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A Neural Diathesis-
Stress Model. *Psychological Review*, 104 (4), 667-685.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior
Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and

Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 523-537.

Xia, J., Merinder, L.B. & Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Database of Systematic Reviews* , Issue 6. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

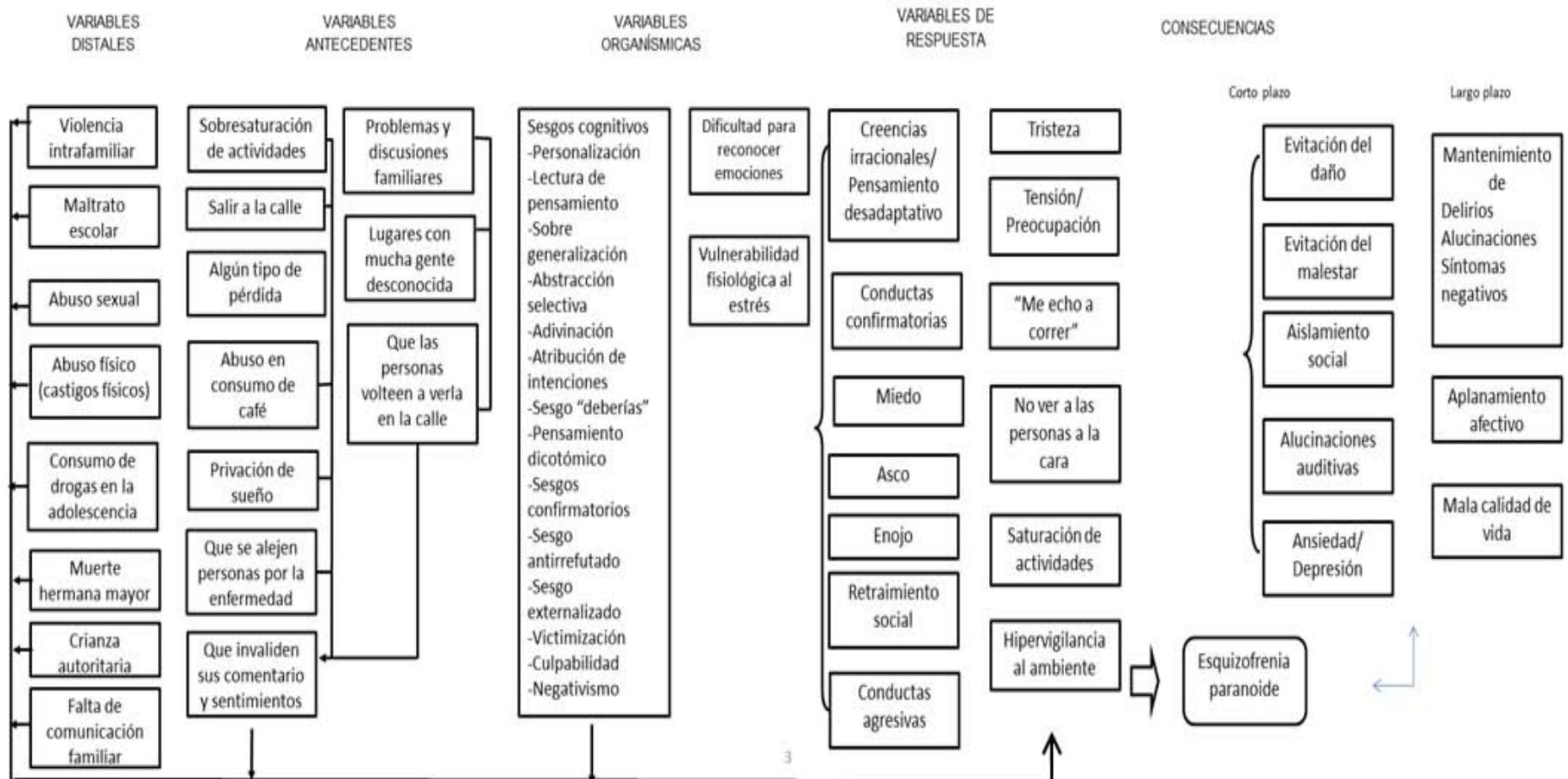
Zanello, A., Mohr, S., Merlo, M.C., Huguelet, P. & Rey- Bellet, P. (2014). Effectiveness of a Brief Group Cognitive Behavioral Therapy for Auditory Verbal Hallucinations. *J Nerv Ment Dis*, 202(2), 144-153. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000084.

Zhang, J.P., Gallego, J.A., Robinson, D.G., Malhotra, A.K., Kane, J.M. & Correll, C.U. (2013). Efficacy and Safety of Individual Second- Generation vs First- Generation Antipsychotics in First Episode Psychosis: A Sitematic Review and Meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacoly*, 16 (6), 1205-1218. doi:10.1017/S1461145712001277.

ANEXOS

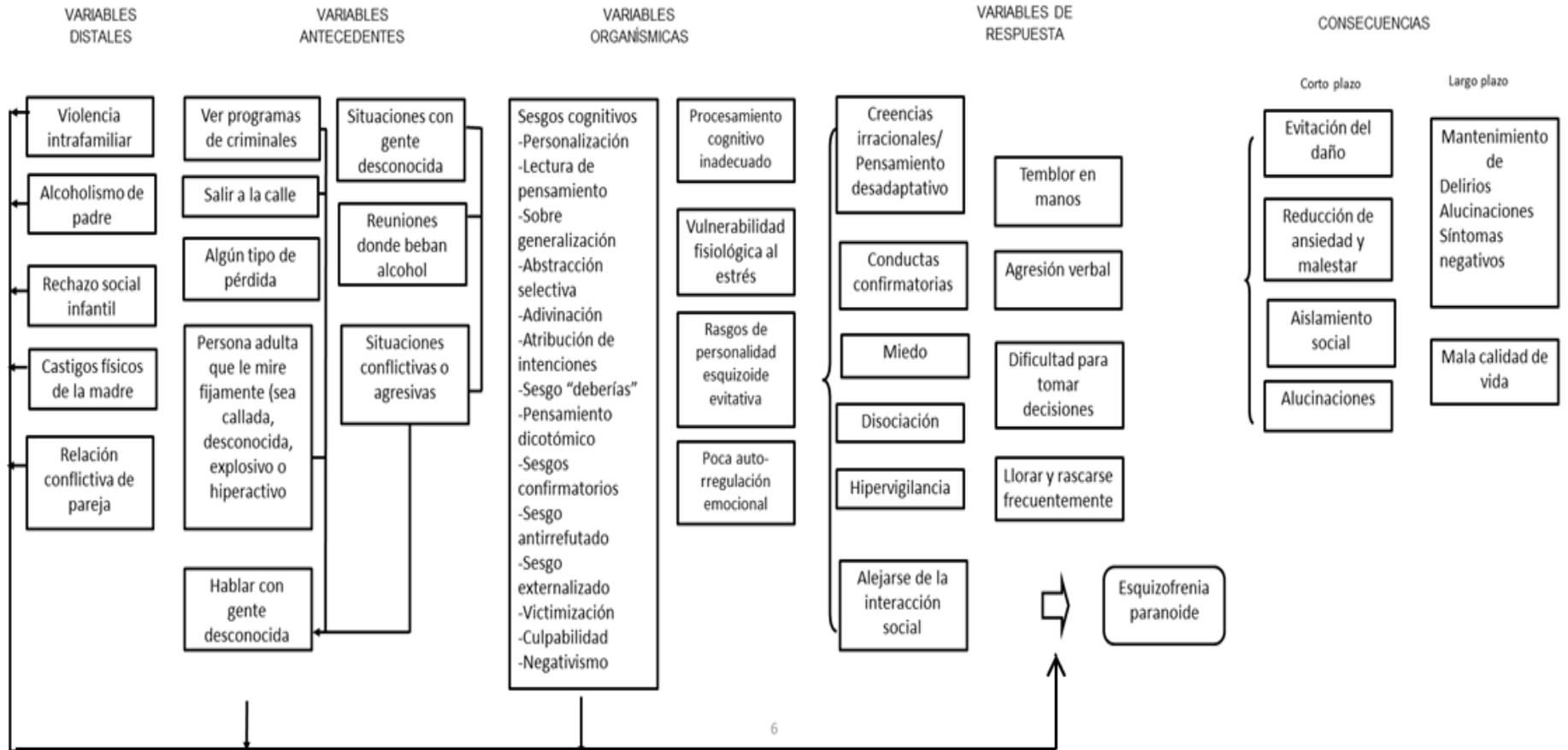
ANEXO 1

Mapa Clínico de Patogénesis Paciente 1



ANEXO 2

Mapa Clínico de Patogénesis Paciente 2



ANEXO 3

Registro conductual

DIARIO DEL PACIENTE

Investigador : Psic. Micheline Alejandra Avilés Gómez	
Iniciales del paciente	N° del paciente

Semana N° _____

Traiga consigo este diario cuando vuelva a
consulta, siendo su próxima cita el

--	--

Día Mes Año

A las _____ hrs mañana

 tarde

Completar una hoja del diario cada día. Anotar la fecha de cada día, y contestar lo que se indica a continuación:	Fecha: D ____ M ____ A ____ 2015
A. ¿Este día ha escuchado sonidos/murmullos/vozes/ conversaciones/algún ruido que solo usted puede escuchar? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Complete el cuadro	
¿Qué es lo que escucha? _____	
Me sucede _____ veces al día	Cuando está presente me dura _____ minutos
Me molesta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho	
Esto que escucha se presenta cada vez que usted _____	
B. ¿Este día ha observado objetos o situaciones que solo usted puede ver (ejemplo: caras/animales/sombras/seres místicos/al diablo/ a dios/ etc)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Complete el cuadro	
¿Qué es lo que observa? _____	
Me sucede _____ veces al día	Cuando está presente me dura _____ minutos
Me molesta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho	
Esto que ve/observa se presenta cada vez que usted _____	
C. ¿Este día ha sentido sensaciones extrañas en su cuerpo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Complete el cuadro	
Me sucede _____ veces al día	Cuando está presente me dura _____ minutos
Me molesta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho	
Esto que siente le sucede cada vez que usted _____	

Completar una hoja del diario cada día. Anotar la fecha de cada día, y contestarlo que se indica a continuación:	Fecha: D ____ M ____ A ____ 2015
A. Usted siente que lo están observando/que alguien lo persigue/que le quieren hacer daño/que lo están vigilando <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Complete el cuadro	
Me sucede _____ veces al día	Cuando está presente me dura _____ minutos
Me molesta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho	
Esto le sucede cada vez que usted _____	
B. Usted cree que tiene poderes/un don especial/ es famoso/ es rico <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Complete el cuadro	
Me sucede _____ veces al día	Cuando está presente me dura _____ minutos
Me molesta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho	
Esto le sucede cada vez que usted _____	
C. Usted siente que los demás hablan de usted/ que conocen sus secretos/ que se rien de usted/ que alguien le manda mensajes por la radio o la tv <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Complete el cuadro	
Me sucede _____ veces al día	Cuando está presente me dura _____ minutos
Me molesta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho	
Esto le sucede cada vez que usted _____	
D. Usted cree o piensa alguna otra cosa que a la mayoría de las personas les parece poco común <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Complete el cuadro	
¿Qué es es lo que le sucede? _____	
Nota: Coméntelo con el investigador en turno	

ANEXO 4



Consentimiento Informado

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en colaboración con el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, sustenta la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio. *El estudio es totalmente gratuito.*

El propósito del estudio es implementar un programa de intervención basado en la psicoterapia cognitivo-conductual para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, con la finalidad de evaluar los resultados como apoyo al tratamiento usual que reciben los pacientes en el hospital para reducir la sintomatología y afrontar de manera adaptativa las situaciones que se presentan en la vida diaria.

Se llevarán a cabo evaluaciones durante 3 sesiones antes de la intervención, seguidas de 2 sesiones de Psicoeducación (es importante la presencia de un familiar o cuidador primario para una sesión) con una duración aproximada de 2 horas cada una, 24 sesiones de Terapia Cognitiva de forma semanal con una duración de 25 a 50 minutos y 8 sesiones durante cuatro semanas de Mindfulness con una duración de 90 minutos para cada una. Las evaluaciones se harán de forma semanal, mensual y al finalizar el tratamiento.

El participante será expuesto a un riesgo mínimo por parte del estudio, es decir, no se utilizarán técnicas ni procedimientos que influyan en contra de su bienestar, solo en algunos casos pudiera llegar a suscitarse alguna incomodidad emocional misma que tendrá que ser comentada con el investigador. En cambio, algunos de los beneficios observables que pudieran llegar a presentarse serían modificaciones en la estructura del pensamiento, afrontamiento adecuado al estrés y a los síntomas, mayor expresión afectiva y social, mayor adherencia al autocuidado y tratamiento, menor riesgo de recaídas, así como la reinserción a su medio ambiente. Es importante que el participante cuente con un tratamiento farmacológico durante el seguimiento de la intervención psicoterapéutica, sin embargo, el presente estudio no costea dicho tratamiento médico.

Con la garantía de contar con la satisfacción integral de su colaboración en esta investigación, sírvase de cuestionar dudas o inquietudes con respecto al estudio, mismas que serán solucionadas de la manera más pertinente.

Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en absoluta libertad de abandonar el estudio en cualquier momento, de ser así no habrá ninguna sanción como usuario(a) de los servicios del hospital. *Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación.*

A mi _____, se me ha informado sobre los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta intervención psicológica, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse manteniéndose mi anonimato.

Fecha: _____ Firma del participante o representante autorizado _____

Nombre de familiar o cuidador primario _____ Firma _____

Nombre Testigo 1 _____ Firma Testigo 1 _____

Nombre Testigo 2 _____ Firma Testigo 2 _____

Investigador. Lic. Psic. Micheline Alejandra Avilés Gómez Céd. Prof. 8133815

Firma del investigador _____

Para cualquier informe o duda mientras se encuentre participando en el estudio o al concluirlo cuenta con la total libertad de comunicarse con la Lic. Micheline Alejandra Avilés Gómez en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ubicado en San Buenaventura N° 2 Esquina Niño de Jesús Colonia Tlalpan, en Delegación Tlalpan de 08:00 a 13:30 horas o al teléfono de la Jefatura de Investigación 55 73 15 50 Ext 180 y 181, en caso de requerir información de manera electrónica mandar correo a la dirección michelineavi@hotmail.com

ANEXO 5

Intervención Cognitivo-Conductual para Esquizofrenia Paranoide

Sesión 1.

Se estableció el rapport terapéutico el cual se centró en el respeto, confianza, seguridad, interés y aceptación. Para lograr esto se utilizó el “método de befriending” el cual consiste en hacerse amigo del paciente como se haría con un vecino nuevo o una persona que se acaba de conocer. Se estableció una plática sobre un tema neutro o de interés en el paciente validando sus puntos de vista evitando críticas y juicios de valor, en esta parte la terapeuta compartió también sus opiniones tratando de enlazar acuerdos y gustos mutuos sobre el tema elegido. Fue importante tomar en cuenta los estados de ánimo del paciente y de practicar la sintonización emocional ajustando el contenido, el ritmo y la duración de la sesión para que encaje con el estilo aparente del paciente.

