

Intervención cognitivo-conductual con una paciente joven con trastorno esquizoafectivo bipolar: Estudio de caso único

Cognitive behavioral intervention in a young female patient with bipolar schizoaffective disorder: a single-case study

Katleen Gómez González
Universidad de San Buenaventura- Medellín, Colombia

Resumen: El trastorno esquizoafectivo es un trastorno de características singulares atípicas, que comparte tanto con la esquizofrenia, como con el trastorno bipolar. Es un trastorno de baja prevalencia y por lo tanto, poco encontrado en el ámbito psicológico ambulatorio. El presente artículo es un estudio de caso único basado en un proceso de psicoterapia dirigido a una paciente de veinticinco años de la ciudad de Medellín – Antioquia, con trastorno esquizoafectivo tipo bipolar. Este tiene como objetivo describir el caso en particular e identificar el sistema de creencias, y presentar el proceso psicoterapéutico realizado con ella. El tratamiento aplicado fue la terapia cognitivo conductual, con técnicas como el registro de pensamientos automáticos, meditación, respiración diafragmática, desviación de la atención, comprobación de la realidad y psicoeducación. El proceso terapéutico lleva 20 sesiones de 45 minutos, y aunque éste no culmina todavía, algunos de los logros obtenidos durante el proceso han sido el manejo adecuado de las alucinaciones auditivas y la fobia social. Según lo expuesto anteriormente se pueden acreditar como logros propios del tratamiento, la identificación y manejo emocional adecuada de las alucinaciones auditivas.

Palabras clave: análisis de caso, trastorno esquizoafectivo, esquizoafectivo bipolar, terapia cognitiva

Abstract: Schizoaffective disorder is a disorder of unique atypical features, which it shares with both schizophrenia and bipolar disorder. It is a low prevalence disorder and therefore,

Katleen Gómez González  [0000-0002-9655-3077](https://orcid.org/0000-0002-9655-3077) Máster en Psicología Clínica por la Universidad de San Buenaventura-Medellín, Colombia.

Para citar este artículo: Gómez González, K. (2022). Intervención cognitivo-conductual con una paciente joven con trastorno esquizoafectivo bipolar: Estudio de caso único. *Clínica Contemporánea*, 13(2), Artículo e13. <https://doi.org/10.5093/cc2022a11>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a la autora Katleen Gomez Gonzalez al e-mail: psicologakatleen@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

not often found in psychological outpatient settings. This article is a single-case study based on a psychotherapy process in a twenty-five-year-old patient from the city of Medellín, Antioquia, with bipolar type schizoaffective disorder. This paper aims to describe the particular case and identify the patient's belief system, and present the psychotherapeutic process performed with her. The treatment applied was cognitive behavioral therapy, with techniques such as automatic thought recording, meditation, diaphragmatic breathing, attention diversion, reality checking and psychoeducation. The therapeutic process has taken 20 sessions of 45-50 minutes, and although it has not yet ended, some of the achievements obtained during the process have been proper management of auditory hallucinations and social phobia. As stated above, the identification and proper emotional management of auditory hallucinations can be credited as achievements of the treatment.

Keywords: case analysis, schizoaffective disorder, bipolar type schizoaffective disorder, cognitive behavioral therapy

El aumento y la prevalencia de los trastornos mentales en la actualidad han causado efectos de consideración en la salud de las personas, afectando al sujeto tanto en el ámbito social, familiar, como en el económico. Estudios realizados por las Naciones Unidas demuestran que:

Casi mil millones de personas en el mundo viven con un trastorno mental. Cada 40 segundos, alguien muere por suicidio, y ahora se reconoce que la depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre niños y adolescentes. (Naciones Unidas, 2020, p. 1)

Simultáneamente, en un estudio de salud mental realizado por la alcaldía de Medellín y otros colaboradores se identificó que “alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta en el mundo” (Torres et al., 2020, p. 22). A su vez, dicho estudio también hace referencia a la pluralidad de dichos trastornos, puesto que, en cuanto a afecciones mentales se refiere, no es posible hablar de un nicho específico al cual estos afecten; por ende, no podríamos hacer una clara diferenciación topográfica, social, y/o socioeconómica de los trastornos mentales. De igual forma, estos se pueden presentar en cualquier momento de la etapa evolutiva de cualquier ser humano; se calcula que el 10% de la población adulta del mundo presenta alguno, sumando la probabilidad de aumentar el riesgo de otras enfermedades físicas (Torres et al., 2020). Se encuentra en el estudio de Rodríguez et al. (2004) que:

Desde 1970 aproximadamente, el trastorno esquizoafectivo dejó de tomarse como una esquizofrenia y comienza a considerarse como un trastorno del espectro afectivo, teniendo en cuenta lo bien que muchos de estos pacientes respondían al litio. Desde entonces el trastorno esquizoafectivo es uno de los diagnósticos psiquiátricos más controvertidos al compartir síntomas tanto de esquizofrenia como de trastornos afectivos. (Rodríguez et al., 2004, p.53).

