Trastorno Delirante: Intervención familiar y Terapia Cognitiva del delirio

María R. Ventosa-Villagra, Sandra T. Castillo

Instituto de Neuro y Adicciones (INAD). CSMA "Martí i Julià". Parc de Salut Mar, Barcelona

IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica

Caso clínico

Identificación del paciente. Varón de 31 años, soltero, es el mayor de dos hermanos, el menor de 26 años, independiente. Convive con los padres y el abuelo paterno. Ambos padres pertenecen a familias numerosas de emigrantes del sur del país. Trabaja en una fábrica de plásticos desde los 18 años. En el año 2005, a los 30 años, coge varias bajas por "estado depresivo" y "confusión mental". En Marzo de 2006 es derivado a tratamiento psicológico, después de un ingreso hospitalario con OD de Trastorno o "Psicosis Delirante" y estancia posterior en Hospital de Día. En estos 10 años, el diagnóstico ha evolucionado a Esquizofrenia paranoide en 2009 y a Trastorno Esquizoafectivo en 2014 por la presencia cada vez mayor de síntomas depresivos, e hipomaniacos leves en intensidad y frecuencia.

Motivo de consulta. E.consulta por 1ª vez en 2006 y pide ayuda "para su familia", quiere "mejorar la comunicación familiar" y que su madre "no continúe sufriendo". Él quiere "dejar los tóxicos", "reordenarse" y "rehacer su vida". No hace mención a los síntomas delirantes y alucinatorios. Tras este primer contacto, el paciente vuelve a ingresar por intensificación de los síntomas psicóticos y no iniciará el tratamiento psicológico hasta Noviembre de 2006.

Historia del problema.

1) Ansiedad y miedos en la infancia, relacionados con la violencia de género del padre y del abuelo materno. Dificultades para concentrarse en el colegio, sentimientos de impotencia y fantasías infantiles de evasión en "un mundo propio", fomentadas por las enseñanzas religiosas de la abuela y "los poderes adivinatorios" de una tía paterna.
2) Entre los 10-11 años, es víctima de abuso sexual de un amigo de la familia. Refiere sentimientos y pensamientos depresivos de vergüenza, culpa y miedo a "ser castigado" y a las amenazas del victimario.
3) Deja los estudios de FP a los 15 a. porque no podía concentrarse. Entra a trabajar como aprendiz.
4) Consumo de sustancias tóxicas (cánnabis, anfetaminas, cocaína...) y alcohol desde los 14-15 a los 30 años, con un breve periodo de abstinencia a los 26.
5) A los 30 años (2005), hace un primer ingreso con síntomas delirantes y alucinatorios. Inicia tratamiento con antipsicóticos.

Descripción y evaluación de las conductas-problema.

1) **Creencias** de mantener una comunicación telepática especial con el Vaticano con percepciones auditivas de voces que conversan con él y le ofrecen recompensas materiales por adivinaciones de sucesos futuros (percepciones e interpretaciones delirantes de sucesos del entorno). **Características:** (a) ***plasticidad*** y moldeabilidad, muy ligadas a la experiencia biográfica personal y familiar; (b) elevado poder de ***convicción***, c) no parecen producirle perturbación, al contrario, le tranquilizan ante experiencias negativas con elevada carga emocional; e (d) ***interfieren en los procesos cognitivos*** y en el funcionamiento socio-laboral.
2) Emociones negativas de ansiedad, frustración, tristeza, impotencia, enfado ...(Escala de valoración subjetiva de sucesos vitales estresantes –de 0 a 10).
3) Estado de confusión mental, dominado por el delirio, con importantes alteraciones cognitivas (problemas de concentración, atención y de memoria reciente y remota), aislamiento social y replegamiento afectivo.
4) Conductas adictivas intermitentes: ludopatía, abuso de alcohol y consumo ocasional de cocaína.

Evaluación. Administración periódica de la **Brown Assessment of Beliefs Scale** y la **Brief Psychiatric Rating Scale** antes y después de la 1ª. intervención (2006-07), y en las dos fases de recaída posteriores en 2009 y 2014, que precisaron nuevas intervenciones con evaluaciones posteriores, y en 2016 durante el seguimiento.