Lograda esta parte se prosiguió a conocer sus motivaciones personales en la psicoterapia, se estableció puente desde la última sesión de psicoeducación a la actual resumiendo las características de su participación en el grupo, éste punto sirvió también para lograr identificar si existían algunos obstáculos por parte del paciente, es decir si existe una baja motivación hacia el proceso terapéutico, suspicacia o paranoia y síntomas negativos que pudieran interferir en esta fase. De la misma forma la terapeuta mantuvo una introspección personal por momentos breves durante la sesión acerca de lo que el paciente le transmitía (hacerse consciente sobre las propias creencias, valoraciones y expectativas respecto del trabajo con la persona que en esos momentos tiene enfrente), esto ayuda a que pueda trabajar con estas creencias propias y tener mayor objetividad en el tratamiento. Se

refuerzan los aspectos positivos hacia la terapia por parte del paciente y se trabajan con los obstáculos en caso de que los haya.

Se resaltó la importancia de llevar un trabajo con empirismo colaborativo el cual expresa una actitud de igualdad (en esta parte se señala que la terapeuta es un ser humano más como la persona que está enfrente con sus cualidades y limitaciones, se hizo hincapié en que puede nombrarla por su nombre de pila), trabajo en equipo, reparto de la responsabilidad de cambio, consideración positiva incondicional y ausencia de juicios de valor.

Por último se abordó el tema de la medicación como qué tratamiento está llevando, cómo se ha sentido, si ha presentado algún efecto secundario, la adherencia que ha tenido y si es que ha habido algún ajuste por parte del psiquiatra, resaltando la importancia de continuar con la farmacoterapia. También se estableció un acuerdo mutuo sobre los días y el horario de atención, así como la duración de las próximas sesiones, se recogió el registro conductual de la última semana y se entregó uno nuevo.

Sesión 2.

Al inicio de esta sesión la terapeuta se centró en la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión puede requerir socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. Es importante recordar que en todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se estableció puente desde la última sesión haciendo un resumen y vinculando con

la actual el tema a tratar en la presente sesión.

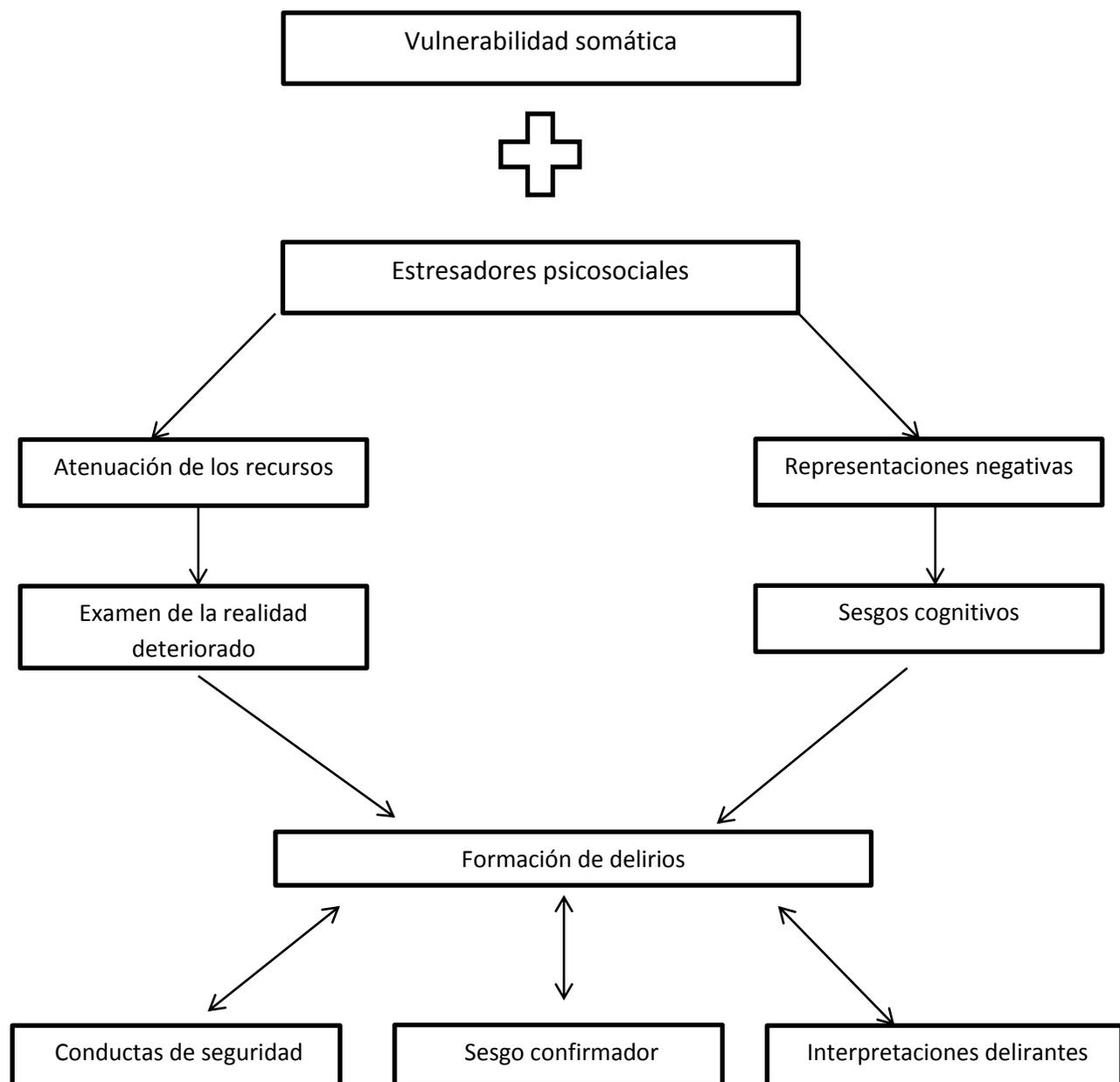
Una vez que se abordó esta parte, se le mostró al paciente sus resultados obtenidos en la línea base de manera visual (gráficas) del InCaViSa, PANSS y registro conductual, esto ayudó a que el paciente logrará percibir cuáles eran sus áreas fuertes y débiles que pueden tratarse en la terapia, una vez identificados estos puntos se establecieron prioridades mediante objetivos construidos en equipo (terapeuta-paciente), siendo así que se realizó el establecimiento de la agenda para las próximas sesiones, cabe señalar que esta agenda tiene la característica de ser flexible para el paciente dependiendo de su avance.

Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión, señalando lo que se espera trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión.

Sesión 3.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión puede requerir socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. Es importante recordar que en todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Posteriormente se estableció puente de la sesión de psicoeducación en cuanto al tema de las posibles causas de la esquizofrenia, extendiendo la explicación con ayuda del modelo de vulnerabilidad al estrés, para esto sirvió apoyarse en el siguiente esquema tomado de Beck et al.(2010):



En este modelo se considera que una gama variable de factores genéticos y experienciales que interactúan entre sí producen unas representaciones internas que determinan la vulnerabilidad somática y cognitiva a la esquizofrenia. Estas representaciones reflejan la orientación básica de los pacientes (por ejemplo, “ellos contra mí”). Paralelamente, los estresadores que actúan sobre la vulnerabilidad somática *atenúan los recursos* necesarios para la autoreflexión y la receptividad ante las observaciones de los demás, elementos cruciales en el examen de la realidad. Estos elementos desencadenan los siguientes procesos patológicos:

1.- Esas representaciones vuelven a los pacientes vulnerables a reacciones no psicóticas tales como la suspicacia, la depresión, la ansiedad, y proporcionan el sustrato para la formación de delirios.

2.- El factor desencadenante de la activación del pensamiento disfuncional consiste en algún tipo de impacto de las situaciones de la vida (por ejemplo, la derrota, el rechazo, el aislamiento) sobre las vulnerabilidades cognitivas específicas de los pacientes (representaciones internas negativas).

3.- Bajo estrés agudo o prolongado, estas representaciones distorsionadas se vuelven hiperprominentes, influyen sobre el sistema de procesamiento de la información y producen interpretaciones distorsionadas de las experiencias. Los pacientes no examinan la realidad de estas interpretaciones erróneas que refuerzan las representaciones distorsionadas.

Las construcciones delirantes, por tanto, influyen sobre el sistema de procesamiento de la información y dan forma a la interpretación de las experiencias. Cuando los delirios están plenamente activados, saturan y reemplazan el procesamiento normal de la información. Los delirios una vez formados, se mantienen por los sesgos confirmador y antirrefutador, por las conductas de seguridad y por el feedback de repetidas cogniciones no realistas. Las delirantes coexisten creencias con creencias más realistas o adaptativas. Cuando los delirios no están activos, los pacientes pueden realizar actividades normales, hacer juicios exactos e incluso hacer examen de realidad de algunas de sus ideas erróneas y corregirlas (esto es, de las que no están asociadas a los delirios). En periodos de recuperación, las creencias delirantes se vuelven latentes, pero todavía son susceptibles de reactivarse por las circunstancias de la vida.

valor así como del surgimiento de los síntomas.

Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión, señalando lo que se espera trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo.

Sesión 4.

Esta sesión tuvo como principal objetivo comenzar con la evaluación de aportaciones de desarrollo como las vivencias tempranas y las vulnerabilidades distales que tuvieron lugar antes de la aparición del delirio.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión puede requerir socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. Es importante recordar que en todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor

Posteriormente se creó un puente de enlace de la última sesión acerca del modelo de vulnerabilidad al estrés enfocando en la importancia de explorar cuales son los antecedentes que formaron parte importante en el desarrollo de las creencias delirantes, se le invitó al participante a tratar de recordar parte de los eventos pasados sin forzar a que responda. Se realizó una exploración guiada, no directiva para recabar información, se inició haciendo preguntas generales como: ¿Cuándo empezó a tener dificultades?, ¿Qué clase de problemas tenía entonces?, ¿Qué estaba pasando en esa época de su vida en la que empezó a sentirse (asustado, vigilado, confundido, etc)?, ¿Paso algo que lo convenciera de verdad que

[ejemplo: tenía el poder de provocar el fin del mundo]? A medida que el participante iba respondiendo en la exploración abierta se van haciendo preguntas más precisas en cuanto a la primera fase del pródromo (creencias importantes, actitudes, miedos, etc). Se le motivó al paciente a que relacionara algunos de estos eventos con situaciones importantes en su pasado y que hayan implicado un alto grado de estrés para la persona (ejemplo: abuso sexual, ser víctima o haya presenciado violencia, acoso escolar, etc).

En esta sesión también se abordó el modelo cognitivo describiendo y subrayando la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas como respuestas a las experiencias y a los problemas percibidos del medio tanto externos como internos.

Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión, señalando lo que se espera trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo.

Sesión 5 y 6.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión puede requerir socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. Es importante recordar que en todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Estas dos sesiones las entrevistas tuvieron como objetivo el recoger información adicional de las primeras creencias irracionales de los participantes, se evaluó la presencia y la frecuencia de las distorsiones cognitivas y las relacionadas con las consecuencias

percibidas de los delirios, así como las consecuencias emocionales y conductuales de las diversas estrategias que los participantes empleaban para afrontar el estrés, solucionar problemas y las emociones.

Para cada creencia se identificó, cuándo surgió, cuáles fueron los elementos del contexto en el momento en que surgió, y cuál fue el impacto inmediato que ejerció sobre la vida del paciente. Además se evaluaron los hechos y experiencias que se tomaron como pruebas en apoyo a las creencias delirantes. Fue importante identificar las creencias subyacentes sobre sí mismo y sobre los demás que hacen surgir los temas de las creencias delirantes. Para evaluar las creencias subyacentes se utilizó el método de la flecha descendente, para revelar la extensión continuada de temas de creencias básicas integradas en las creencias delirantes, o bien para demostrar cómo la creencia delirante representa una reacción defensiva ante un autoconcepto aparentemente degradado.

Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión, señalando lo que se espera trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo.

Sesión 7.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión puede requerir socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. Es importante recordar que en todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se estableció puente de las últimas sesiones y se comenta con el paciente sobre la realización del mapa clínico de patogénesis el cual se le muestra y se le explicó el significado de cada una de las variables y como se relacionan entre sí, dejando en claro que si considera que falta algo importante de agregarse puede comentarlo con total libertad. Se hizo especial hincapié en las variables orgánicas, las variables de respuesta y las de consecuencia, para esto se explicaron cómo es que se van formando los esquemas cognitivos y los sesgos a lo largo de la historia de vida de aprendizaje en combinación con su herencia genética. Dejando en claro que se pueden modificar los sesgos cognitivos, las emociones experimentadas y las conductas para obtener un mejor bienestar y calidad de vida, atribuyéndole al paciente parte de su responsabilidad para mejorar y lograr este cambio con ayuda de la terapia. Se le mencionó que se comenzaría a trabajar con los sesgos cognitivos y las conductas de respuesta en las próximas sesiones.

Antes de terminar la sesión se le pidió retroalimentación al participante sobre la sesión, así como también se resolvieron dudas que presentaron. Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión, señalando lo que se espera trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo.

Sesión 8.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión puede requerir socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su

fluctuación. Es importante recordar que en todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se estableció puente con la última sesión sobre los esquemas cognitivos además de explicar qué son los pensamientos automáticos, los esquemas intermedios y los esquemas nucleares que se relacionan con lo que yo pienso de mí, del mundo y del futuro. Se prosiguió con la psicoeducación en cuanto al análisis funcional pensamiento-emoción-conducta, donde se le explicó ejemplificando con situaciones cotidianas y un ejemplo personal del paciente, resaltando la importancia de que como pensamos vamos a sentir y reaccionar a ciertas situaciones de la vida, para con el ambiente y para con uno mismo. Adicionalmente se le mostró una tabla que incluyó cinco columnas la primera se trata de situación evento (ambiental, físico o de pensamiento), pensamiento, emoción, reacción fisiológica y conducta, se le explicó en que consiste cada uno y cómo interactúan entre sí, además de cómo llenarlo ya que será un ejercicio que se estará practicando cotidianamente para trabajar con las distorsiones cognitivas. El siguiente tabla muestra el análisis funcional:

SITUACIÓN O EVENTO (ESTÍMULO AMBIENTAL)	PENSAMIENTO O (¿QUÉ PIENSO? EN IMÁGENES O CREENCIA/IDEA)	EMOCIONES (¿CÓMO ME HACE SENTIR?)	REACCIONES FISIOLÓGICAS (¿CÓMO LO SIENTE MI CUERPO?)	CONDUCTA (¿QUÉ HAGO/ CÓMO REACCIONO?)

Análisis Funcional (pensamiento-emoción-conducta)

Se le pidió al paciente que tratara de ejemplificar el ejercicio con un ejemplo de

alguna experiencia que haya tenido que no tenga que ver con los delirios o alucinaciones, una experiencia interna o externa. Una vez resueltas las dudas, se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión, señalando lo que se espera trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo.

Sesión 9.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se estableció puente con la última sesión sobre el análisis funcional, se le preguntó al paciente si pudo realizar el ejercicio y se le pidió que mostrara la hoja para poder comenzar. En caso de que no la llevara se le preguntaría si tuvo dificultades para contestar o qué fue lo que impidió que realizara la actividad (en dado caso se realizaba entonces en la presente sesión). Una vez identificado los elementos del análisis funcional se le mostró al paciente cómo su forma de pensar sobre cierta situación o sobre sí mismo afectó su manera de actuar y de sentir.