En este orden de ideas se evidencia que se cambian los conceptos para buscar un mejor tratamiento y estipular los procedimientos adecuados en torno al trastorno esquizoafectivo; es importante mencionar que en un estudio realizado por Montoya et al. (2019) se muestra que el trastorno afectivo bipolar (TAB) episodio maniaco con síntomas psicóticos fue de los principales diagnósticos en los pacientes hospitalizados, siendo el 35.4% de la población evaluada, y el 16.5% diagnosticados con TAB episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos. La principal comorbilidad mental fue el trastorno por uso de sustancias, con un 27.8%, y el antecedente familiar mental para los trastornos afectivos fue del 17.7%. Estas cifras y variantes nos dan una idea clara, mostrando la prevalencia en el trastorno afectivo bipolar definido como “una enfermedad mental crónica frecuente, que se caracteriza por episodios depresivos y maníacos mixtos o hipomaníacos que a menudo están separados por un intervalo asintomático” (Montoya et al., 2019, p. 1).

El trastorno esquizoafectivo se define de la siguiente manera: “Es un trastorno de salud mental que se caracteriza por una combinación de síntomas de esquizofrenia, como alucinaciones o delirios, y síntomas de trastornos del estado de ánimo, como depresión o manía” (Mayo Clinic, 2021). Otro trabajo en el cual se puede apoyar el actual estudio de caso es en el realizado por Muñoz-Negro et al. (2019), en el cual se muestra y afirma que el trastorno esquizoafectivo es una enfermedad relevante en la población ya que se cuenta que tiene una prevalencia estimada de 0.32%, frente a la esquizofrenia que posee el 0.87%; además evidencia que este tipo de trastornos debe estar acompañado de un proceso psiquiátrico, se demuestra que la adherencia a los medicamentos puede ser de ayuda para el tratamiento psicológico y al mismo tiempo reflejar una mejora en el tratamiento psiquiátrico. Muñoz-Negro et al. (2019) resaltan que de acuerdo a los medicamentos utilizados se podrán ver algunos beneficios en tanto al tratamiento, mostrando así que:

Risperidona, olanzapina, ziprasidona, aripiprazol y clozapina fueron tratamientos con cierta evidencia de calidad avalando su uso. Litio y carbamazepina demostraron su utilidad en la prevención de recaídas en la fase de mantenimiento. El tratamiento de elección es el antipsicótico en monoterapia. (Muñoz-Negro et al., 2019, p.200).

A su vez, en la investigación realizada por Benabarre et al. (2009), en la cual se evalúa la eficacia del tratamiento con risperidona, se concluye que “el beneficio principal de utilizar un antipsicótico de larga duración podría ser asegurar el cumplimiento adecuado de la medicación para prevenir recaídas e ingresos hospitalarios frecuentes” (Benabarre et al., 2009, p. 146). Es importante recalcar el tratamiento psiquiátrico ya que con el debido manejo por parte de los pacientes se podrá lograr un mejor proceso terapéutico.

Dicho lo anterior, se hace importante una adecuada intervención que dé solución a la problemática planteada, o por lo menos, logre mitigar el efecto que los trastornos mentales tienen en el individuo. Para esto, será fundamental en el proceso clínico establecer las creencias centrales y los factores determinantes que incidieron en el desarrollo del trastorno; a partir de la terapia cognitiva conductual se le permite al paciente identificar y cuestionar sus pensamientos, los cuales podrán ser reemplazados y a su vez darle un manejo adecuado y oportuno a la sintomatología del trastorno (Bermúdez, 2017). La terapia cognitiva plantea como formas de atención e intervención ciertas técnicas para el tratamiento de los mencionados trastornos, tales como: registro de pensamientos automáticos, meditación, respiración diafragmática, desviación de la atención, y comprobación de la realidad. Dichas técnicas tienen un efecto no solo sobre las estructuras sintomáticas, sino también sobre los “esquemas” cognitivos o creencias controladoras: “Los terapeutas cognitivos trabajan en el nivel de la estructura sintomática (problemas manifiestos) y en el de los esquemas subyacentes” (Beck, et al., 2013, p. 13).

Ahora bien, en referencia a los trastornos, “los rasgos psicóticos con estado de ánimo incongruente en el trastorno bipolar podrían reflejar una forma más grave de la enfermedad y posibles lazos etiológicos con la esquizofrenia” (Goes et al., 2007, p. 264), esta última vista como una enfermedad que sigue siendo grave a pesar de los desarrollos obtenidos en la medicina y en las terapias psicológicas en los últimos años; se considera una enfermedad ya que afecta y altera las funciones mentales como el pensamiento, la percepción, las emociones, la voluntad y la integridad del ser (Ortuño Sánchez, 2008).

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su quinta edición (American Psychiatric Association [APA], 2014), nos brinda una unidad entre la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar, que recibe el nombre de trastorno esquizoafectivo y se manifiesta de la siguiente forma: periodo en el que hay un episodio mayor de estado de ánimo, ya sea maníaco o depresivo mayor y concuerde con los síntomas de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Los delirios y alucinaciones se encuentran en un periodo de dos o más semanas, estos en ausencia de un estado mayor del ánimo; este trastorno no se puede atribuir al consumo de sustancias psicoactivas u otras afecciones médicas (APA, 2014).