Análisis funcional de estímulos desencadenantes (SD) y reforzadores (SR) positivos y negativos. Se evaluaron las creencias delirantes con registros ABCD, encontrando una relación directa con estresores del entorno y cogniciones de incapacidad, culpa y auto-devaluación, como SD y tranquilización-compensación en el "mundo" del delirio, como SR.

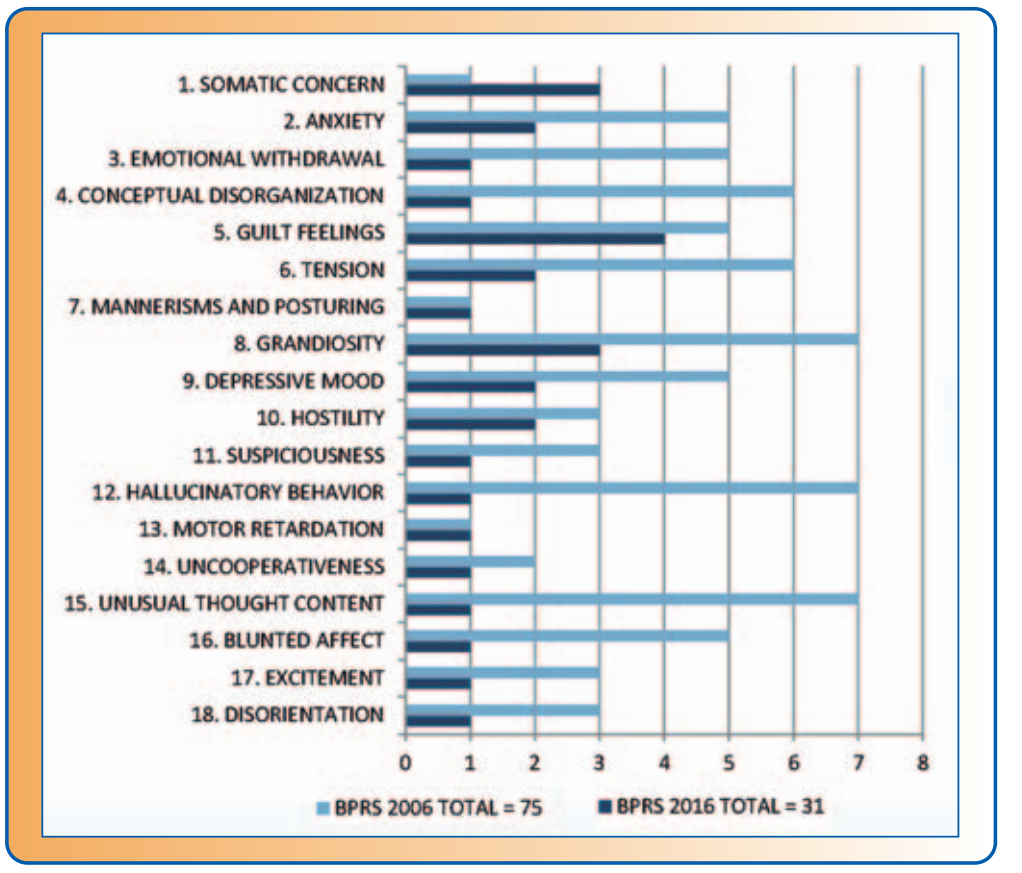
Definición de objetivos y metas terapéuticas. Las metas planteadas en la terapia en relación a las demandas de E. (1) flexibilizar y reducir la intensidad y el "poder" de control de las creencias delirantes, (2) modificar los procesos y relaciones familiares desencadenantes de emociones negativas, y (3) reforzar su identidad, autonomía y auto-estima.

Selección del tratamiento adecuado.
Debido a la fuerte convicción delirante y resistencia a los antipsicóticos de los síntomas positivos, se decide responder a la demanda expresa del paciente de "mejorar la comunicación familiar", y utilizar la terapia cognitiva del delirio de Kuipers, Garety y Fowler (2000, 06) en combinación con la Terapia Familiar Estratégica con el fin de contextualizar y redefinir las creencias delirantes y las emociones negativas de E. (depresión, angustia, enfado, rabia, impotencia...) con las creencias y patrones relacionales de la familia.