Se retomó la parte de esquemas cognitivos y distorsiones cognitivas, esto para explicar al paciente que algunos pensamientos, ideas, creencias que se tienen respecto a un suceso, persona o sí mismo pueden afectar nuestra manera de sentir y actuar, así como

algunos de ellos están mal infundados en la realidad actual y es lo que provoca malestar, sin embargo, es por eso que estaban en terapia para ir modificando esos pensamientos disfuncionales. A su vez se normalizo este proceso de interpretación errónea, resaltando la importancia de la cultura y la comunidad para su reforzamiento, indicando que este tipo de experiencias sesgadas las podía tener cualquier persona teniendo una percepción errónea de una situación o sentir, aunque probablemente pudieran ser más breves o menos molestas comparándolas con su caso. En este punto también fue importante validar las creencias religiosas, políticas, comunitarias que se compartían con la población en general, por ejemplo “Dime cuantas veces y de quién has escuchado el famoso: pórtate bien si no dios te va a castigar, si confías mucho en las personas te pueden lastimar, todos los hombres son iguales, en esta ciudad hay que cuidarse de todos porque ya no se sabe, etc.”. Por último se señaló que aunque este tipo de creencias son compartidas por muchas personas suelen estar mal fundamentadas provocando malestar en los individuos llevándolos a ser irracionales, por lo que los errores en la percepción suelen estar en la mayoría de las personas pero es algo que se puede modificar si la persona lo desea y lo trabaja adecuadamente.

Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión y se resolvieron dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional, indicando que lo contestará para la próxima sesión en este ya podría incluir delirios si se le llegaran a presentar.

Sesión 10.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última

semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se estableció puente con la última sesión, se le preguntó al paciente si pudo realizar el ejercicio y se le pidió que mostrara la hoja para poder comenzar. En caso de que no la llevara se le preguntaría si tuvo dificultades para contestar o qué fue lo que impidió que realizara la actividad (en dado caso se realizaba entonces en la presente sesión).

Se inició identificando la presencia de distorsiones cognitivas, a su vez se examinan las consecuencias emocionales y las conductuales generadas por la activación de la creencia o el delirio. Se le mostró al paciente como sus acciones pueden estar también reforzando este tipo de ideas, haciendo hincapié a que muchas veces no depende de situaciones que suceden a nuestro alrededor el sentirnos mal si no de nosotros mismos con nuestros pensamientos y comportamientos.

Se le motivó a que reconociera que sus interpretaciones delirantes y no delirantes contribuyen al malestar y/o al deterioro en sus vidas, a su vez se le preguntó: “¿Cómo te sentirías si llegarás a modificar aquellas creencias (delirantes e irracionales) que hemos explorado, por ejemplo el que me digas que eres un ángel del apocalipsis, que los hombres a tu alrededor quieren abusar de ti sexualmente y dañarte o que alguien te vigila mientras viajas en el metro?”. De esta manera se crea un punto de partida para conocer qué tan débiles o fuertes se encuentran las creencias en el paciente.

Por otra parte también se identificaron las creencias subyacentes sobre sí mismo y sobre los demás que hacían surgir los temas de las creencias delirantes.

Al finalizar se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión y se resolvieron dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional, indicando que lo contestará para la próxima sesión incluyendo delirios si se le llegaran a presentar.

Sesión 11.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Para esta sesión la terapeuta estableció puente con las últimas sesiones identificando las distorsiones cognitivas surgidas en relación a las creencias delirantes y no delirantes del paciente, con la ayuda del análisis funcional y del mapa clínico de patogénesis. Se confirmó el grado de creencia de los pensamientos distorsionados y de los delirios, se le mencionó al paciente lo siguiente “Como ya hemos visto y quizá te hayas dado cuenta la importancia de la relación pensamiento-emoción-conducta, nuestras creencias determinan como nos vamos a sentir y lo que vamos a hacer en determinadas situaciones. Para seguir avanzando, me gustaría que pudieras compartirme el grado de validez que tienes sobre cada una, podemos

comenzar con las situaciones que hemos visto en las últimas sesiones. Por ejemplo: ¿Qué tanto consideras posible que tus vecinos te están vigilando después de la discusión que tuvieron con tus padres la semana pasada?, de una escala del 0 al 10 califica esto que piensas tomando en cuenta que 0 es totalmente imposible y 10 es totalmente posible”.

Así sucesivamente con las creencias que tuviera la persona más presente en esos momentos. Para iniciar con la reestructuración cognitiva se comenzó primero con algunas de las creencias periféricas (menos cargadas o menos válidas para la persona) que apoyaran las ideas delirantes, pero que no fueran estas últimas. Se prosiguió recolectando pruebas a favor y en contra de la creencia o de la situación desencadenante a modo de cuestionamiento socrático, construyendo a su vez creencias alternativas de estas ideas disfuncionales. Se dejaban a su vez tareas a modo de experimentos conductuales para reforzar las creencias alternas.

Al finalizar se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión y se resolvieron dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional, indicando que lo contestará para la próxima sesión incluyendo delirios si se le llegaran a presentar.

Sesión 12. 13, 14, 15.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su

fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se le indicó al paciente que a partir de estos momentos se comenzaría a trabajar la mayor parte de la terapia con los pensamientos y la interpretación que tiene de las cosas que le causan malestar.

La terapeuta pasó a evaluar la gama de pensamientos automáticos (delirantes y sus ideas subyacentes) que respondían a cada uno de los hechos activadores junto con un grado numérico de convicción de las creencias. La terapeuta recurría a emprender el descubrimiento guiado a base de preguntas socráticas sobre la información aportada por el paciente, ejemplo: “¿qué te hacía pensar que la discusión que se inició entre tus vecinos y tus padres era por ti?, ¿por casualidad pasó alguna otra cosa aquel día que te llevara a desconfiar de tus vecinos?, ¿tus familiares ya habían tenido discusiones parecidas con otras personas previamente?, ¿ha pasado alguna otra cosa en el último par de días que te haya llevado a desconfiar?, ¿existen algunas otras explicaciones posibles por las que pudieran discutir tus vecinos y familiares aquel día?”.

Al cuestionarse la inferencia, el paciente consideró una gama de pruebas alternativas: “bueno anteriormente mis papás ya se habían peleado con ellos porque les estaban robando la luz...mis vecinos han tenido problemas con varias personas...una vez me tocó ver como una señora le estaba reclamando a la vecina porque su hijo supuestamente le había robado la bicicleta... mis papás andaban últimamente estresados por cuestiones económicas”. La terapeuta ayudaba a recabar una explicación equilibrada alternativa al hecho permitiendo que el paciente lograra reconocer una creencia alternativa

viable y adaptativa.

Otra técnica que se utilizaba para realizar la reestructuración cognitiva era por medio de la técnica de flecha descendente que ayudo a identificar creencias y supuestos básicos subyacentes de las interpretaciones erróneas de las intenciones y las conductas de los demás, ejemplo: “si la persona señalaba la idea de que cada vez que un hombre la miraba era para lastimarla, se le preguntaba: Supón que esto es cierto, ¿qué significaría esto para ti?, y ante la respuesta de la paciente se volvía a preguntar, ¡ya! pero ¿qué pasaría sí...?, y así sucesivamente hasta encontrar el supuesto básico del cual partió el pensamiento automático delirante y no delirante; el cual se ponía a prueba por medio del debate socrático.

Para que se fueran consolidando cada una de las creencias explicativas alternas obtenidas primero durante las sesiones, se les asignaba tareas para casa que apoyaran a estos pensamientos adaptativos; se le enseñaba al paciente a ver sus interpretaciones y sus inferencias como hipótesis que debían ser puestas a prueba más que como afirmaciones de hechos, cuando lograban realizarlo se les reforzaba en la terapia y si se quedaban solo en el intento se les motivaba para que pudieran realizarlo ellos mismos, dándose cuenta muchas veces de que había sido solo una interpretación errónea que habían tenido de la situación.

Otros planteamientos cognitivos que se empleaban habitualmente para inculcar una perspectiva de cuestionamiento era el método de encuesta (ejemplo: “puedes preguntar a tus tres mejores amigos a cuántos de ellos los han mirado en el metro y si estas personas les han hecho daño y viceversa”) y las gráficas circulares (ejemplo: “vamos a hacer un resumen de todos los posibles motivos por los que alguien que está cerca de ti se riera

cuando haces un comentario”).

Por otro lado para reforzar las técnicas cognitivas empleadas también se hacía el uso de experimentos conductuales y ensayos conductuales tanto para poner a prueba una creencia disfuncional delirante y no delirante como para reforzar las creencias alternativas que se iban obteniendo a lo largo de la intervención.

Es importante señalar que en algunos casos se requería trabajar dentro de las sesiones solución de problemas y habilidades de comunicación (asertividad y habilidades sociales) de acuerdo a la necesidad y demanda de la problemática del paciente, modelando y reforzando su aplicación en la vida diaria.

Al finalizar se brindaba retroalimentación sobre lo realizado en cada sesión y se resolvían dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se daba el cierre a manera de conclusión. Se recogía el registro de la semana anterior y se entregaba uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional, indicando que lo contestará para la próxima sesión incluyendo delirios si se le llegaran a presentar.

Sesión 16.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Al iniciar se le explicó al paciente que a partir de estas sesiones se comenzarían a abordar además de los delirios las alucinaciones de una manera similar a la que anteriormente se había estado trabajando. Se resaltó que aunque se le daría en esos momentos un poco de más importancia a las alucinaciones, si en algún momento se necesitara trabajar con alguna creencia distorsionada se le daría espacio para hacerlo.

Una vez explicado lo anterior se prosiguió a realizar una evaluación de las características de las alucinaciones por medio de la entrevista clínica. Se exploraron las propiedades físicas de las alucinaciones que incluyen: frecuencia, duración, intensidad, variabilidad y creencia acerca de las voces y visiones. Algunas de las preguntas eran: ¿Oyes voces que no pueden oír los demás, puedes hablarme de eso?, ¿qué dicen las voces?, ¿cuántas voces son?, ¿reconoces la voz o voces?, ¿qué tan fuerte suena la voz?, ¿cómo te sientes cuándo escuchas la voz?, ¿qué haces cuando oyes la voz?, ¿cómo afectan las voces o visiones en tu vida?.

En cuanto a la exploración de las creencias en relación a las alucinaciones se le preguntó: ¿a qué crees que se deba que los demás no puedan oír tus voces o ver lo que tú puedes ver?, ¿cómo te sientes con respecto de oír voces o ver cosas?, ¿de dónde crees que vienen estas voces?, ¿parecen poderosas las voces?, ¿cuál es el propósito de las voces?, ¿las voces y las visiones te hacen sentir expuesto o vulnerable?, ¿te puede dañar de alguna manera la voz o lo que observas?, ¿alguna vez la voz/visión te dijo que hicieras cosas que no querías ver?, ¿hay alguna persona en concreto que te pudiera estar hablando como dios o el diablo?.

Además de recabar información del desarrollo de las alucinaciones como desde hace

cuánto tiempo comenzaron, en qué situación se encontraba la persona la primera vez que recuerda tuvo la experiencia, qué pensaba en ese entonces de esas experiencias y que hizo para afrontarlas. Así como también se indago en la identificación de los posibles desencadenantes de las alucinaciones, las respuestas emocionales y conductuales.

Fue importante explorar qué hechos ocurrieron inmediatamente antes de su aparición, y de qué manera, el contenido concreto de las voces y las creencias del paciente sobre las voces refleja su miedo, inquietudes, intereses, preocupaciones, entre otros.

Por último se le preguntaba al paciente cómo se sentiría si no estuvieran presentes ya esas alucinaciones en su vida diaria.

Al finalizar se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión y se resolvieron dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional, indicando que la próxima sesión se añadiría uno más para evaluar las alucinaciones.

Sesión 17.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

En esta sesión te continuó con la recaudación de información acerca de las características de las alucinaciones. Se le preguntó al paciente ¿qué situaciones o circunstancias tienen probabilidades de desencadenar las voces?, ¿existen algunos momentos o circunstancias en los cuales puedes esperar no experimentar voces?, ¿existen circunstancias en las cuales puedes retirarte o evitar como un intento de aminorar las alucinaciones?, incluso también se exploró los periodos en que ha sido más potencialmente la actividad de las alucinaciones y los periodos en los que han remitido.

Una vez terminada esta evaluación se prosiguió a brindar psicoeducación y normalización al paciente en el modelo estrés-vulnerabilidad del desarrollo de las voces. Para iniciar con esto se retomó la conceptualización de caso para poder ir guiando al paciente a identificar el posible origen de sus voces; ya que estas se apoyan de variables biológicas (genética), psicológicas (experiencias durante el desarrollo) y sociales (aislamiento y marginación). Se resaltó la importancia de los hechos traumáticos, aversivos, desafíos de la vida y las pérdidas, pues pueden ser desencadenantes importantes que se deben debatir en relación con la primera aparición de la voz.

Algunos de los puntos clave que sirvieron para comunicar a los pacientes de manera clara y sencilla de acuerdo con Beck et al. (2010) fueron los siguientes:

- 1.- Normalización respecto a otros acontecimientos de la vida que pueden desencadenar que las personas lleguen a escuchar voces avalados por acontecimientos científicos como son: entre la población universitaria más de un 30-40% afirman que han oído voces, un 5% de la población ha comunicado haber oído voces en algún momento de su vida, las torturas y la reclusión en solitario pueden provocar voces, la pérdida de un ser

querido puede producir alucinaciones durante el proceso de duelo, las alucinaciones también están presentes en algún sufrimiento y alteración emocional como el trastorno bipolar, estrés postraumático y la depresión psicótica.

2.- Explicar el papel de las expectativas (por ejemplo, oír sonar el teléfono cuando se está esperando una llamada) en cuanto a la alteración sensoperceptual y la confusión de los pensamientos propios tomándolos como si fueran de los demás (sesgo externalizador) o saltar a conclusiones precipitadas.

3.- Si se considera adecuado el terapeuta también puede compartir alguna experiencia propia de distorsión, esto para transmitir la idea de que todos tenemos experiencias “raras” alguna vez en nuestra vida.

Al terminar de explicar lo anterior se le pidió al participante que de su círculo social cercano preguntara a un par de personas si alguna vez les ocurrió algún hecho similar (que de pronto leyera un anuncio haciendo referencia a sus inquietudes y tuvieran que volver a leerlo para corroborar la información, que escucharan ruidos en casa cuando estuvieran solos, que de pronto sintieran que un insecto pequeño les caminara por el brazo o la piel, que escucharan el ring de su celular, entre otros).

Estos puntos fueron relevantes para establecer la universalidad de los problemas que sufre el paciente y fomentar su sentido de la dignidad y respeto.

Por otro lado retomando el modelo estrés-vulnerabilidad y la conceptualización de caso, se guiaba al paciente a identificar algunas de las situaciones precipitadoras de sus alucinaciones y la oportunidad de debatir desencadenantes familiares como: consumo de alcohol y drogas, síndrome de abstinencia, falta de sueño, ansiedad, tristeza, suspicacia,

fatiga, conflicto interpersonal, leer un libro, entre otros.

Al finalizar se resolvieron dudas, se brindó retroalimentación sobre lo visto en esta sesión, se recordó las actividades para casa, se señaló lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional de pensamientos.

Sesión 18.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se estableció puente en relación a la sesión anterior y de la misma manera que con los delirios se socializó al paciente en el modelo cognitivo pero para las alucinaciones, resaltando la importancia de la modificación por medio de la reestructuración cognitiva. Para lo cual se le señaló la importancia de permanecer como investigador y de fingir como auto-observador de sí mismo por medio de registros para casa, esto con el fin de desarrollar un primer conjunto de habilidades dirigidas a identificar y poner a prueba el papel de las valoraciones antes de saltar a una interpretación amenazadora y delirante.

Se prosiguió a psicoeducar al paciente sobre el análisis funcional de las alucinaciones con la finalidad de que el paciente comenzará a observar en que situaciones

suelen presentarse, el contenido, sus emociones y creencias al respecto. Dando la siguiente descripción: “Esta actividad tiene la finalidad de que podamos identificar las creencias, es decir, las valoraciones que tú haces ante escuchar y ver cosas que otros no pueden hacer, así como tus estados de ánimo y las conductas que llevas a cabo cuando se presentan. Este ejemplo se enfoca más a situaciones que incluyen el escuchar voces o ruidos que otros no pueden escuchar más que la propia persona, pero en tu caso lo vas a llenar con lo que escuchas y ves, ya sea que le asignes un cuadro a cada uno o conforme se te vaya presentando lo vayas anotando en el cuadro. Para llenar el cuadro es muy importante que te enfoques más en describir qué en etiquetar o dar un adjetivo a la situación, trata de ser lo más objetiva posible y señala tal y como ocurrieron los eventos y como los percibiste. Por ejemplo:

Situación	Voz/Visión	Valoración de lo que escucho o veo	Estado de ánimo	Conducta
Viajando en el autobús y viendo pasar en bici a un chico	“Eres una boba”	“mi hermano que sigue castigándome”	Frustrada	Gritar “cállate”

“La situación puede ser cualquier estímulo ya sea interno o externo que desencadena una respuesta, en este caso la respuesta es la voz y a partir de ahí se toma en cuenta para darle una valoración o interpretación, es decir, lo que piensas respecto a lo que estas escuchando, cómo te hace sentir y cómo actúas (qué cosas haces o dejas de hacer), lo mismo aplica para lo que ves y otros no pueden ver. Si tienes alguna duda por favor házmela saber. Bien a continuación te dejo el esquema para que tú lo llenes como mejor lo

consideres, recuerda que lo puedes ir llenando como se te presenten las situaciones o puedes llenar un cuadro para voces y otros para lo que ves”.

Se le hizo hincapié en que al principio podría costar trabajo identificar las situaciones precisas que desencadenaran sus alucinaciones, por lo que era importante registrar lo que estaban haciendo exactamente antes de que comenzaran las voces o visiones, además de que se le recordó lo visto en la sesión anterior sobre las posibles situaciones que detonan los síntomas sensoriales, añadiendo otros más como los grupos numerosos o personas desconocidas, el aislamiento, el estrés y el conflicto interpersonal, las presiones para el rendimiento, incluso señales internas de estados emocionales negativos, esto como parte del apoyo para ser más fácil la identificación de la situación.

Se resolvieron las dudas que se presentaban en cuanto al registro y se les solicitaba que observaran y registraran sesión a sesión el contenido de sus voces y visiones. Además se les pedía que si notaban alguna situación relacionada a la reducción de la actividad de las voces la anotaran en el mismo registro de análisis funcional relacionado con las alucinaciones.

Al finalizar se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión y se resolvieron dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional de pensamientos y el de alucinaciones.

Sesión 19.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se realizó puente con la sesión anterior, se revisó el registro del análisis funcional de la voces para verificar que el paciente haya entendido la actividad y se le brindó retroalimentación al respecto (en caso de que no hubiera podido realizarlo en casa éste se realizaba en la presente sesión); también se le preguntó si había podido identificar algún suceso o actividad que ayudara a no presentarse o disminuir las alucinaciones. En este primer ejercicio la terapeuta tomó nota de las conductas que proceden a las alucinaciones y las valoraciones que el individuo hizo acerca de éstas mismas, además de indagar en las interpretaciones respecto de las situaciones que desencadenan las voces y visiones, ya que de acuerdo a la literatura estas dos últimas suelen relacionarse con lo que la persona piensa de sí mismo, de las cosas y del mundo.

Una vez obtenida la información anteriormente comentada, se prosiguió trabajar con estrategias conductuales sencillas para el afrontamiento de las alucinaciones.

Tomando en cuenta la información aportada por el paciente y en caso de que se identificaran por el mismo situaciones en las que haya podido sobrellevar o disminuir las alucinaciones se prosiguió a establecer algunas conductas para afrontar las voces y las

visiones. Algunas de ellas fueron: ponerse audífonos con música que les gustara cuando comenzaran a tener la presencia de las voces, técnicas de distracción (pintar, bailar, hacer ejercicio), cerrar los ojos respirar e imaginarse cosas agradables, acariciarse, darse una ducha, intentar poner atención a la actividad que están realizando aunque aparezcan las voces y en última instancia retirarse del contexto que probablemente les provocara una alucinación debido a la tensión psicológica.

Por otra parte, se les pedía que se auto observaran cuando se presentaran las voces o las visiones con una actitud de distancia, con la finalidad de observar la relación entre sus pensamientos y el contenido de las voces, haciendo que el paciente llevara un registro de pensamientos negativos automáticos y un registro de pensamientos para la recogida literal de lo que dicen las voces.

Al finalizar se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión y se resolvieron dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional de pensamientos y el de alucinaciones.

Sesión 20, 21 y 22.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin

juicios de valor.

Antes de iniciar la sesión se hizo puente con la sesión anterior, se revisó el registro del análisis funcional de las voces y pensamientos para verificar que el paciente haya entendido la actividad y se le brindó retroalimentación al respecto (en caso de que no hubiera podido realizarlo en casa éste se realizaba en la presente sesión); también se pidió retroalimentación sobre las estrategias conductuales que habían empleado, en caso de que resultaran satisfactorias se le pedían que las siguiera realizando y en caso de que no se intentaba implementar otras e incluso enfrentarlas con el diálogo socrático.

En esta sesión se comenzó a abordar el contenido de las alucinaciones (en primera instancia las voces) y las creencias con respecto a éstas, mismos que se pusieron a prueba mediante el diálogo socrático. Para esto la terapeuta ya debía haber tenido algunas hipótesis sobre las alucinaciones tomando el contenido, las características físicas y las distorsiones cognitivas que las acompañan. Ya que de acuerdo con Beck et al. (2010) el contenido de las alucinaciones puede reflejar las preocupaciones e inquietudes, un tema importante, recuerdos del pasado o hechos importantes de la vida.

El objetivo fue desacreditar las alucinaciones (mayormente las voces) y reducir su impacto. El planteamiento consistió en cuestionar la exactitud del contenido de las voces, del mismo modo que se cuestionarían las creencias, se ponían a prueba y se corregían pensamientos automáticos por medio del diálogo socrático.

Para que se hiciera de una manera más clara para el paciente, en una hoja en blanco se dibujaba una columna recolectando la situación en donde se habían producido las voces, se registraba literalmente lo que decían las voces con ayuda del análisis funcional de las

alucinaciones, el estado de ánimo, pruebas a favor, pruebas en contra (el paciente tenía la oportunidad de comunicar que tanto creían en el contenido de las voces antes y después de recoger pruebas) y explicaciones alternas, como se muestra a continuación:

Situación	Contenido de la voz	Estado de ánimo	Pruebas a favor	Pruebas en contra	Pensamientos o explicaciones alternativos	Estado de ánimo
Estaba dibujando un paisaje después de haberme peleado con mi mamá	“No haces nada bien, esta horrible tu dibujo”	Triste Desmotivada	“Estoy la mayor parte de tiempo en casa” “Llevo mucho tiempo sin trabajar”	“He trabajado anteriormente” “En estos tiempos no es fácil conseguir trabajo” “Quiero las cosas inmediatas” “Las personas me dicen que dibujo muy bien y les gusta la ropa que diseño”	“Por ahora es difícil encontrar trabajo, pero puedo hacerlo ya que he trabajado anteriormente y aunque tengo dificultades a las personas les gusta mi trabajo”	Tranquila Motivada
	<u>Pensamientos</u>					
	“Tiene razón si hiciera las cosas bien no sería una fracasa y tendría trabajo”					

Se le ayudaba al paciente a identificar como la manera de acreditar o desacreditar la voz o la interpretación que le da a esta se deben a las distorsiones cognitivas que en ese momento presentaba, se solía preguntar de forma cotidiana “¿Qué pruebas tienes a favor de la verdad de las afirmaciones que hacen las voces y que pruebas tienes en contra?”.

Para las situaciones en las que los pacientes llegaban a considerar que sus voces eran escuchadas por otras personas, se les pedía que llevaran a cabo una encuesta para ver si sus personas de confianza podían ser capaces de oír sus voces o de ver sus alucinaciones visuales, en casos extremos se les pedía que lo grabaran por celular y después lo volvieran a reproducir pasado el evento. Esto con la finalidad de disminuir la vergüenza que llegaban a

sentir y el apuro por pensar que otros podían escuchar y ver lo que a ellos les sucedía.

Por otra parte, también se implementaron estrategias para hacerle frente a amenazas o mandatos de las alucinaciones auditivas y visuales; se realizaba reestructuración cognitiva y se creaba un plan conductual para afrontarlas. Para iniciar este proceso se iniciaba con la obtención de la frase literal que implicaba amenaza y era realizada por la voz, el segundo paso era valorar si el paciente consideraba o no algún hecho o acontecimiento pasado que pudiera estar apoyando el poder de las alucinaciones, el tercero era empezar a evaluar las pruebas que apoyaban las consecuencias percibidas por desobedecer los mandatos y el cuarto era subrayar las ventajas de no obedecer las voces y las desventajas de obedecerlas. También era importante recabar información acerca de cómo era que el paciente afrontaba estas situaciones.

Así como anteriormente se había descrito se comenzaba con la reestructuración cognitiva en la cual se valoraban las pruebas que el paciente consideraba que apoyaban el poder de las voces, que pruebas disminuían su poder, la gama de desventajas que traía el obedecer las amenazas sobre la propia persona y los demás, así como cuestionar cualquier ventaja percibida. A esto se le agregaba un plan conductual de afrontamiento que el paciente pudiera tener a la mano y seguir con la menos dificultad posible tal como, llamar a algún familiar o amigo, hacer alguna actividad física o ver un programa favorito de televisión.

Se le pedía a manera de ejercicios para casa que implementara todo lo visto en las sesiones y que observara todos sus éxitos (los casos en los que no siguió las instrucciones de las voces) como medio para reforzar la autoeficacia de no obedecer. En los casos en los

que haya presentado dificultades se volvían a replantear y se buscaba otra forma de afrontarlos.

Al finalizar cada sesión se brindaba retroalimentación sobre lo realizado y se resolvían dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se daba el cierre a manera de conclusión. Se recogía el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional de pensamientos y el de alucinaciones.

Sesión 23.

Se inició con la comprobación del estado de ánimo del paciente durante la última semana, así como la verificación del cumplimiento de la medicación o los eventos inesperados para la persona. Una parte de la supervisión requirió socializar y educar al paciente sobre la naturaleza de los estados de ánimo y los factores que provocan su fluctuación. En todo momento se favoreció el clima de aceptación, respeto y validación sin juicios de valor.

Se realizaba puente con la última sesión reforzando los logros que ha alcanzado hasta este momento, y se prosigue a identificar las creencias que se tienen acerca de las alucinaciones pasadas y presentes, tanto delirantes como no delirantes. Para estas últimas se hacían preguntas sencillas como: “¿Qué pensaste de las voces cuando empezaron por primera vez?, ¿Qué piensas de tus voces ahora?, ¿Puedes reconocer la voz?, ¿Podrías decir de quién es?, ¿Qué explicaciones has encontrado para explicar por qué oyes voces?, ¿Te preocupa que pueda afectar tu vida el que sigas oyendo las voces?. Se examinaban las pruebas para las creencias desadaptativas o que llegaban a causar malestar, se identificaban

las distorsiones relacionadas con esas interpretaciones se le hacían ver al paciente y se daba reestructuración cognitiva.

En el caso de las creencias delirantes relacionadas con las alucinaciones se le preguntaba al paciente “¿Cómo se sentiría si no estuvieran presentes las voces?” como modo a develar los sentimientos subyacentes, ya que de acuerdo con Beck et al. (2010) en muchos casos los temas del contenido y de las creencias de las voces y probablemente las visiones surgieron a partir de experiencias traumáticas del pasado; para lo cual se le preguntaba “¿Esto que ves o escuchas lo viviste anteriormente o te paso realmente en alguna situación a lo largo de tú vida?, ¿Qué era lo que en esos momentos pensabas respecto a ese evento que te había ocurrido? y ¿Qué pensabas de las personas que estaban implicadas?”.

Después de identificar la explicación que daba el paciente a sus alucinaciones (especialmente las voces) y de intentar normalizar la experiencia de éstas mismas, la terapeuta comenzaba a preguntar directamente al paciente si alguna vez había considerado explicaciones alternativas acerca de las alucinaciones, siguiendo con preguntas socráticas sobre intentando instaurar dudas y extrañezas acerca del supuesto autor de las voces y visiones al paciente, esto para ayudarlo a visualizar que si bien la creencia era comprensible pudiera estar equivocada y en ese caso las explicaciones alternativas resultarían más válidas.

Nuevamente se motivaba al paciente a seguir con esta práctica de autoobservador y la importancia de que el mismo pudiera activamente evaluar deductivamente sus propias

creencias y los síntomas que pudieran surgir (delirios y alucinaciones), se le invitaba a seguir continuando con las estrategias conductuales de afrontamiento que hasta el momento le habían funcionado.

Al finalizar cada sesión se brindó retroalimentación sobre lo realizado y se resolvían dudas en caso de presentarse, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se daba el cierre a manera de conclusión. Se recogía el registro de la semana anterior y se entregó uno nuevo junto con un ejercicio de análisis funcional de pensamientos y el de alucinaciones. Cabe señalar que se le señaló que se entraría a una nueva fase del tratamiento en la cual se comenzarían a trabajar con otros elementos, sin embargo si por alguna razón fuera necesario se habría un pequeño espacio en esas sesiones para reforzar lo trabajado hasta en estos momentos.

ANEXO 6

Entrenamiento en Mindfulness para Esquizofrenia Paranoide

Sesión 1.

Presentación: En esta primera sesión la terapeuta dio una breve introducción a lo que sería el trabajo durante las próximas sesiones y en la etapa final de la intervención.

“En esta fase de la intervención trabajaremos durante cinco sesiones de manera grupal, la cual les servirá para reconocer sus emociones, aumentar su capacidad de empatía, el reconocimiento de su cuerpo, manejo de emociones, autoaceptación y compasión, a lo largo de las sesiones realizaremos diferentes actividades para que puedan poner en práctica todo lo que anteriormente les he mencionado. Al final se pretende que ustedes puedan identificar, manejar sus emociones, reconocer las emociones y la empatía con el otro, aumentar sus emociones positivas y mejorar su relación con el medio que los rodea”.

Se inició con una presentación de cada participante, diciendo nombre, edad y cuál había sido su interés por participar en esta intervención terapéutica. Posteriormente se realizó una pequeña dinámica grupal, para eso se utilizaron unas tarjetas lúdicas que llevan por nombre “100 TT es hora de dejarte sentir” para romper el hielo, cada tarjeta contiene una actividad a realizar como por ejemplo “Siéntense, junten sus rodillas, tómense de los brazos y balancéense como un barco”, cada uno tenía que tomar una tarjeta incluyendo a la terapeuta y realizaba la actividad que se les indicaba.

Al terminar de realizar esta actividad, se inició con psicoeducación qué es el Mindfulness y los conceptos básicos (mente de principiante, no juzgar, los pensamientos, todo es impermanente e interdependiente, aceptación, normalización, apego, aversión,

compasión y paciencia) dando algunos ejemplos para que quedaran más claros. Una vez terminada esta parte se les pidió que respondieran a la pregunta ¿Qué podrías decir que es el Mindfulness o Atención Plena?, esto para corroborar su entendimiento en la descripción anteriormente señalada. Además se les describieron de manera general los beneficios a la salud que ha demostrado la práctica del Mindfulness en estudios científicos.

Se realizó ejercicio de respiración atenta, para el cual se dieron las siguientes instrucciones: “Siéntate cómodamente en la silla con la espalda lo más recta, algunas personas prefieren cerrar los ojos pero si gustas puedes dejarlos parcialmente abiertos pero deberás centrar la atención en algún objeto que tengas a la vista. Antes de iniciar coloca ambas manos sobre tu abdomen, apoya para determinar si respiras desde el vientre y si se expande éste al inhalar y al exhalar se contrae siguiendo el curso de tu respiración, vamos a intentar esto un par de segundos cuando notes que has controlado esta respiración y te resulte cómoda, comenzamos”.

Bien, lo único que en tal caso, tendrás que hacer es permanecer atentos a la inhalación y exhalación. No existe necesidad alguna de analizar, contar, visualizar ni manipular la respiración, respira de manera sencilla y natural siendo consciente de la entrada y salida de aire. Date a continuación las gracias por permitirte este tiempo para la práctica de la meditación.

Presta ahora atención al lugar del cuerpo en el que sientas más clara tu respiración. Quizás se trate de las fosas nasales, del cuello, el pecho, el vientre o de cualquier otro lugar. Se consciente, al inhalar de la entrada de aire, y al exhalar de la salida del aire. Simplemente se consciente de la respiración.

No existe necesidad alguna de visualizar, contar ni imaginar la respiración. Permanece simplemente atenta a la entrada y salida del aire. Observa, sin emitir juicio alguno, el flujo y el reflujo de la respiración, moviéndose a un ritmo semejante al de las olas de mar. No hay ningún lugar, ni nada que hacer, sino tan solo estar aquí y ahora, sintiendo la respiración...sintiendo la inhalación y posterior la exhalación.

Quizás te des cuenta de que de vez en cuando tu atención se aleja de la respiración. Date cuenta simplemente, de tal caso, de hacia dónde se dirige y vuelve de nuevo a prestar atención a la respiración. Respira de manera natural sin tratar de manipular, de ningún modo, la respiración. Hazte sencillamente consciente del vaivén de la respiración. Date las gracias cuando llegues al final de esta meditación por haberte permitido este tiempo para estar contigo y reconoce que se trata de un acto de amor. Podamos estar en paz. Puedan todos los seres estar en paz.

“Bien ahora que hemos regresado a este momento, hagamos una simple reflexión sobre la actividad. ¿Qué experimentaron?, ¿Qué sintieron?, ¿Qué pensaron mientras realizaban el ejercicio?, esto que sintieron, que experimentaron o pensaron ¿Qué valor tiene o cómo es?”. Se hicieron comentarios respecto a las respuestas y se brindó retroalimentación.

Posteriormente se dio receso de 10 minutos y al regresar se abrió un pequeño espacio para comentarios o dudas por parte de los participantes. Se prosiguió con la parte de identificación de emociones, se brindó una pequeña psicoeducación describiendo que eran las emociones y cuál era su funcionamiento para la supervivencia. Se señalaron las emociones básicas (sorpresa, asco, tristeza, miedo, temor, enojo y alegría y para qué nos

sirven como seres humanos; además de indicarles cuales son las expresiones faciales y sensaciones corporales que comúnmente se pueden observar y sentir cuando se presenta determinada emoción. Posteriormente se les pidió que cada una describiera sus propias emociones. Para complementar esta introducción se realizó un ejercicio de practica formal del chequeo atento del cuerpo.

“Siéntate cómodamente en una silla con la espalda lo más recta posible de preferencia apoyándote sobre los muslos a la orilla de la silla, el pie izquierdo ligeramente hacia atrás y el pie derecho hacia adelante, apoyado sobre el piso sin forzar la postura de los pies. Las manos se colocan sobre las piernas pueden ser con las palmas hacia arriba o hacia abajo como tú elijas, respira como siempre lo sueles hacer ahora dime ¿dónde sientes la respiración?, si aún no manejas la respiración abdominal apoya para determinar si respiras desde el vientre las manos juntas con los dedos entre tocándose sobre el abdomen siente si se expanden tus dedos al inhalar aire y si se vuelven a juntar al exhalar el aire. Presta atención más profunda y siente como tu vientre se expande y contrae siguiendo el ritmo de tu respiración. La espalda debe permanecer recta con los hombros hacia atrás, la cabeza debe mantenerse recta y ligeramente inclinada hacia abajo pero no rígida. Los ojos focalizados sobre un punto en el suelo frente a uno mismo y entre abiertos, si te es difícil mantener esta posición puedes cerrarlos”.

A continuación lleva la atención a través de las piernas a ambos pies, al pie izquierdo y al derecho, específicamente a los dedos de los pies, sin necesidad de moverlos, simplemente notando su presencia a través de cualquier sensación que esté presente en los dedos, quizá hormigueo, calor, humedad, picor o calor, poniendo similar nivel de atención a cada uno de los dedos.

La próxima exhalación dejando que los dedos se disuelvan en el ojo de nuestra mente y llevando la atención en la planta de los pies, la parte superior de la planta de los pies, los talones, los tobillos, simplemente notando que están ahí, sin tratar de hacer nada, sin tratar de pensar en nada, sin tratar de corregir nada.

En la próxima exhalación dejemos que ambos pies se relajen completamente y llevemos nuestra atención a la parte inferior de ambas piernas, nota los músculos en la parte de atrás, los huesos, y en toda la zona entre los tobillos y las rodillas, notando cualquier sensación ahí presente o falta de sensación. Y en la próxima inspiración invitando a la energía vital que llegue a la parte inferior de las piernas, y al expirar relajando la parte inferior de las piernas y llevando la atención a las rodillas.

Las rodillas es una zona compleja de nuestro cuerpo compuesta de cartílagos y tendones que nos permiten andar, ahora tenemos la oportunidad de prestarle atención, notando cualquier sensación ahí presente o falta de sensación en las rodillas.

Quizá los cambios del tiempo presenten dolor, nota si algo de dolor presente o no en este momento. En la próxima exhalación dejemos que las rodillas desaparezcan de nuestra atención y llevémosla a los muslos.

De nuevo explorando los muslos a través de sensaciones o falta de sensaciones, no hay necesidad de moverlos, tratando estos grandes músculos y el hueso, éstos dos grandes pilares que soportan el cuerpo cuando caminamos y en la próxima inhalación invitemos con nuestra imaginación que el aire se dirija hacia las piernas, los muslos, las rodillas, la parte inferior de las piernas, los pies, suavizando, purificando, dando bienestar a esta zona del cuerpo, y al exhalar dejando que las piernas se relajen completamente desde las

caderas hasta los pies, llevando la atención a las caderas, notando el hueso de las caderas, los glúteos o nalgas, la zona de los genitales, notando cualquier sensación o falta de ésta, los órganos internos en esta zona del cuerpo y permitiendo con la próxima inhalación que un aire refrescante llene toda la zona pélvica, y llevando a continuación nuestra atención a la espina dorsal, en la zona baja de la columna vertebral y subiendo con nuestra atención vertebra tras vértebra como si fuera una escalera hacia arriba, recorriendo hacia arriba.

A continuación moviendo la atención hacia la zona media de la espalda, y la zona alta de la espalda, haciéndonos conscientes de toda la espalda a través de las sensación o falta de ellas, la espalda como un todo y en la próxima exhalación relajando y llevando la atención a la parte frontal de tronco.

Primero hacia el abdomen notando de nuevo la barriga cuando sube y baja, el ombligo, la zona justo debajo de las costillas, y a continuación llevando la atención hacia arriba, hacia la caja torácica, compuesta por costillas y esternón cuya función es proteger corazón y pulmones, notando toda esta zona del pecho, conscientes de la presencia de los pulmones y el corazón, notando los latidos del corazón al poner atención y en la próxima inspiración permitiendo que un aire vitalizando descienda y rellene todo el tronco, refrescando, suavizando y al expirar, relajando.

A continuación lleva la atención a los brazos y ambas manos, notando los dedos, parte de arriba, palmas a través de cada sensación o falta de esta, llevamos la atención a las muñecas y de ahí llevando la atención a la parte inferior de los brazos y los codos y la parte superior de los brazos y al inspirar permitiendo que un aire refrescante recorra los brazos y al expirar relajándolos, llevando la atención a los hombros y el cuello, una zona

donde acumulamos grandes tensiones, esta es una buena oportunidad para permitir que se relajen.

Inspirando y llevando energía vitalizante a esta zona y al expirar llevando la atención a la cara, a nuestra cabeza, conscientes de la barbilla, de la mandíbula, de las mejillas, de la boca, los labios de la lengua, los dientes, de la nariz, de los ojos. Los párpados, las cejas, conscientes de la frente, de las sienes, de los oídos, de la parte posterior de la cabeza, de la parte superior de la cabeza, y del cerebro, invitando a una energía refrescante inundar nuestra cabeza, relajando, suavizando.

Imaginemos a continuación que podemos respirar con todo el cuerpo, y que un aire vitalizante entra por la parte superior de la cabeza refrescando todo el cuerpo como una lluvia de estrellas de energía saludable, permitiendo que todas las toxinas y tensiones del cuerpo salgan por los pies, respiremos de esta forma integral varias veces, al inspirar, aire refrescante entra por la cabeza bañando todo el cuerpo y al expirar las impurezas salen por los pies. Ofreciendo energía a todo el cuerpo.

Antes de terminar la sesión se resolvieron dudas que se presentaron. Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro conductual de la semana anterior y se entregó uno nuevo.

Sesión 2.

Se le daba la bienvenida a los pacientes explorando como había estado su semana desde la última sesión, se indagaba sus estados emocionales o aspectos que pudieran causarles algún tipo de reacción estresante o en relación con las alucinaciones y delirios, si

se encontraba alguna situación de este tipo se trabaja en ello durante los primeros minutos, si no era el caso se proseguía a preguntarle si habían podido realizar algún ejercicio visto en la sesión anterior si era así se les reforzaba y motivaba a seguir con la práctica, pero si era lo contrario se indagaba el por qué no había sido posible practicar los ejercicios. Además se les preguntaba si existían dudas sobre esta práctica o si tenían algún comentario sobre lo realizado en relación a las técnicas de Mindfulness. Terminada esta exploración se proseguía a continuar con la sesión del día haciendo un puente de lo visto en la sesión anterior a manera de resumen.

Se inició con un ejercicio para la exploración de emociones, sensaciones y pensamientos adaptado de Sogyal Rimpoché (1994).

Pongan atención a la respiración sin tratar de cambiar su ritmo y observe como el aire entra y sale por la nariz de forma natural, poniendo atención en el abdomen sientan como este sube al llevar el aire dentro hinchándose como un globo y como se desinfla con la exhalación sigan observando con su mente los movimientos rítmicos del abdomen en cada respiración, con cada inhalación se infla y en cada exhalación se contrae, permitiendo que el cuerpo se relaje más y más con cada exhalación.

Ahora lleven la atención a su cabeza concentrándose únicamente en la respiración vayan tomando consciencia y observando si es que se tienen algún tipo de pensamiento solo observen e imaginen que cada uno de estos pensamientos vienen hacia ustedes en forma de una ola de mar, noten como estos pensamientos tienen un inicio, llegan a un punto alto y se disuelven como una ola.

Ahora poniendo total atención a la respiración noten como el aire entra hacia su cuerpo y como sale de él, exploren cada parte de su cuerpo, pueden ser los hombros quizás, identifiquen si están experimentando algún tipo de sensaciones si es así no se juzguen por ello obsérvenlo y déjenlo pasar como las olas de mar, si su mente se distrae por esas sensaciones de su cuerpo o por algo externo intenten llevarla nuevamente a la respiración.

Sigan con la observación corporal ¿sienten alguna emoción?, ¿qué clase de emoción es? Imaginen que cada una de esas emociones, sensaciones o pensamientos vienen hacia ustedes en forma de una ola de mar y noten como estas emociones, sensaciones o pensamientos tienen un inicio, llegan a un punto máximo y se disuelven como una ola de mar. Mientras eso sucede su atención sigue permanente en la respiración, en esa inhalación y exhalación, incluso pueden identificar las sensaciones que esto les provoca, cuál es la temperatura del aire que inhalan y cómo es la temperatura del aire que exhalan, qué sensaciones les produce al sentir su respiración.

Observen en general como se encuentran sus brazos, piernas, estómago, manos, pies ¿tienen alguna sensación?, ¿cómo es esta sensación?, sea cual sea recuerden que son como las olas de mar, dejen que cada una de estas sensaciones o pensamientos inicie y termine sin poner resistencia, sin negarlas o aferrarse a ellas. Si por alguna razón nota que se distrae su mente reconozca esa situación y sin juzgarse regrese su atención a la respiración.

Así como no podemos sostener una ola con las manos, dejamos que cada una de estas sensaciones, emociones o pensamientos sigan su curso. Si notan que alguna

sensación, emoción o pensamiento no puede alejarse regresen su atención a su respiración, sin prestarle importancia y dejando continuar su camino, sin juicio ni aferramiento. Sigán inhalado y exhalando, cuando sientan el momento adecuado pueden reincorporarse a este espacio.

Al terminar con el ejercicio de meditación se realizó una pequeña reflexión, haciendo una asociación de que esos pensamientos, emociones y sensaciones son parte de nosotros pero no nos definen como seres, así como una ola de mar no es el mar, una emoción, pensamiento, alguna alucinación o delirio no define lo que somos como individuos.

Se continuaba con psicoeducación de meditación sobre la bondad, que incluía cualidades importantes como la compasión, la empatía y la ecuanimidad se describía cada una, su importancia para el bienestar personal y se daban ejemplos. Posteriormente se iniciaba con una práctica formal, en este caso la meditación de la bondad. Se daba la introducción.

“La meditación de la bondad es una práctica que abre nuestro corazón al amor, la compasión y la empatía”.

“Después de dirigir el amor y la compasión hacia uno mismo, luego hay que expandirlo hacia el exterior, primero a las personas que nos resulte más fácil amar, es decir, a nuestros mentores, maestros, y a quienes nos hayan guiado o inspirado, empezando quizás con una persona y expandiéndolo luego a los demás. Luego lo expandimos a nuestros seres queridos y a las personas próximas de nuestra familia, amigos y comunidad y después a los conocidos y a los extraños. Luego expandimos a la bondad a las personas difíciles,

incluyendo aquellos con quienes tengamos problemas, lo que pondrá en marcha la importante tarea de neutralizar los efectos tóxicos del resentimiento. Está muy bien terminar esta meditación enviando la bondad a quienes están experimentando dolor o atravesando situaciones de sufrimiento físico o emocional. Por último expandimos la bondad a todos los seres vivos”. Luego iniciaba la práctica de la meditación:

“Siéntate cómodamente en una silla con la espalda lo más recta posible de preferencia apoyándote sobre los muslos a la orilla de la silla, el pie izquierdo ligeramente hacia atrás y el pie derecho hacia adelante, apoyado sobre el piso sin forzar la postura de los pies. Las manos se colocan sobre las piernas pueden ser con las palmas hacia arriba o hacia abajo como tú elijas, respira como siempre lo sueles hacer ahora dime ¿dónde sientes la respiración?, si aún no manejas la respiración abdominal apoya para determinar si respiras desde el vientre las manos juntas con los dedos entre tocándose sobre el abdomen siente si se expanden tus dedos al inhalar aire y si se vuelven a juntar al exhalar el aire. Presta atención más profunda y siente como tu vientre se expande y contrae siguiendo el ritmo de tu respiración. La espalda debe permanecer recta con los hombros hacia atrás, la cabeza debe mantenerse recta y ligeramente inclinada hacia abajo pero no rígida. Los ojos focalizados sobre un punto en el suelo frente a uno mismo y entre abiertos, si te es difícil mantener esta posición puedes cerrarlos”.

“Empieza la práctica dándote las gracias por haber dedicado un tiempo precioso a la meditación. Date también cuenta de que este es un acto de amor.

Presta atención, cuando empieces a detenerte y a estar presente a tu cuerpo, a tu mente y a todo lo que te acompaña...Quizás a los pensamientos o sentimientos relativos a los acontecimientos del día o a algo que te haya ocurrido recientemente.

Tan solo admite y reconoce todo lo que ocurre y déjalo estar sin evaluación, sin juicios ni análisis.

Cambia gradualmente el centro de tu atención hacia tu respiración, respirando de manera normal y natural. Cobra consciencia cuando inspiras, del aire que está llenando tus pulmones y, cuando expiras, de que tus pulmones están vaciándose. Se completamente consciente de la respiración.

Presta ahora atención al abdomen, sintiendo como tu vientre se expande al inspirar y se contrae al expirar. Cobra luego consciencia de la inspiración y la expiración. Inspira y expira, observando la emergencia y desaparición de cada respiración. Dedicte tan solo a respirar.

Presta ahora atención a la región del pecho y del corazón, sintiendo cualquier sensación interna precedente de esa zona. Permite que cualquier ola de sensación vaya a donde necesite ir.

Dirige ahora suavemente tu atención al latido de su corazón y reflexiona sobre lo frágil y preciosa que es la vida. El corazón es la puerta de acceso a la compasión y el amor más profundo por sí mismo y por todos los seres.

Todos vivimos con ciertas realidades de las que no podemos escapar. Desde el maravilloso y milagroso momento en que fuimos concebidos empieza el irreversible

proceso de envejecimiento y consiguiente enfermedad, muerte y separación. Estas son reflexiones muy poderosas sobre las que hemos meditado, porque abren nuestro corazón a las cosas que realmente son importantes.

Dirige ahora todo tu amor, compasión y misericordia hacia tu preciosa vida. A veces puedes ser duro contigo mismo. A veces resulta ser más fácil ser compasivo con los demás que con uno mismo. Muchas personas difícilmente repetirían a los demás lo que se dicen a sí mismos porque temen lo que, en tal caso, pensarían de ellos.

Siente las poderosas cualidades asociadas a la bondad como el amor ilimitado y altruista que podía compararse al sol, la luna o las estrellas, porque resplandece, sin distinción, separación ni prejuicio alguno, sobre todos los seres vivos.

Llévale este amor hasta tu corazón, tu piel, tu carne, tus órganos, tus huesos, tus células y la totalidad de tu ser. Ojalá puedas abrirte a la bondad y la compasión profunda por ti mismo, reconociendo y aceptando el ser perfectamente perfecto que eres.

Abraza hasta que puedas sentir el amor por ti mismo. Trabaja con esto, reconociendo tus dificultades y sigue abriéndose luego hasta descubrir cómo es experimentar bondad hacia uno mismo.

Tómate ahora el tiempo necesario para abrirte y deja que las siguientes frases impregnen todo su ser, repítelas después de que yo lo haga:

Que pueda sentirme seguro

Que pueda estar sano

Que pueda mi cuerpo y mi mente estar bien

Que pueda estar en paz

Expande ahora el campo de la bondad a uno o a muchos de tus maestros, mentores y otras personas que, de un modo u otro, te hayan inspirado, repitiendo las mismas frases:

Que puedan mis mentores sentirse seguro

Que puedan mis mentores estar sanos

Que pueda el cuerpo y la mente de mis mentores estar bien

Que puedan mis mentores estar en paz

Expande luego gradualmente al campo de la bondad a una o muchas de las personas próximas y queridas que formen parte de tu familia, de tus amigos y tu comunidad:

Que puedan mis seres queridos sentirse seguro

Que puedan mis seres queridos estar sanos

Que pueda el cuerpo y la mente de mis seres queridos estar bien

Que puedan mis seres queridos estar en paz

Expande una vez más el campo de la bondad a una o muchas de las personas neutras, conocidos y extraños:

Que puedan mis personas neutras sentirse seguro

Que puedan mis personas neutras estar sanas

Que pueda el cuerpo y la mente de mis personas neutras estar bien

Que puedan mis personas neutras queridos estar en paz

Considera ahora la posibilidad de expandir la bondad a las personas con las que tengas problemas de relación o que sean incluso tus enemigos. Éste es un grupo de personas al que quizás te parezca difícil o hasta imposible expandir la bondad. Empieza neutralizando el resentimiento, con la convicción de que tiene efectos tóxicos sobre la salud y bienestar, enviando bondad y compasión hacia ti mismo. Luego reflexiona sobre el perdón y date cuenta de la frecuencia con la que el conflicto y la falta de amabilidad hunden sus raíces en el miedo y la falta de conciencia. Abre tu corazón y expande la bondad a las personas difíciles, deseándoles que encuentren el camino que les conduce a su propio corazón, logren una mayor conciencia y transformen su miedo en amor. Dirige lenta y amablemente la bondad a las personas con las que tienes dificultades de relación y hazles llegar incluso a tus enemigos:

Que puedan las personas con las que tengo problemas de relación sentirse seguras

Que puedan las personas con las que tengo problemas de relación estar sanas

Que pueda el cuerpo y la mente de las personas con las que tengo problemas de relación sentirse estar bien

Que puedan las personas con las que tengo problemas de relación estar en paz

Dedica ahora un tiempo a recordar a los menos afortunados, abriendo tu corazón a cualquier persona que sepa que está experimentando dolor físico y emocional. Imagina a

las personas que están atravesando situaciones difíciles o desafiantes experimentando una mayor curación y paz.

Expande el círculo de la curación a todos los seres. Que puedan todos los seres vivos que padecen enfermedades físicas y mentales, a víctimas de desastres naturales y guerras estar en paz.

Que puedan todos los que sufren, sin excepción alguna estar en paz. Permite que la energía de la bondad sea tan ilimitada como cielo e irradie hasta llegar a todos los seres humanos y a todos los seres vivos (animales, plantas, insectos, aves, células, etc). Envía la bondad a todos los seres vivos, grandes o pequeños, fuertes o débiles, visibles o invisibles, cercanos o distantes, nacidos o por nacer, sin omitir a ninguno.

Envía este inmenso amor a todos los seres de la Tierra, el agua y el aire, expandiendo la bondad en todas direcciones:

Que puedan todos los seres estar seguros

Que puedan todos los seres estar sanos

Que puedan el cuerpo y la mente de todos los seres estar bien

Que puedan todos los seres estar en paz

Expande ahora este amor hacia afuera, más allá de todas las fronteras y límites, hasta el sistema solar e incluso más allá, a todos los confines del universo. Que puedan todos los seres estar en paz.

Expande luego una vez más esta bondad ilimitada a su interior, y desde ahí, a todos los seres de todo el universo. Puedan todos los seres estar en paz.

Deja ahora gradualmente la meditación de la bondad y regresando a la respiración, siente cómo todo tu cuerpo inspira y expira. Siente tu cuerpo como un organismo completo, conectado y total.

Dedica ahora, cuando te aproximes al final de esta meditación, cualquier mérito logrado al beneficio de todos los seres. Que puedan todos los seres estar en paz.

Date las gracias a ti mismo por el tiempo dedicado a la práctica de esta meditación ya que con ella estás contribuyendo a tu salud y bienestar. Sepa también que se trata de un acto de amor”.

“Bien ahora puedes abrir los ojos, reflexionar y decirme ¿Qué pensamientos, sentimientos y sensaciones han aflorado mientras llevabas a cabo la meditación de la bondad?, ¿Qué efectos ha tenido en ti?, ¿De qué manera te ha inspirado?”.

En algunos momentos resultó importante trabajar con la resistencia esto para cuando surgieran emociones negativas que impulsaran el malestar, por lo cual se le pedía al paciente que se preguntara a si mismo lo siguiente: ¿Qué te impide abrir su corazón a la compasión y al amor por sí mismo y por los demás?, ¿Acaso te supone algún beneficio guardar rencor?, ¿Cómo se siente tu cuerpo cuando lo hace?, ¿De qué manera afecta a sus pensamientos y a sus emociones? Resaltando la importancia del efecto nocivo que tiene sobre la salud y el bienestar personal, poniendo de relieve que una mente enfadada o que odia es una mente que sufre. Así como reflexionar acerca del perdón y de que las acciones

conflictivas o dañinas suelen derivarse del miedo o la falta de conciencia, por lo que probablemente las personas que lo lastimaron también sufrían de alguna manera.

Antes de terminar la sesión se brindó retroalimentación sobre lo realizado en esta sesión y se resolvieron dudas que presentaron, señalando lo que se esperaba trabajar en la próxima visita y se dio el cierre a manera de conclusión. Se recogió el registro conductual de la semana anterior y se entregó uno nuevo.

Sesión 3.

Se le daba la bienvenida a los pacientes explorando como había estado su semana desde la última sesión, se indagaba sus estados emocionales o aspectos que pudieran causarles algún tipo de reacción estresante o en relación con las alucinaciones y delirios, si se encontraba alguna situación de este tipo se trabaja en ello durante los primeros minutos, si no era el caso se proseguía a preguntarle si habían podido realizar algún ejercicio visto en la sesión anterior si era así se les reforzaba y motivaba a seguir con la práctica, pero si era lo contrario se indagaba el por qué no había sido posible practicar los ejercicios. Además se les preguntaba si existían dudas sobre esta práctica o si tenían algún comentario sobre lo realizado en relación a las técnicas de Mindfulness. Terminada esta exploración se proseguía a continuar con la sesión del día haciendo un puente de lo visto en la sesión anterior a manera de resumen.

Se iniciaba la sesión con meditación metta pero una versión corta comparada con la de la sesión anterior, esto para reforzar la práctica del amor bondadoso. Se proseguía dando las instrucciones:

“Siéntate cómodamente en una silla con la espalda lo más recta posible de preferencia apoyándote sobre los muslos a la orilla de la silla, el pie izquierdo ligeramente hacia atrás y el pie derecho hacia adelante, apoyado sobre el piso sin forzar la postura de los pies. Las manos se colocan sobre las piernas pueden ser con las palmas hacia arriba o hacia abajo como tú elijas, respira como siempre lo sueles hacer ahora dime ¿dónde sientes la respiración?, si aún no manejas la respiración abdominal apoya para determinar si respiras desde el vientre las manos juntas con los dedos entre tocándose sobre el abdomen siente si se expanden tus dedos al inhalar aire y si se vuelven a juntar al exhalar el aire. Presta atención más profunda y siente como tu vientre se expande y contrae siguiendo el ritmo de tu respiración. La espalda debe permanecer recta con los hombros hacia atrás, la cabeza debe mantenerse recta y ligeramente inclinada hacia abajo pero no rígida. Los ojos focalizados sobre un punto en el suelo frente a uno mismo y entre abiertos, si te es difícil mantener esta posición puedes cerrarlos”.

“Ahora todas las formas de meditación son en sí una práctica de bondad para uno mismo y, por extensión para los demás. Para practicar meditación de amor incondicional, empieza contigo mismo, disfruta de tu respiración; mientras sigues inhalando y exhalando dite a tí mismo lentamente frases del tipo:

Que sea feliz

Que tenga bienestar

Que esté libre de emociones negativas

Que esté a salvo

Tómate tu tiempo con cada frase, no corras. Después, cuando estés listo, quizá cuando hayas empezado a sentir el efecto de la práctica, amplía el círculo hacia el exterior para incluir a alguien más, empezando por la persona más cercana o querida, inhalando y exhalando, pronunciando las mismas frases, pero ahora para esa persona (indica su nombre):

Que --- sea feliz

Que --- tenga bienestar

Que --- esté libre de emociones negativas

Que --- esté a salvo

Entonces puedes ampliar la práctica del mismo modo a un amigo o a una persona “neutral” (alguien a quien conoces bien) y a quien quieras desearle este bienestar y paz (indica su nombre):

Que --- sea feliz

Que --- tenga bienestar

Que --- esté libre de emociones negativas

Que --- esté a salvo

Luego hazlo con un enemigo o con una persona con la que tengas algún tipo de conflicto, alguien de quien resulta incómodo hasta hablar, pudiera resultar difícil pero has el intento (indica su nombre):

Que --- sea feliz

Que --- tenga bienestar

Que --- esté libre de emociones negativas

Que --- esté a salvo

Para terminar en la última fase, irradia las mismas intenciones hacia todos los seres vivos:

Que todos los seres vivos sean felices

Que todos los seres vivos tengan bienestar

Que todos los seres vivos estén libres de emociones negativas

Que todos los seres vivos estén a salvo

Date las gracias a ti mismo por el tiempo dedicado a la práctica de esta meditación ya que ella estas contribuyendo a tu salud y bienestar. Sepa también que se trata de un acto de amor.

Ahora poco a poco toma consciencia del lugar donde te encuentra, las sensaciones que le produce el estar sentado en cada una de las partes de tu cuerpo y en tu respiración, cuando siente el momento abre los ojos y reincorpórate a este espacio”.

“Bien ahora dime ¿Cómo te sientes?, ¿Qué cosas has reflexionado con respecto a este tipo de práctica?... Como se vio anteriormente no es sencillo ni fácil hablarnos con amor y compasión, incluso desearle estos mismos sentimientos a personas con las que tenemos dificultades o en algún momento nos lastimaron, para eso sepa también que puede ser compasivo y bondadoso contigo mismo ahora que estás empezando en esta práctica”.

Se continuó con la creación de autoafirmaciones compasivas y de bondad amorosa personalizadas:

“Este ejercicio te ayudará a formular afirmaciones de autocompasión que puedes usar cuando te estés tratando con hostilidad. Echa un vistazo a la siguiente lista e identifica qué afirmaciones te sirven:

-Siento muchísimo que esto sea difícil

-Es duro sentir que no merezco amor, porque me lo merezco

-Nadie es perfecto, ni si quiera yo

-No es fácil sentir que no encajo, pero tengo derecho a ser quien soy

“Ahora dime ¿cuáles serían tus frases compasivas?”...Cada vez que te sientas con hostilidad, dificultades o con emociones negativas repítete a ti mismo las frases que acabas de elegir”.

“Cuando practiques la meditación de bondad amorosa, es posible que notes que determinadas palabras o incluso frases enteras no te suenan del todo bien. No pasa nada si las cambias por algo que te suene convincente, pero procura no hacerlo demasiado a menudo, porque la constancia de las frases contribuye a aumentar la concentración. Si decides crear tu afirmación de bondad amorosa, invéntate algo que refuerce tu intención principal de aliviar tu sufrimiento. Prueba a decirlas para ti mismo y fíjate si te llegan al corazón, si no recurre a tu intuición para crear frases que te funcionen. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:”

-Que esté libre de cualquier miedo

-Que esté protegido y a salvo del peligro

-Que me acepte como soy

-Que esté sano de mente y cuerpo

-Que esté libre de todo sufrimiento mental

-Que esté libre de todo sufrimiento físico

-Que me llene de amor incondicional

-Que esté en paz

-Que sienta amor en todas las células de mi cuerpo

“Quizás te identificaste con algunas de estas frases, si no es así te pido de favor pienses en tres o en cinco que te hagan sentido y tengan significado para ti”

Una vez que la persona tuviera sus cinco frases ya sean de las mencionadas anteriormente o propuestas por el sujeto mismo, se le pidió que realizara de nuevo el ejercicio de la meditación metta pero ahora aplicando las frases propuestas por la persona.

Para ejercicio en casa se le pedía que realizará este último ejercicio, ya que así le sería más fácil poder recordarlo y llevarlo a la práctica.

Posteriormente se inició con psicoeducación de Mindfulness y Pensamiento, la cual dio pauta para realizar otro ejercicio: “Hagamos un ejercicio para analizar nuestra lucha por controlar la mente. Durante un par de minutos cierra los ojos e intenta impedir que te venga a la cabeza pensamiento o palabra alguna. Recuérdalo, no dejes que te vengan pensamientos a la mente. Céntrate los dos minutos... Bienvenido otra vez ¿Qué ha pasado?”

La mayoría de las personas descubren que empiezan a aparecer pensamientos a los pocos segundos de intentar no pensar”.

“Una manera de experimentar los pensamientos como acontecimientos de la mente es prestarles la atención que prestarías a los sonidos. En general, los sonidos están fuera de nosotros. Simplemente van y vienen, y la mayoría de ellos no los causamos nosotros. Además escuchándolos, podemos adquirir un sentido especial, ya que los sonidos son cercanos y lejanos. A nuestros pensamientos los tratamos de manera muy distinta. Nos afectan personalmente y nos creemos responsables de ellos. No dejamos que vengan y se vayan. Escuchar tus pensamientos como escuchas los sonidos puede contribuir a que te afecte menos, sientas menos apego y reacciones menos a ellos, y a que adoptes una perspectiva más amplia al respecto. Extender una actitud bondadosa y compasiva a los pensamientos es un elemento clave para desarrollar esta sensación de amplitud y la capacidad de dejar que vayan y venga. Recuerda que no tienes por qué creerte tus pensamientos y que estos no son tú. ¿Qué opinas de esto?”.

Una vez que el paciente logró expresar su opinión se siguió la explicación con base en Fine (2015), haciendo hincapié en los problemas que se derivan de una mente que divaga, en las evaluaciones y juicios de valor, la diferencia en la interpretación (pensamientos) y la realidad, así como una forma de relacionarse con los pensamientos de manera más adaptativa. Para que la persona pudiera comprender todos estos conceptos se realizó un ejercicio de comer atentamente.

“Para que aún te quede más claro esto que acabamos de ver realicemos la práctica de comer atentamente; esta consiste en comer algún alimento de preferencia pequeño.

Escucha y presta atención a cada una de las instrucciones que te voy a ir indicando”. Se le muestra una colación de galletas y semillas dejando que el participante elija el de mayor preferencia.

“Toma un poco del alimento elegido, imagina luego que procede de un remoto planeta que acaba de llegar a la Tierra y lo ve por primera vez. Explora ahora el pedazo de alimento con todos tus sentidos.

Centra tu atención en uno de sus aspectos, como si jamás lo hubieses visto. Concéntrate en su imagen. Obsérvalo y explóralo, como si lo vieses por primera vez, con sumo detenimiento. Dale vueltas entre los dedos y ve claramente su color. Observa las partes más brillantes de su superficie y otras más opacas.

Explora luego la textura del alimento, siente su blandura, su dureza, su tosquedad y su suavidad. Acepta cualquier pensamiento que aparezca mientras estas llevando a cabo esta práctica como, por ejemplo: ¿por qué estoy haciendo este extraño ejercicio?, ¿para qué diablos servirá todo esto? o la verdad es que odio esto, déjalo luego estar y permite que tu consciencia regrese nuevamente al objeto.

Aproxima el objeto a tu nariz y huélelo con mucha atención. Acerca luego el objeto a tu oreja, presiónalo suavemente, hazlo girar entre los dedos y escucha con mucha atención todos los sonidos que procedan de él.

Acerca ahora lentamente el objeto a tu boca. Date cuenta de la precisión de tu brazo, que parece saber exactamente dónde dirigirse y toma también conciencia de que quizás tu boca está empezando a salivar. Introduce lentamente el pedazo de alimento en tu

boca, deposítalo sobre tu lengua y observa, sin morderlo todavía, las sensaciones que este objeto desencadena en tu boca.

Muérdelo deliberadamente cuando así lo decidas el trozo de alimento y observa cómo va de un lado a otro de la boca, al tiempo en que tomas conciencia del sabor que desprende. Másticalo lentamente. Se consciente de la saliva impregnando tu boca y del cambio de consciencia del trozo de alimento mientras lo masticas.

Observa conscientemente, cuando llegue el momento tu intención de tragar y ve luego si puedes sentir cómo desciende por tu garganta y penetra en el esófago, camino del estómago.

Date ahora las gracias por haberte permitido experimentar el hecho de comer atentamente”.

¿Qué sensaciones visuales, táctiles, auditivas, olfativas o gustativas has observado durante el ejercicio de comer atentamente?, ¿Qué pensamientos o recuerdos han aflorado mientras estabas llevando a cabo esta práctica?”. Se brindó retroalimentación sobre lo contestado por el participante y lo visto en esta sesión. Se resolvieron dudas que se presentaron y se señaló lo que se esperaba trabajar en la próxima visita. Se dio el cierre a manera de conclusión y se recorrió el registro conductual de la semana anterior entregando uno nuevo.

Sesión 4.

Se le daba la bienvenida a los pacientes explorando como había estado su semana desde la última sesión, se indagaba sus estados emocionales o aspectos que pudieran

causarles algún tipo de reacción estresante o en relación con las alucinaciones y delirios, si se encontraba alguna situación de este tipo se trabaja en ello durante los primeros minutos, si no era el caso se proseguía a preguntarle si habían podido realizar algún ejercicio visto en la sesión anterior si era así se les reforzaba y motivaba a seguir con la práctica, pero si era lo contrario se indagaba el por qué no había sido posible practicar los ejercicios. Además se les preguntaba si existían dudas sobre esta práctica o si tenían algún comentario sobre lo realizado en relación a las técnicas de Mindfulness. Terminada esta exploración se proseguía a continuar con la sesión del día haciendo un puente de lo visto en la sesión anterior a manera de resumen.

Se dio inicio a la psicoeducación de Mindfulness y emociones, realizando puente con lo visto en la primera sesión de este entrenamiento, se le pidió al paciente que mencionará lo que recordará de esa primera sesión, en caso de que mostrará dificultad se le ayudo con estímulos ¿Cómo se dijo que se pueden observar emociones?, ¿En dónde se sienten las emociones?, ¿Tu cómo sientes las emociones?, ¿Qué emociones sientes más?, ¿Para qué nos sirven las emociones? Esto con la finalidad de abrir el tema de Mindfulness y emociones. Posteriormente se mencionó:

“Ahora en esta sesión veremos cómo te puedes aliar con tus propias emociones, cuando sientas miedo, tristeza, enojo incluso alegría y muchas más. Las emociones le dan intensidad a la vida y proporcionan una información vital acerca de lo que nos importa. Pero muchas veces las ignoramos desviando la atención hacia cosas como ver la televisión, comer, beber alcohol o consumir drogas, ahora incluso hasta navegar por internet. Solemos combatir los sentimientos de manera tan refleja que automáticamente los negamos. Si bien la intención es protegernos a nosotros mismos, combatir las emociones, en realidad eso

produce más dolor emocional. Cuando afrontamos nuestras emociones con compasión, damos un paso hacia la sanación de la herida infantil. Dime ¿Te ha pasado algo así?, ¿Cómo sucede?, ¿En qué momento notas que te pasa?”.

“Analizar las creencias que tenemos de nuestras emociones y cómo nos relacionamos con estas es importante para aliarnos con ellas. A muchas personas se les inculca la creencia de que determinadas emociones son malas, insostenibles o no deberían sentirse, reconocerse ni expresarse. Recuerdas si alguna vez te enseñaron esto que te acabo de decir, ¿Crees que hay emociones buenas o malas?”.

Seguido de esto se le dio una breve explicación de cómo es que cuando juzgamos las emociones aumenta el malestar alejando la meta de sentirse mejor, así como cuando una persona se alía con sus propias emociones puede lograr manejarlas de una manera óptima. De esta manera se prosiguió a realizar un ejercicio sobre la exploración de creencias sobre las emociones.

“Siéntate cómodamente en una silla con la espalda lo más recta posible de preferencia apoyándote sobre los muslos a la orilla de la silla, el pie izquierdo ligeramente hacia atrás y el pie derecho hacia adelante, apoyado sobre el piso sin forzar la postura de los pies. Las manos se colocan sobre las piernas pueden ser con las palmas hacia arriba o hacia abajo como tú elijas, respira como siempre lo sueles hacer ahora dime ¿dónde sientes la respiración?, si aún no manejas la respiración abdominal apoya para determinar si respiras desde el vientre las manos juntas con los dedos entre tocándose sobre el abdomen siente si se expanden tus dedos al inhalar aire y si se vuelven a juntar al exhalar el aire. Presta atención más profunda y siente como tu vientre se expande y contrae siguiendo el ritmo de

tu respiración. La espalda debe permanecer recta con los hombros hacia atrás, la cabeza debe mantenerse recta y ligeramente inclinada hacia abajo pero no rígida. Los ojos focalizados sobre un punto en el suelo frente a uno mismo y entre abiertos, si te es difícil mantener esta posición puedes cerrarlos”.

“A continuación reflexiona sobre tus creencias con respecto a las emociones. ¿Qué aprendiste de las emociones en las etapas tempranas de tu vida?, ¿Aprendiste que son buenas o malas?, ¿Aprendiste que está mal que experimentes o expreses una emoción?, ¿Qué crees que pasará si te permites si te permites sentir emociones?, ¿De qué manera las combates? Observa con calma los pensamientos que te vienen a la cabeza durante esta reflexión, date un tiempo para obsérvalos y no te juzgues por ellos solo deja que sigan su curso. Luego analiza lo que te gustaría creer de tus emociones ¿Te gustaría creer que no tienes que combatir las, que puedes sobrevivir a ellas o que, en realidad pueden serte útiles? Por ejemplo, la intención de estar receptivo a ellas y de aprender de ellas ¿Cómo te sentirías albergando la intención de usar las emociones para sanar? Tomate cierto tiempo para responderte sin juzgarte por ello. Una vez que tengas tus respuestas recobra la atención en tu respiración en tu inhalación y exhalación, cuando estés lista puedes reincorporarte de nuevo a la actividad”.

Terminado el ejercicio se le preguntó ¿Qué observaste de tu relación con tus emociones?, ¿Qué te gustaría ahora hacer con respecto a tus emociones y a ti?, mencionando lo siguiente:

“Un paso importante para aliarte con las emociones es reconocer conscientemente que están presentes. Te pido que seas paciente contigo mismo cuando trabajes en esto,

forjar este tipo de relación con las emociones lleva tiempo e incluso con práctica a veces tus emociones permanecerán por debajo de tu radar y producirán reactividad, pero por eso forma parte del ser humano.”

“Cuando realices contacto contigo mismo o meditación en tu vida cotidiana y te hagas consciente de tus emociones, reconócela por ejemplo, di simplemente “Tengo miedo”, “Tengo resentimiento”, “tengo ansiedad”, y puedes aplicarte a ti mismo las técnicas de amor bondadoso que hemos estado practicando cuando sientas emociones que te puedan molestar o incomodar, incluso aunque suene extraño puedes aliarte con tus emociones y simplemente decir: Hola miedo, ¿Qué tal estás hoy?, sin embargo, te pido que entiendas que el objetivo de esta práctica no es hacer que las emociones desaparezcan; el objetivo es relacionarse con ellas con más habilidad. Si cultivamos una aceptación amorosa de las emociones, parte de la cual pasa simplemente por reconocerlas y abrazarlas, podemos dejar que nos recorran y aprender de ellas. Aunque nos cueste trabajo, seguiremos desarrollando una mayor aceptación de nosotros mismos”.

Se hizo hincapié en que en cualquier momento en que se presentara una emoción difícil o molesta y se tratará de luchar en contra de ella solo se intensificaría esa emoción. Un aspecto importante en la práctica era reconocer y permitir que las emociones estuvieran presentes, así mismos cultivar la compasión hacia uno mismo habiéndose o no cometido el objetivo. También se hacía especial énfasis en que aliarse con las propias emociones conllevaba un proceso gradual y que requería paciencia y práctica.

Se continuó en la sesión con psicoeducación y práctica del RAIN de acuerdo a los lineamientos que plantea Fine (2015), Stahl y Goldstein (2010). La práctica consistió en lo siguiente:

“Ahora mismo podemos realizar un ejercicio corto sobre lo que es el RAIN, empecemos con la respiración atenta”. Se le pidió al paciente que comenzara con la respiración y la posición correcta esto para verificar que le quedara más claro sin la necesidad de modelarle todo el tiempo, si había un error solo se le corregía y se le reforzaba verbalmente si lo lograba hacerlo sin apoyo.

“Bien ahora quiero que pienses en una situación que te haya desencadenado una emoción que hayas percibido como dolorosa o incomoda, o bien piensa simplemente en esa emoción ¿ya la tienes? ¿qué nombre le das a eso que sientes?, obsérvala pero no te aferres a ella, no trates de combatirla, porque entre más trates de suprimirla más a flote estará ahí para ti, incluso si aún te sigue costando trabajo no poder dejar de aferrarte o continuas atacando la emoción no te juzgues por ello. Ahora dime, qué frases compasivas y bondadosas te dirías por sentir esta emoción sin juzgarte, primero dilas en tu mente y después en voz alta ¿cómo te hace sentir esto? quizá te haga sentir más aliviada o tranquila ¿notas algo en tu cuerpo?, Si tu cuerpo hablara ¿cómo diría que siente la emoción?, recuerda que aunque en un principio en automático intentemos ignorar la emoción nuestro cuerpo nos delatará, a ti ¿cómo te hace sentir esa emoción en el cuerpo?, ¿cómo la describirías?, ¿qué piensas de tu emoción? Recuerda que no existen emociones ni buenas ni malas simplemente son sensaciones. Una vez que hayas podido identificar y describir como sientes la emoción intenta a acogerlas a ellas y a ti misma con compasión, si te cuesta trabajo no te juzgues por ello y dirige suavemente tu atención a una parte del cuerpo que no

esté afectada por la emoción o a la respiración, puedes intentarlo nuevamente si así lo deseas sino no te presiones por eso, recuerda que con el tiempo y la práctica podrás lograrlo. Además es importante que sepas que a muchas personas como a ti también les ha costado trabajo al iniciar con esta práctica y lo más importante es que reconozcas que así como tú tienes deseos de parar el sufrimiento otras personas en el mundo también desean parar su sufrimiento y probablemente por razones parecidas a las tuyas. Piensa en ti y en todos los seres vivos que sufren de manera compasiva y bondadosa. Date las gracias a ti misma por el tiempo dedicado a la práctica de esta meditación y sepas que, con ella estas contribuyendo a tu salud y bienestar. También se trata de un acto de amor, bien ahora puedes reincorporarte cuando lo desees”.

Al finalizar se le indicó que podía usar la práctica del RAIN cuando lo considerará necesario con el día a día, y tan persistente como sus actividades se lo permitieran.

Debido a las características personales y tomando en cuenta que la ansiedad y el estrés son elementos importantes que suelen desencadenar una crisis psicótica se prosiguió también a realizar una práctica de meditación centrada en estos elementos; tomando como base a Stahl y Goldstein (2010). Nuevamente se le pidió a la paciente que se colocará en la posición adecuada para hacer la práctica de la meditación y se comenzó a dar la siguiente instrucción:

“Cobra conciencia de la respiración y presta atención al abdomen, sintiendo cómo se expande al inhalar y cómo se contrae al exhalar. Retira ahora suavemente tu atención de la respiración y adéntrate al mundo de las sensaciones corporales.

Observa ahora, una tras otra, las diferentes partes de tu cuerpo. Siente y reconoce, mientras lleva a cabo la observación corporal, cualquier sensación que se presente. Céntrate en la indagación atenta, investigando la presencia subyacente de cualquier emoción, pensamiento o sensación física que descansa por debajo del umbral de tu conciencia y pueda estar movilizando ansiedades y miedos.

Dirige amablemente tu atención hacia cualquier sensación de miedo, ansiedad o cualquier otra emoción difícil que puedas estar experimentando. Permítete sentir la emoción. El primer paso de esta exploración consiste en conectar contigo misma y determinar si te sientes segura o no. Quizás sea mejor, en este último caso, dejar la práctica para otro momento más adecuado y centrarse por ahora solo en la respiración. Tómame un momento para llevar a cabo un chequeo interno. Y si no quieres proseguir con la investigación, tan solo escúchate. Entiende esto como si tu mente y tu corazón sabios y compasivos estuviesen hablándote. Y sepa también que, en el momento que quieras, podrás continuar con la investigación. Si no te sientes, pues, a gusto con la indagación, dedícate simplemente a meditar la respiración.

Si por el contrario, te sientes segura, presta atención a tu cuerpo y a la mente y pasa a darte permiso para sentir y reconocer cualquier sensación física, emoción o pensamiento. Déjalos simplemente ser, sin tratar de analizarlos ni entenderlos. Puedes descubrir que esos sentimientos están compuestos de una multitud de pensamientos, emociones o recuerdos provocados por el miedo, la ansiedad y otras emociones difíciles. En el momento en que empezamos a reconocer lo que, hasta entonces no habíamos reconocido, se abren las puertas de la compasión y el conocimiento. Y es que, cuando

prestamos atención a las emociones, pueden mostrarnos lo que nos preocupaba, enfadaba, entristecía o asombraba.

También puedes darte cuenta de que la resistencia a reconocer las emociones puede provocar más miedo y que aprender a estar con ellas, en lugar de resistirnos a ellas, puede por el contrario reducir su poder. Tan solo acompaña a cualquier cosa que aflore tu mente y en tu cuerpo, reconociéndolo y admitiéndolo. Deja que las olas de emociones, pensamientos y sensaciones se desplacen donde necesiten. Admitir los miedos y otras emociones difíciles puede abrir la puerta a una comprensión, una compasión y una paz profunda.

Retira poco a poco ahora tu atención de la investigación atenta y dirígela hacia la mente, es decir, hacia los pensamientos y las emociones. Observa la mente sin complacencia ni rechazo. Puedes sentir como si la mente tuviese una mente propia, una mente que analiza, escrudiña, planifica, recuerda, compara y contrasta, una mente que tiene sus sueños y sus fantasías, sus gustos y sus disgustos. La mente está ocupada pensando en todo eso, mientras los pensamientos aparecen, se forman y acaban desapareciendo. Obsérvelos aparecer y desaparecer y considéralos como meros pensamientos. Pensamientos que aparecen, permanecen un tiempo y acaban desapareciendo. Obsérvalos aparecer y desaparecer como meros pensamientos.

Cuanto más aprendas a abrir un espacio ecuánime y equilibrado a lo que aflora, más fácil le resultará dejar que las cosas sean. En lugar de luchar pues con lo que es, empezarás entonces a darte cuenta y a entender que todas las cosas cambian. Y por más que en un momento determinado, estés experimentando tormentas de ansiedad, dolor,

tristeza o confusión, empezarás a darte cuenta de que el simple hecho de abrirles un espacio favorece su pronta desaparición.

Deja ahora de observar los estados mentales, regresa a la respiración y siente cómo todo tu cuerpo inspira y expira. Siente tu cuerpo como un organismo total, completo conectado e íntegro.

Date de nuevo las gracias por practicar la meditación y sepa que estás contribuyendo a tu salud y bienestar. Y sepa también que éste es un acto de amor. Que puedan todos los seres vivos estar en paz”.

Al finalizar se le dijo al paciente: “Tomate ahora un tiempo para describir lo que haya aparecido en tu mente, en tu emoción y en tu cuerpo físico mientras llevabas a cabo por primera vez esta práctica”.

Se brindó retroalimentación sobre lo contestado por el participante y lo visto en esta sesión. Se resolvieron dudas que se presentaron y se señaló lo que se esperaba trabajar en la próxima visita. Se dio el cierre a manera de conclusión y se recorrió el registro conductual de la semana anterior entregando uno nuevo.

Sesión 5.

Se le daba la bienvenida a los pacientes explorando como había estado su semana desde la última sesión, se indagaba sus estados emocionales o aspectos que pudieran causarles algún tipo de reacción estresante o en relación con las alucinaciones y delirios, si se encontraba alguna situación de este tipo se trabaja en ello durante los primeros minutos, si no era el caso se proseguía a preguntarle si habían podido realizar algún ejercicio visto

en la sesión anterior si era así se les reforzaba y motivaba a seguir con la práctica, pero si era lo contrario se indagaba el por qué no había sido posible practicar los ejercicios. Además se les preguntaba si existían dudas sobre esta práctica o si tenían algún comentario sobre lo realizado en relación a las técnicas de Mindfulness. Terminada esta exploración se proseguía a continuar con la sesión del día haciendo un puente de lo visto en la sesión anterior a manera de resumen.

Se comenzó la sesión realizando psicoeducación de Mindfulness interpersonal de acuerdo a lo establecido por Stahl y Goldstein (2010). Haciendo reflexionar al paciente acerca de cómo era su relación con sus familiares y sus pares en la escuela cuando era menor, así como en estos momentos de la vida actual. También se le describieron las cualidades de la atención interpersonal, las cuales son: apertura, empatía, compasión, bondad, regocijo por el bienestar ajeno, y ecuanimidad.

Una vez que se terminó esta psicoeducación se le pidió al participante pudiera describir cada una de acuerdo a una experiencia personal.

“Establecer contacto con los demás es un proceso. Imagínate a la persona en cuestión sentada frente a ti, trata de que sea una persona neutral. Vuelve ahora a leer la descripción de cada una de las cualidades que acabamos de presentar e imagina luego, cerrando los ojos, mirando y relacionándote con esa persona desde esa cualidad. Toma nota, cuando acabes el ejercicio con cada cualidad de aquello que haya aflorado en tu mente”.

“Ahora tomate unos momentos para respirar y reflexionar atentamente sobre lo que acabas de escribir, reconociendo, valorando e integrando compasivamente todo lo que hayas aprendido durante esta exploración”. Se le pide que mencione de manera general su

reflexión, haciendo hincapié en que quizá por ahora le resulte algo complicado pero que con los ejercicios podrá fortalecer estos elementos.

Se continuó con la comunicación atenta, se le pidió que tratara de recordar lo que se habló en la primera sesión de la terapia, es decir, en la psicoeducación sobre la comunicación efectiva y solución de problemas, para dar apertura a este tema. Posteriormente se retomaron los elementos de la comunicación verbal y no verbal, la diferencia entre oír versus escuchar y la importancia de los estados emocionales en la escucha atenta de acuerdo con Stahl y Goldstein (2010). Se prosiguió a dar paso para una práctica (se le indicó que primero lo realizara con la terapeuta y posteriormente durante la semana lo practicara con otra persona), señalando lo siguiente:

“Trata, que cuando alguien esté hablándote de prestar atención y no interrumpir hasta que la otra persona termine.

Date cuenta del momento en que tu mente empieza a desviarse y a pensar en lo que tendrá que hacer después, en alguna queja del pasado, en la brillante respuesta que acaba de ocurrirte o en cualquier otra cosa. Date cuenta, en tal caso del despiste y reorienta luego deliberadamente tu atención hacia la escucha. Recuerda que cuando las personas se sienten escuchadas, no sólo se sienten más conectadas contigo, sino que también están menos en guardia y menos a la defensiva, lo que habrá un espacio para una conexión y un diálogo más fructíferos. Y eso también le permite entender mucho mejor lo que la otra persona está diciendo, porque el valiosísimo recurso de la atención ya no se halla estrictamente delimitado a lo que ocurre en el interior de tu cabeza. Quizá entonces descubras que registras la vida con más intensidad que antes. Ve entonces, si puedes practicar esto con una actitud de mayor curiosidad.

Respira, cuando la persona deje de hablar antes de responder. Y acepta que, en este sentido no será perfecto. Cada vez que, no puedas escuchar atentamente perdónate y apóyate en ese momento para fortalecer tu práctica de la escucha atenta. Has esto una y otra vez”.

Se le pidió y brindó retroalimentación sobre esta práctica, además de solucionar dudas que hayan podido surgir; luego de terminar esta parte se inició con el aikido de la comunicación, primeramente con psicoeducación sobre los elementos que la conforman, así como de los diferentes estilos de comunicación como la evitación, la conducta pasivo-agresiva, la agresividad manifiesta, el papel de víctima y la asertividad, siguiendo con un ejercicio a manera de imaginación guiada de la siguiente forma:

“Nuevamente retomaremos las características del aikido de la comunicación pero ahora te voy a pedir que mientras respires atentamente y cierres los ojos, trata de llevarlo a alguien con quien quisieras solucionar algún conflicto o mejorar tu comunicación, bien te voy a ir leyendo los pasos y tu ve imaginando poco a poco como va ocurriendo, cuando tengas lista a la persona en tu mente comenzamos”.

“Primero alienarse; uno empieza acercándose y aceptando la interacción, en lugar de evadirla o someterse al ataque de otra persona. Trata de meterte en la piel de la otra persona y pregúntate cómo se sentiría si, en ese momento, te hallases en su misma situación. Considera también qué problemas pueden haberle llevado hasta ahí. Resulta esencial, para alinearse, ejercitar la escucha atenta. Y si no tienes clara la razón del ataque, podrías decir: “me gustaría entender mejor tu punto de vista”, “cuéntame lo que en tu opinión está ocurriendo”, lo que podría aclarar las cosas y ayudarlo a alinearse mejor.

“Luego continuamos con coincidir; descubre aquellas áreas en las que las personas puedan estar de acuerdo o coincidir en alinearse y empezar a moverse en la misma dirección que tú. La escucha atenta te ayudará a identificar la presencia de alguna preocupación, emoción o necesidad que esté en relación con lo que la otra persona esté sintiendo. Bien podrías, en este sentido concluir algo así como: “yo también estoy preocupada por las cuestiones económicas”, “yo también si me trataran así me enfadaría” o “yo también estoy decepcionada de la situación”. Advierta que cada unan de estas afirmaciones empieza con un “yo”.

Seguimos con reorientar; aquí es donde la interacción empieza a moverse en una dirección más positiva. En tal caso, por ejemplo, podrías decir: “¿qué podríamos hacer, si ambos estamos decepcionados por la situación, para mejorar?”. Después de esto podrán trabajar juntos para encontrar la forma más adecuada de resolver la situación.

Y por último tenemos el resolver; esto no necesariamente implica una resolución. En este punto podrían empezar a explorar lo que podría ser una solución de compromiso o llegar, al menos, a coincidir en el desacuerdo. También podrían buscar una solución provisional y comprometerse a revisarla cada cierto tiempo para ver cómo sigue funcionando. Y siempre podrán, si son capaces de coincidir, revisar el problema y encontrar algo en lo que coincidir.

Cuando tomes la decisión de alinearte con la energía de otra persona es importante que estés centrada y atenta a tu propio estado emocional. Una forma de darse cuenta si estas reaccionando consiste en prestar atención a tú cuerpo. Utiliza esas sensaciones físicas como indicio para reconocer el despliegue de pensamientos y sentimientos y regresa al

momento presente sintonizando en el vaivén de la respiración. Cuando nos centramos y permanecemos presentes abrimos un espacio para no reaccionar descuidadamente y responder de un modo cada vez más atento y creativo. Se, como siempre paciente y compasiva contigo misma y no olvides que el aikido de la comunicación requiere tiempo y práctica”.

Una vez terminado el ejercicio se le pidió que lo compartiera brindándole retroalimentación sobre lo realizado, indicándole que en algunas ocasiones las personas pueden aferrarse a su visión de las cosas, por lo que habrá ocasiones en que resulta sabio que para mantener una relación sana, poder distinguir cuándo debemos alejarnos y cuándo debemos acercarnos a la otra persona.

Se continuó con un pequeño ejercicio para la exploración de la identificación que afectan a nuestro mundo relacional, en dónde la paciente tenía que escribir en hoja en blanco la forma de relacionarse con las demás personas que la rodean con un ejemplo, es decir, familia, pareja, amigos y vecinos, esto ayudó a que lograra identificar el tipo de comunicación que predominaba. Las instrucciones fueron las siguientes:

“¿Te resulta familiar alguno de los estilos de comunicación como la evitación, la conducta pasivo-agresiva, la agresividad manifiesta, el papel de víctima y la asertividad?

¿Te relacionas habitualmente de un determinado modo con ciertas personas?

Utiliza el espacio el blanco para escribir lo que se te venga a la mente. Toma nota, en caso de que sueles asumir, por ejemplo, una conducta de víctima con determinada persona, qué es lo que en tal caso ocurre o con la evitación, la asertividad, agresividad,

etc. Asumir una visión de pájaro sobre sus estilos de comunicación contribuirá a que aumente su conciencia al respecto y empiece a salir de esas pautas habituales.

Tomate, antes de seguir adelante un momento para conectar con tu respiración y reflexionar atentamente sobre lo que has escrito reconociendo, valorando e integrando compasivamente lo que, en este sentido, hayas aprendido”.

Al terminar se le pidió al paciente que comentara lo reflexionado acerca de esta actividad, creando relación con la comunicación del aikido para mejorar esa interacción con sus pares y familia. También se resaltó la importancia de mantenerse consciente de uno mismo, de las emociones, las sensaciones corporales y los objetivos que se quiere alcanzar en cada comunicación con los otros.

Por último se realizó una pequeña actividad en la cual se resaltaba la importancia de sentirse bien con uno mismo en relación a la interacción con los otros, la cual lleva por nombre *¡Hágalo... o No lo haga!* Tal como es descrita por Stahl y Goldstein (2010).

Se brindó retroalimentación sobre lo realizado en la sesión. Se resolvieron dudas que se presentaron, se hizo hincapié en la importancia de la práctica de la meditación y como ésta le ayudaría a mejorar su salud por lo que se motivó al paciente a continuar con la práctica aún terminada la intervención. Se señaló que en la siguiente y última visita se aplicaría la evaluación final; se dio el cierre a manera de conclusión y se recorrió el registro conductual de la semana anterior entregando uno nuevo