Con la contextualización anterior sobre el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, se puede dar a entender la magnitud de la problemática planteada y de esta se desprende el objetivo general, el cual es describir el caso particular de la paciente con trastorno esquizoafectivo bipolar, y como objetivos específicos se pretende identificar el sistema de creencias y las diversas estrategias de afrontamiento.

Basados en lo anterior, el presente trabajo se realiza buscando dar una descripción al proceso de tratamiento de la paciente, inscrito en el marco de la intervención oportuna y adecuada sobre el trastorno aquí planteado y su sintomatología, se identifica que por medio de estrategias de afrontamiento para cada uno de los síntomas reflejados se puede lograr que por medio de la terapia adquiera herramientas tanto cognitivas como conductuales y así abordar directamente los síntomas psicóticos, o lograr disminuir la angustia asociada a los mismos (Perona et al., 2003).

Metodología

En este trabajo se busca realizar un estudio de caso el cual permita por medio de una metodología rigurosa indagar sobre un tema específico como lo es el trastorno esquizoafectivo bipolar; el estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, la cual posibilitará el registro y descripción de este caso en particular, para así identificar y describir los diferentes factores que ejercen influencia en el desarrollo del tratamiento de la paciente (Martínez, 2006)¹.

Identificación de la paciente

La paciente, a la que llamaremos Verónica, es una mujer de algo más de veinte años, soltera, sin hijos, vive con la madre y una hermana y es artesana de profesión. El momento en que acude a consulta es en octubre de 2020, donde manifiesta que busca tratamiento debido a que no logra continuar con psicóloga particular por inconvenientes económicos; como queja principal la paciente refiere: “tengo trastorno esquizo-afectivo bipolar, tengo fobia social, miedo a la gente y quiero dejar de fumar”.

En las primeras consultas manifiesta: “en la universidad sentía que la gente hablaba mal de mí, se reían, me querían hacer daño, decían cosas raras”. Los síntomas persisten por largo tiempo y se retira de la universidad porque no se siente en la capacidad de estar rodeada de tantas personas. Se identifican síntomas emocionales como la ansiedad, tristeza, irritabilidad, temor en ámbitos sociales. Como síntomas cognitivos, falta de interés y motivación, dificultad para recordar sucesos y falta de concentración, cree que por su enfermedad mental nadie la va a querer, posee ideas de persecución, pensamientos de muerte y alucinaciones auditivas. Los síntomas conductuales son aislamiento social y llanto. En cuanto a síntomas fisiológicos, muestra cansancio excesivo, insomnio, cosquilleo en la piel (parestesias).

Entre los principales estresores que afectan a la paciente se encuentran los de orden social, tales como: salir a la calle, estar en grupos grandes y pequeños, la aglomeración en el transporte público, e inclusive muchas personas en su lugar de residencia, ya que cuando se enfrenta a grupos sociales, siente que hablan mal de ella y se ríen; en ocasiones escucha voces que le dicen que acabe con su vida para sentir tranquilidad, pero ella no lo hace porque sabe que con esto “no soluciono nada”, es consciente de que estos pensamientos hacen parte de su enfermedad y que no es cierto lo que le dicen pero le causan mucha ansiedad y esto la lleva a fumar con mayor intensidad; además cree que sería un pecado quitarse la vida porque es “Dios quien tiene ese poder” y esto la perturba porque considera que gran parte de lo que hace “a Dios no le gusta y que me juzgará por eso”.

Historia del problema

La paciente es la tercera entre cuatro hijos. Su madre, ama de casa, sostiene una relación muy cercana con la paciente, a pesar de que expresa tener peleas constantes con ella. El padre está fallecido; la

¹ Para la realización de este trabajo se garantiza la confidencialidad de la paciente utilizando seudónimos y el uso del consentimiento informado en el cual la paciente autoriza y demuestra que es consciente del trabajo psicoterapéutico e investigativo. Dicho trabajo ha sido realizado en un consultorio psicológico adscrito a una Universidad localizada en Medellín, Colombia.

paciente manifiesta que con él no sostuvo una relación, debido a que el padre tenía otra familia y los “abandonó”. La relación con sus hermanos es variable; con la hermana mayor tiene una buena relación a pesar de no convivir ni tener una comunicación constante; con el hermano varón manifiesta que tiene una relación conflictiva debido a que en los pocos momentos en los que interactúan suele haber discrepancias; con su hermana menor sostiene una relación ambivalente, por un lado encuentra en su hermana menor un referente de apoyo, pero esta ejerce un rol autoritario sobre la paciente, lo que la lleva a sostener conflictos.

La problemática de la paciente se inicia a los 12 años con una posible fobia social, dado que fue a partir de este tiempo en el que, según ella, empieza a tener miedo a la gente, a tal punto que solo salía al colegio; dicho miedo es manifestado a la familia, pero esta hace caso omiso, por lo que la paciente continuó sin tratamiento hasta la edad de 17 años en la cual fue diagnosticada con ansiedad generalizada y tratada por psiquiatría hasta los 19 años, edad en la cual ingresa a la universidad y se intensifican los síntomas de fobia social; debido a esto decide retirarse de la universidad a finales del 2014, pero reingresa nuevamente a estudiar en 2015; estudia 4 semestres y se retira esta vez, según ella, por constantes alucinaciones auditivas. Reporta que escucha que se ríen de ella, que se burlan de donde vive, de lo que dice o hace. Sufre episodios depresivos en donde no se baña, no sale y no habla con nadie.

Por varios meses en el 2016 presenta conductas de hipersexualización, dado que empieza a sostener relaciones sexuales con gran cantidad de hombres, también manifiesta temor a exponerse al público y se refugia en el consumo de alcohol. De igual forma presenta cambios de humor constantes y despersonalización; más adelante muestra episodios depresivos, luego de unos meses sus conductas merman, no consume tanto alcohol y ya no busca a los hombres. El padre muere a finales del año 2018 y en diciembre de ese mismo año presenta alucinaciones auditivas donde las voces le dicen: “tírate del balcón, vas a solucionar todo, vas a sentir calma”, mandato al cual accede y se arroja del balcón; debido a este suceso es ingresada a una clínica psiquiátrica por cuatro días y luego tres días más en otro centro de salud mental. Tiempo después continúa con medicación para trastorno esquizoafectivo bipolar. Actualmente tiene pareja, un hombre de 35 años, con el cual presenta conflictos en el ámbito económico y en el sexual.

Evaluación

Para el trabajo realizado con Verónica, el método de evaluación empleado fue la entrevista clínica, como estrategia adecuada para conocer la sintomatología presentada; como plantea Jorge (2018) en su artículo, la evaluación clínica por medio de la entrevista es un proceso por el cual se permite recoger y organizar la información acerca del paciente y de esa manera tener una mejor comprensión, posibilitando así la debida evaluación para darle paso al tratamiento.

La paciente al llegar a consulta tenía un diagnóstico previo y por medio de la estrategia empleada se corrobora el mismo; en el proceso de evaluación no se realiza aplicación de pruebas psicológicas que apoyen el diagnóstico en la historia clínica presentada.

Diagnóstico clínico

La paciente llega a proceso terapéutico remitida por psiquiatría con un diagnóstico previo de trastorno esquizoafectivo bipolar 295.70 (F25.2) (APA, 2014), debido a que en el momento de ingresar a psiquiatría la paciente presentaba sintomatología que reflejaba el trastorno diagnosticado. En el transcurso de las sesiones se corrobora la información e identifican los síntomas que presenta la paciente desde los 12 años, teniendo un incremento al ingreso de la universidad a los 17 años.

Resultados

Este apartado constituye un desglosamiento de la información recopilada mediante el trabajo terapéutico realizado con la paciente y el posterior análisis del caso de cara al cumplimiento de los objetivos planteados. Por lo tanto, se va a evidenciar, sirviéndose del historial clínico y puesta en contraste a la luz de la teoría psicológica, cómo se pueden establecer relaciones conceptuales y prácticas que den cuenta del ejercicio investigativo y analítico.

En el ejercicio analítico, fue posible enmarcar dos categorías fundamentales para el rastreo y análisis de la información, las cuales son: la hipótesis explicativa del caso y las estrategias de intervención realizadas.

Hipótesis explicativa

Respecto a la categoría fundamental que establece las características del caso frente a un diagnóstico clínico, podemos basarnos en un primer momento en la sintomatología comunicada por la paciente para acercarnos a una impresión diagnóstica.

Síntomas emocionales: ansiedad, tristeza, temor en ámbitos sociales, irritabilidad.

Síntomas cognitivos: falta de interés y motivación, dificultad para recordar sucesos y falta de concentración, cree que por su enfermedad mental nadie la va a querer, posee ideas de persecución, pensamientos de muerte.

Síntomas conductuales: aislamiento social, llanto.

Síntomas fisiológicos: cansancio excesivo, insomnio, cosquilleo en la piel (parestesias), alucinaciones auditivas.

Con base en lo anterior, podemos afirmar que esta sintomatología se circunscribe en el denominado trastorno esquizoafectivo. Sin embargo, para un adecuado diagnóstico clínico, es necesario tener presente la conceptualización de la esquizofrenia y del trastorno esquizoafectivo y hacer una clara diferenciación para efectos del presente caso.

Por un lado, Alanen (2003) establece que:

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que usualmente se manifiesta en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. Se caracteriza por la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, regresión en el desarrollo, tendencia al abandono de los contactos interpersonales y el repliegue en un mundo interno subjetivo de ideas, frecuentemente caracterizadas por alucinaciones o delirios. (p. 23)

Basados en lo anterior, y con el historial de la paciente, se podría manifestar que a priori se inscribe en un diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo, debemos tener en cuenta lo postulado por Lermenda et al. (2013), quienes hacen una clara diferenciación entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo postulando que:

Kasanin describe características singulares, atípicas, que se apartan de los criterios formales de la esquizofrenia. Son pacientes jóvenes, entre 20 y 30 años, con un adecuado ajuste social premórbido e inteligencia normal o superior, que presentan una psicosis de comienzo brusco, súbito, usualmente precedida por un estado de depresión latente y con el antecedente de un evento vital estresante significativo que actúa como desencadenante. La psicosis es de compensación rápida e intensa y de duración limitada fluctuando en períodos de algunos días hasta tres meses máximo. (p. 47)

En este orden de ideas, serán los criterios de “depresión latente” diagnosticada previamente por psiquiatría en nuestra paciente y el evento vital estresante significativo que actúa como desencadenante evidenciado en el discurso de la paciente como el ingreso a la universidad; ella relata en las sesiones que este momento

lo considera vital en su enfermedad puesto que allí comenzaron sus alucinaciones auditivas con intensidad, pero al mismo tiempo por lo ilógico de estas, las pudo diferenciar de la realidad: “¿por qué el celador se va a estar riendo de mí?”. La paciente manifiesta que en esta época no podía controlar su cuerpo, relata que estar en la universidad la ponía inquieta y la perturbaba, hasta el punto de que sentía que necesitaba sostener relaciones sexuales con hombres para aliviar su desasosiego, a tal magnitud que mantenía estas relaciones a cambio de dinero, por lo que su familia hace el proceso pertinente para internarla en un hospital mental de la ciudad, donde es diagnosticada y medicada por psiquiatría. En este orden de ideas se evidencia el factor diferenciador que nos permitirá establecer un diagnóstico inicial de trastorno esquizoafectivo y no de esquizofrenia.

En los diferentes encuentros con la paciente se logra recolectar información relevante para la identificación de sus creencias; se evidencia una infancia poco acompañada afectivamente por sus familiares ya que siempre la consideraron como la “rara” de la familia, no se sentía bien en el colegio porque había muchas personas y se le dificultaba relacionarse con los niños; más adelante su padre abandona el núcleo familiar creando en Verónica un sentimiento de abandono que todavía persiste.

La paciente muestra una fuerte necesidad de aprobación por parte de sus familiares, amigos y las personas que no la conocen; en sus constantes pensamientos se encuentra: “se ríen de mí porque estoy loca, hablan de mí por como actúo, me rechazan porque no soy capaz de hacer nada, ellos son mejores que yo porque han logrado más cosas”; estos pensamientos la llevan a unos *deberías* que cree tiene que cumplir, pero existen factores externos que no le facilitan desarrollar diferentes habilidades como, por ejemplo, siente que debe volver a estudiar, pero no encuentra algo en lo que se pueda desenvolver con facilidad, además no cuenta con apoyo económico para transporte o el mismo estudio; se desempeña en artesanía y ha identificado que no es un negocio rentable, pero por el momento es una de las actividades que ha logrado llevar a cabo por más tiempo.

Sus creencias centrales se identifican por la defectuosidad, ya que sus pensamientos automáticos van más ligados a la incapacidad de ser amada, o a la inamabilidad. Se logran rastrear creencias como: “no le agrado a nadie, no soy querible, soy diferente, no soy suficientemente buena, me van a rechazar”; un ejemplo que demuestra estas creencias es cuando la madre le exige ser como su hermana, y su pensamiento automático es “no sirvo para nada, por eso mi mamá no me quiere, explicando este pensamiento visto así si yo sirviera para hacer algo, mi mamá no se enojaría conmigo, y me podría querer como quiere a mi hermana”. Todos estos pensamientos se ven reforzados cuando intenta tener contacto con su familia o amigos, y al ver que no le prestan atención o la juzgan por alguna actitud, Verónica busca aislarse para así no tener que escucharlos. A continuación, se presenta un resumen del diagrama de conceptualización de Verónica, con base en lo planteado por Beck (2000).

Datos relevantes de la infancia: Su familia la consideraba “rara”, poco sociable, con frecuencia se notaba aislada, se le dificultaba relacionarse. Su padre abandonó el hogar a los 10 años aproximadamente.

Creencias centrales: Inamabilidad, “no le agrado a nadie; no soy querible, soy diferente, no soy suficientemente buena, van a rechazarme”.

Actitudes/deberías/supuestos:

- Deberías: “Debería ser como mi hermana, ella sí pudo salir adelante”; “Debería actuar normal para poder que me quieran”.
- Actitudes o Supuestos: “No sirvo para nada”; “Si muero todo sería más fácil”; “Todo me sale mal”; “Todos se alejan de mí”.

-

Estrategias de afrontamiento: La paciente al sentir que el mundo está en su contra y que la juzga en todo momento, recurre al aislamiento social, donde no sale por varios días y descuida su aseo personal; las autolesiones como lanzarse del balcón, cortarse el cabello, no tomarse los medicamentos y fumar constantemente; como consecuencia también se manifiestan alucinaciones auditivas que le brindan “soluciones” a sus problemas; se identifican pensamientos de muerte.

Tabla 1. Diagrama de la conceptualización cognitiva de Verónica

Situación 1	Situación 2	Situación 3
Estoy en la universidad y todos a mi alrededor se ríen y hablan mal de mí.	Estoy en mi casa y hay una reunión familiar, hay muchas personas y estoy desesperada.	Estoy con mi mamá en la casa y me discute porque no hago las cosas bien, porque no me parezco a mi hermana menor.
Pensamientos automáticos negativos (PAN) “Estoy loca, por eso ellos hablan de mí”.	Pensamientos automáticos negativos (PAN) “No sirvo para nada, soy gorda, rara, nadie me quiere”.	Pensamientos automáticos negativos (PAN) “No sirvo para nada, por eso mi mamá no me quiere”.
Significado de PAN “Soy defectuosa, diferente”.	Significado de PAN “No soy suficientemente buena”.	Significado de PAN “Soy incapaz”.
Emoción Vergüenza, desprecio.	Emoción Tristeza, vergüenza, desprecio.	Emoción Tristeza, desprecio, soledad.
Comportamiento “Me alcjo para que no me puedan ver”. Llanto.	Comportamiento “Me tiro por el balcón porque hay voces en mi mente que me dicen que así me sentiré mejor”.	Comportamiento “Me encerré en mi cuarto por varios días a llorar, no salía ni a bañarme”.

Nota: Adaptado de Beck (2000).

Intervención

A continuación, en la Tabla 2, se presenta la información correspondiente a la identificación de los problemas, los objetivos, las técnicas y sesiones realizadas con la paciente con trastorno esquizoafectivo bipolar.

Con base en el diagnóstico y sustentado en la teoría de la terapia cognitiva se estableció el plan de tratamiento, el cual se basó en instruir de manera psicoeducativa sobre el trastorno que presenta y de esta manera permitir que fuese consciente del mismo, al igual que enseñarle a identificar las creencias y pensamientos automáticos para así aprender a discernir y trabajar con ellos. Todo esto buscando facilitar la identificación

Tabla 2. *Caracterización de la paciente*

Identificación de problemas	1. Depresión: siente tristeza, no se baña por largo tiempo, llora, duerme por grandes lapsos de tiempo. 2. Ansiedad social: miedo al rechazo, agitación de la respiración, compresión en el pecho, alucinaciones auditivas. 3. Aislamiento: se encierra en la habitación y no permite que su familia se acerque. 4. Conductas auto destructivas: trata de hacerse daño (tirándose del balcón de su propia casa, cortándose el cabello y no tomando los medicamentos). 5. Consumo de tabaco: fuma cigarrillos cada vez que se siente atacada o vigilada por las demás personas. 6. Disminución de la memoria y concentración: se evidencia pérdida de memoria a corto y largo plazo, al igual que una notoria desconcentración en todo lo que realiza.
Objetivos terapéuticos	1. Educar a la paciente sobre el trastorno esquizoafectivo bipolar. 2. Reducir conductas disfuncionales: aislamiento, auto agresiones. 3. Reducir pensamientos negativos distorsionados. 4. Mejorar su sentimiento de valía y autoimagen. 5. Enseñar estrategias para afrontar las alucinaciones auditivas.
Técnicas de intervención	1. Se le enseñó a la paciente a identificar los momentos estresores donde sentía mayor ansiedad y por medio de estrategias como la meditación, respiración y desviación de la atención, aprender a afrontar y lograr disminuir los síntomas. 2. Se trabajó con la paciente la comprobación de la realidad, con el fin que en las circunstancias en las cuales se presentan las alucinaciones auditivas lograra darse un momento para evaluar el porcentaje de realidad que tiene lo que está escuchando, y así generar en ella tranquilidad e invalidar lo que las voces le dicen. 3. Se emplea el identificar los logros obtenidos para que ella se dé cuenta de su progreso y que si es capaz de realizar avances para así suprimir la idea de sí misma de estar "loca" al igual que pensamientos negativos y disfuncionales.
Sesiones	20 sesiones de 45 minutos cada una. Las sesiones por cuestión de disponibilidad de la paciente se realizan con intervalos de 8 a 15 días.

precoz de síntomas de recaída, afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios previos y prevenir las del futuro, buscando dotar a la paciente de habilidades en el manejo de la enfermedad, con el objetivo de mejorar su curso (Zamora, 2012).

La forma en que se comenzó el trabajo de intervención fue con la psicoeducación para el manejo del trastorno, identificando los factores de riesgo, los síntomas, prevención de recaídas, abordaje de dificultades y el refuerzo de logros. Como lo menciona Romero (2017), uno de los componentes básicos en el tratamiento psicológico es reforzar la autonomía, reforzando actividades como la higiene personal, el autocuidado, la alimentación, la administración del dinero, el ocio y el trabajo.

Por otra parte, se realiza como parte del plan de tratamiento el planteamiento de estrategias con la paciente sobre las alucinaciones auditivas, basadas en la identificación y caracterización de las mismas, buscando de esta manera que la paciente logre afrontarlas y así disminuir la ansiedad que estas le generan.

Esta estrategia constó de entrevistas con el objetivo de identificar y definir las creencias, para así recoger los datos relevantes sobre estas y las evidencias que las apoyan; se utilizó el registro de pensamientos como técnica en la cual la paciente pudiera identificar así los momentos estresores en el cual aparecían dichas alucinaciones, para con esto llegar a una disputa verbal en la que se anima a la paciente a considerar la creencia como una posible interpretación de los eventos que las activan. La estrategia buscó disminuir las evidencias que la paciente aporta para demostrar la veracidad de cada una de las creencias, también cuestionar la coherencia y así darle un sentido a lo que pasa por su mente como resultado de unos pensamientos y consecuencias de sus experiencias vividas. Como técnica final se usa la prueba de la realidad, en la cual se crea un plan de acciones con la paciente para eventualmente comprobar empíricamente la veracidad de las alucinaciones (Perona et al., 2003).

Como se logra visualizar en la identificación de problemas, el área social representa dificultad para la paciente, por lo que se trabajó la solución de problemas y habilidades sociales, reconociendo las posibles situaciones problemáticas, para así por medio de “la instrucción, el modelado, el ensayo, la retroalimentación, el refuerzo, las tareas y la generalización” (Romero, 2017, p. 44) crear o reforzar habilidades en la paciente.

En síntesis, y después de realizar el proceso terapéutico cognitivo con la paciente Verónica, el cual hasta la fecha ha tenido una intensidad de 20 sesiones cada una de 45 minutos, se evidencian una serie de resultados. En cuanto a la depresión, está la mayor parte de tiempo controlada por la medicación administrada por psiquiatría, sin embargo, con las situaciones que le generan estrés recae, y no se han podido establecer técnicas adecuadas para el manejo de las situaciones detonantes ya que la paciente tiende a ser evitativa para hablar de los factores emocionales. En cuanto a la ansiedad social, se han trabajado técnicas las cuales han llevado a un avance que muestra que se puede desenvolverse con tranquilidad en grupos sociales, al igual se le logra dar un adecuado manejo a las alucinaciones auditivas por medio del cuestionamiento y de la comprobación de la realidad, así mismo se le da solución parcial al aislamiento, ya que, al integrarse y socializar con las demás personas, esta problemática desaparece. Las conductas autodestructivas se ven desencadenadas con la depresión y el consumo de tabaco, puesto que se siente incapaz de controlar este último, por consiguiente, su sintomatología empeora y realiza acciones para hacerse daño, como cortarse el cabello y no tomar los medicamentos, esta problemática se sostiene en el tiempo y se seguirá trabajando a lo largo de la terapia. Por la falta de recursos económicos, la paciente no tiene acceso a realizarse exámenes neurológicos y tener el acompañamiento de un profesional de la neurociencia para apoyar el tratamiento y así darle solución a la problemática de la disminución de la memoria y concentración.

Se puede también evidenciar como logro la relación terapéutica, ya que la paciente se siente cómoda y tranquila con la terapeuta, lo que facilita la comunicación de los aciertos y desaciertos en el proceso terapéutico; en tanto a los obstáculos, no se evidencia un debido acompañamiento por parte de la familia, dejando a la paciente al cuidado de sí misma en los momentos en que presenta recaídas.

Discusión

Como bien se evidencia en las investigaciones realizadas, el aumento de los trastornos mentales ha avanzado a lo largo de los años, trayendo con esto implicaciones físicas, emocionales, económicas y sociales. En este análisis de caso se buscó identificar los factores que afectaron de forma directa a la paciente y así contrastar esto con la teoría para formular el tratamiento de una forma adecuada. En la evaluación de la paciente se identificaron diferentes criterios que apuntan a su diagnóstico previamente estipulado, el trastorno esquizoafectivo bipolar. En interlocución con el trabajo realizado por Rodríguez Losada y Sánchez Pedraza (2004), quienes demuestran que los pacientes con trastorno esquizoafectivo responden de manera adecuada a los tratamientos psiquiátricos, en la paciente Verónica se observa una mejora circunstancial en el periodo de tiempo que toma de manera adecuada los medicamentos. La definición que provee el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (APA, 2014) está en concordancia con los síntomas presentados por la paciente, puesto que a lo largo de la terapia se evidencia en su discurso.

Por medio de la terapia cognitiva conductual, como hace mención Bermúdez (2017), se logran identificar las creencias centrales y los factores determinantes que incidieron en el desarrollo del trastorno y así deter-

minar técnicas terapéuticas acordes para mitigar las sintomatologías presentadas. En la tesis de Ruiz (2018), se resalta que la terapia cognitiva conductual logra mejorar la adherencia a la farmacoterapia por medio de la psicoeducación, además de ayudar a los pacientes a identificar los síntomas “de modo que una intervención temprana pueda evitar una recurrencia o recaída total o limite quizás la potencia de un nuevo episodio” (2018, p. 110) y como se menciona anteriormente al enseñar las técnicas a los pacientes se podrá ayudar a crear estrategias para afrontar diversos estímulos estresantes interpersonales y sociales los cuales en algún momento pudieron ser factores desencadenantes en las manifestaciones de los síntomas.

Conclusiones

En síntesis, todo el proceso de intervención se apoyó en las teorías realizadas por el Dr. Aaron T. Beck a quien se tuvo como referente a la hora de realizar las técnicas y terapia cognitiva con la paciente Verónica. Todos los resultados obtenidos en este trabajo son de gran ayuda para continuar dándole solución y buscando las alternativas adecuadas para abordar los factores problemáticos que persisten, al mismo tiempo las soluciones que se le dan a los objetivos en este estudio de caso pueden servir de referencia para otros profesionales de la salud mental que se encuentren trabajando con la particularidad del trastorno esquizoafectivo; se pueden acreditar como logros propios del estudio de caso la psicoeducación con la paciente, al igual que la identificación y manejo emocional adecuado de las alucinaciones auditivas. Uno de los limitantes del proceso fue no haber utilizado pruebas especializadas que corroboraran el diagnóstico y permitieran ir haciendo un monitoreo más preciso de los logros de la paciente.

Se concluye que este trastorno definitivamente es complejo y retador, y que, aunque la terapia cognitivo-conductual pudo ser de ayuda en el manejo de algunos síntomas y dificultades en algunos ámbitos de desempeño de la paciente, el tratamiento psiquiátrico en estos casos es fundamental, y requiere un seguimiento y control de cerca para su adecuado manejo. Asimismo, este estudio de caso puede servir de apoyo para algunos terapeutas que atienden personas con estos trastornos, pero se debe tomar con precaución considerando que es un estudio de caso único, y que las características de la paciente, y del tratamiento no son generalizables a toda la población con trastorno esquizoafectivo bipolar.

Referencias

- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Editorial H. Karnak Ltd.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª edición). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davies, D. D. (Coords.) (2013). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Psyciencia.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Benabarre, A., Castro, P., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Salamero, M., Murru, A., Franco, C. y Vieta, E. (2009). Eficacia y seguridad de risperidona inyectable de larga duración en fase de mantenimiento del trastorno bipolar y esquizoafectivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(3), 143–147.
- Bermúdez Cuello, J. C. (2017). *Análisis del perfil cognitivo de un paciente con trastorno esquizoafectivo y adicción a cannabis* (Tesis de Maestría). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Mayo Clinic. (29 de julio, 2021). *Trastorno esquizoafectivo*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizoaffective-disorder/symptoms-causes/syc-20354504>
- Goes, F. S., Zandi, P. P., Kuangyi Miao, McMahon, F. J., Steele, J., Willour, V. L., MacKinnon, D. F., Mondimore, F. M., Schweizer, B., Nurnberger, J. I., Rice, J. P., Scheftner, W., Coryell, W., Berrettini, W. H., Kelsoe, J. R., Byerley, W., Murphy, D. L. y Gershon, E. S. (2007). Rasgos psicóticos con estado de ánimo incongruente en el trastorno bipolar: agregación familiar y ligamiento sugestivo con 2p11-q14 y 13q21-33.

- American Journal of Psychiatry*, 10(5), 264–275. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.236>
- Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas En Psicología*, 15, 98-107.
- Lermenda, V., Holmgren, D., Soto-Aguilar, F. y Sapag, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 46-60. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art07.pdf>
- Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20, 165-193. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>
- Montoya Zapata C. P., Pérez Villa, M., Rendón Morales, K. J., Quintero Arenas, A. A., Urrego Febrys, I. C., Álvarez Gómez, M. L. (2018). Características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería de personas hospitalizadas que sufren trastorno afectivo bipolar. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.cdsn>
- Muñoz-Negro, J. E., Cuadrado, L. y Cervilla, J. A. (2019). Evidencias actuales sobre el tratamiento psicofarmacológico del trastorno esquizoafectivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(5), 190–201.
- Ortuño Sánchez, F. (2008). *Esquizofrenia*. Ediciones Universidad de Navarra.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, Ó. y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia*. Minerva Ediciones.
- Rodríguez Losada, J. y Sánchez Pedraza, R. (2004). La sintomatología afectiva en el trastorno esquizoafectivo. Evaluación con un instrumento de auto-reporte: Implicaciones para el diagnóstico. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67(1-2), 52-63.
- Romero Aranda, A. (2017). *Trastorno esquizoafectivo en adolescentes. A propósito de un caso clínico*. <https://repositorioinstitucional.ceu.es/jspui/handle/10637/11062>
- Ruiz Arango, M. (2018). *Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un paciente con rasgos del trastorno de personalidad límite y trastorno afectivo-bipolar* (Tesis de Magister). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Torres, Y., Castaño, G., Sierra, G., Salas, C. y Bareño, J. (2020). *Estudio de Salud Mental Medellín 2019*. Editorial CES.
- Naciones Unidas. (10 de octubre, 2020). 2020: Un año desafiante para la salud mental. <https://news.un.org/es/story/2020/10/1482212>
- Zamora, F. J. (2012). *Trastorno Bipolar: Estudio de los pacientes del área de Badajoz hospitalizados durante el periodo 1988-2009* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Extremadura, Badajoz, España.

Artículo recibido: 01/12/2021

Artículo aceptado: 13/07/2022