Implementación.
En estos 10 años de seguimiento del caso, podemos diferenciar 3 periodos en la evolución del paciente con 3 etapas en la intervención psicológica:
1ª. Etapa (2007): se implementa la Terapia Familiar, alternando las sesiones con Terapia Cognitiva individual durante 6 meses, con una clara mejoría emocional, recuperación cognitiva y remisión de los síntomas psicóticos. E. retoma su vida social y se incorpora al trabajo.
2ª. Etapa (2009): coincidiendo la frustración de un proyecto laboral, en Agosto de 2008, E. pide interrumpir el tratamiento psicológico y abandona la medicación. Tras un periodo de consumos, E. entra en un estado depresivo de disforia, desesperanza y amenazas autolíticas. La familia pide ayuda y se retoma la terapia familiar e individual, junto con la farmacoterapia, tras un corto ingreso. El paciente solicita la invalidez "como compensación" a la frustración por las "recompensas" que no recibe del Vaticano (y la ausencia de reconocimiento del padre).
3ª. Etapa: Después un periodo de mejoría prolongada de 4 años (2010-14), el paciente sufre una 2ª recaída, coincidiendo con nuevos consumos de OH+cocaína en contexto de enfrentamiento al padre y adicción al juego. Se realiza una única sesión con toda la familia y se retoma la Terapia farmacológica y psicológica.

Años	Brown Scale
2006	27
2007	11
2008	11
2009	25
2010	9
2011	9
2012	9
2013	9
2014	20
2015	9
2016	7

Valoración de resultados (Gráficos 1 y 2).
En la Escala de Brown el paciente obtiene puntuaciones máximas en 2006, 2009 y 2014 con periodos cada vez más prolongados de reducción de síntomas delirantes tras las intervenciones psico-terapéuticas con remisión casi total en la actualidad. En la **BPRS** en las primeras crisis las puntuaciones se elevan por los síntomas cognitivo-delirantes, mientras que en la última, hay un predominio de la sintomatología afectiva.



Seguimiento hasta 2016.
En los últimos 2 años, E. ha superado el estado depresivo y de auto-incapacitación, incorporándose como voluntario a Cáritas y se ha independizado de los padres, alejándose de las amistades y entorno de consumo, recuperando antiguas amistades y haciendo otras nuevas. En la actualidad, se preocupa por su salud, sigue una dieta y ejercicio físico. Se mantiene en tratamiento farmacológico con antipsicóticos y antidepresivos, a la vez que soporte psicológico mensual.

Conclusiones

1. La mejora en la comunicación familiar permitió a E. expresar los sentimientos negativos en la relación con el padre y buscar soluciones alternativas a las "recompensas" del delirio. En las recaídas de 2009 y 2014, las creencias delirantes están menos estructuradas y dominan los síntomas depresivos, más congruentes con su situación vital.
2. La combinación de la Terapia Cognitiva del delirio con la Terapia Familiar Sistémica nos ha permitido trabajar con los estados emocionales negativos en el contexto en el que se producían y reestructurar las creencias delirantes como compensaciones gratificantes de un sistema familiar basado en las interacciones violentas, culpabilizantes y devaluadoras, que interfieron en el desarrollo cognitivo-emocional desde la infancia y adolescencia, pudiendo llevar a conductas evitativo-adictivas en fases tempranas del desarrollo neurocognitivo.

Referencias bibliográficas

- Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive behavioral therapy for medication-resistant symptoms. Schizophr Bull. 2000; 26 (1): 73-86.
- Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P. Cognitive, emotional and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persisitent positive symptoms. Schizophr Bull. 2006 Oct; 32 Suppl 1: S24-31.
- Madannes, C. (1982) Strategic Family Therapy. San Francisco, Jossey Bass.
- Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. (1990). Los Juegos psicóticos en la familia. Paidos, Barcelona.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona