

## **ANÁLISIS Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE DELIRIO DE EMBARAZO.**

Ana Belén Muñoz Martín  
Máster en Psicología General Sanitaria  
José Miguel Rodríguez Molina  
Prof. de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid  
Almudena Martín Roldán  
Especialista en Psicología Clínica en el Instituto Psiquiátrico José Germain

## **ANALYSIS AND PROPOSAL OF INTERVENTION IN A CASE OF PREGNANCY DELUSION.**

Ana Belén Muñoz Martín  
Máster en Psicología General Sanitaria  
José Miguel Rodríguez Molina  
Prof. de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid  
Almudena Martín Roldán  
Especialista en Psicología Clínica en el Instituto Psiquiátrico José Germain

### **Dirección de contacto y envío de correspondencia:**

Prof. José Miguel Rodríguez Molina.  
Universidad Autónoma de Madrid  
Facultad de Psicología.  
C/ Pavlov, 6  
28049 Cantoblanco. Madrid  
E-mail: [jm.rodriguez@uam.es](mailto:jm.rodriguez@uam.es)

## **Análisis y propuesta de intervención en un caso de delirio de embarazo.**

*Introducción:* Se presenta el caso de una mujer con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Mantiene la creencia delirante de estar embarazada a pesar de la certeza y evidencia de lo contrario. Ha rechazado el tratamiento farmacológico así como realizarse determinadas pruebas médicas necesarias para la mejora de su salud por miedo a dañar al feto. Por motivos de accesibilidad para intervenir con la paciente, se presenta una evaluación exhaustiva junto al planteamiento de los objetivos de tratamiento, siendo este último diseñado de forma hipotética sin que haya sido posible su aplicación. *Método:* Se han utilizado diferentes fuentes de información, principalmente, la entrevista clínica y varios instrumentos sobre sintomatología positiva y ajuste psicosocial. Se sugiere como hipótesis explicativa de esta convicción delirante de embarazo, la interpretación errónea de experiencias perceptivas anómalas (amenorrea, náuseas, mareos, distensión abdominal...). *Resultados:* La focalización de la atención únicamente a las experiencias sobre el estado físico, debido al deseo de ser madre, junto a este sesgo en la interpretación estaría reforzando la propia ideación delirante de embarazo al convertirse en la única alternativa para explicar tal complejidad. No se aplicó la intervención propuesta debido al abandono del tratamiento. *Discusión:* Para una mejor comprensión de este tipo de problemática, en cuanto a su naturaleza y factores implicados así como para el diseño de intervenciones psicológicas eficaces, se insiste en la importancia de realizar un mayor número de investigaciones.

**Palabras clave:** delirio de embarazo, esquizofrenia, amenorrea, antipsicóticos, pseudociesis.

## **Analysis and proposal of intervention in a case of pregnancy delusion.**

*Introduction:* The case of a woman with paranoid schizophrenia diagnosis is presented. She showed the delusional belief of being pregnant, conception that faithfully remains despite of the certainty and evidence of the opposite. She has denied drug treatment and medical tests needed to improve their health made for fear of damaging the fetus. Due to receptiveness reasons to interact with the patient, a thorough examination is made along with the treatment objectives, being this last one designed hypothetically because its application has never been possible. *Method:* Many different information sources has been used, mainly the clinical interview and few instruments related to positive symptomatology and psychosocial adjustment. As an explanatory hypothesis suggested for the delusional conviction of being pregnant, the wrong interpretation of abnormal perceptive experiences (amenorrhea, nausea, dizziness, abdominal distension...). *Results:* To focus the attention uniquely on the experiences of the physical condition, due to the desire of being a mother, along with this bias on the interpretation would be reinforcing its own delusional conception of pregnancy becoming the only alternative to explain such a complexity. Did not apply the proposed intervention due to the abandonment of treatment. *Discussion:* For a better comprehension of this problematic type, regarding to its nature and implied factors as well as for the design of effective psychological interventions, it insists on the importance of carry out a greater number of researches.

**Keywords:** delusion of pregnancy, schizophrenia, amenorrhea, antipsychotics, pseudocyesis.

## Análisis y propuesta de intervención en un caso de delirio de embarazo.

### INTRODUCCIÓN

Desde que Esquirol (1989) lo hiciese a principios del siglo XIX, hasta el presente estudio en el que se describe el caso de una mujer con creencia delirante de embarazo, la bibliografía sobre este tipo de delirios ha sido escasa e insuficiente (Shankar, 1991). Ha sido poco estudiado e investigado y por consiguiente, no existe acuerdo para una definición exacta. Sin embargo, podría definirse como la creencia errónea en la que se mantiene firmemente la convicción de estar embarazada a pesar de la certeza y evidencia de lo contrario. Si bien no hay datos epidemiológicos sobre su *prevalencia* actual, algunos estudios (Michael, Joseph & Pallen, 1994) muestran que es un síntoma más frecuente de lo que se presupone. Es también muy heterogéneo en su *presentación clínica* pudiendo variar su duración desde unos días a semanas hasta varios años, y siendo más prevalente en culturas no occidentales y en países en vías de desarrollo, según Rouchou (2013) (citado en Seeman, 2014), debido al importante significado social de la gestación, según Dutta & Vankar (1996) y Qureshi (2001). Puede aparecer en personas de distintas edades y sexos, siendo igual o incluso mayor la proporción de varones que mujeres con delirio de embarazo, seguramente por su intrínseca extravagancia y notoriedad.

Los *factores etiológicos* propuestos para explicar este tipo de delirio son múltiples pero ninguno de ellos se ha demostrado empíricamente. No obstante, estudios recientes, como el de Tarin (2013) (citado en Seeman, 2014), consideran la hiperprolactinemia (caracterizada por amenorrea, galactorrea y aumento de peso entre otros) como un factor importante en el desarrollo de la convicción delirante de embarazo. De hecho, se han documentado casos de delirio de embarazo asociados a niveles elevados de prolactina en pacientes con trastornos psicóticos y en tratamiento con neurolépticos. Se ha observado que algunos antipsicóticos de segunda generación producen mayores niveles de prolactina (Madhusoodanan, Parida & Jiménez, 2010) que otros neurolépticos. De Pauw (1990) y Milner y Hayes (1990) sugieren que, en los pacientes psicóticos, la hiperprolactinemia inducida por neurolépticos, la galactorrea y la dilatación intestinal pueden estimular, confirmar y/o reforzar la percepción de embarazo debido a una interpretación errónea de las sensaciones somáticas (Bitton, Thibaut & Lefèvre-Lesage, 1991). La persona posiblemente experimenta anomalías que demandan explicación y para ello utiliza interpretaciones delirantes que se convierten en un alivio ante tal complejidad y que a su vez dificultan el abandono de dicha explicación (Ahuja, Vasudev & Lloyd, 2008a). Igualmente se ha comprobado que la amenorrea inducida por fármacos aumenta el riesgo de delirio entre las mujeres con esquizofrenia, y especialmente, en las mujeres mayores que no han tenido hijos pero que quieren tenerlos desesperadamente. Cuando dejan de tener períodos menstruales, algunas de estas mujeres pueden asumir erróneamente que están embarazadas, a pesar de obtener un resultado negativo en la prueba de embarazo. Incluso cuando no ha habido actividad sexual previa, las mujeres propensas a esta fantasía pueden encontrar la manera de convencerse a sí mismas de que están embarazadas. Se imaginan que la implantación ocurre por arte de magia o a través de tecnología reproductiva avanzada (Seeman, 2014). Si a ello le sumamos la vulnerabilidad en el procesamiento de la información (“saltar a las conclusiones”) entre los que tienen creencias delirantes así como la tendencia a prestar atención únicamente a las experiencias sobre el estado



físico, por ejemplo, en el caso de alguien que desea estar embarazada, la prolactina podría influir de manera sutil aunque directa sobre la emoción, dificultando que haya otra explicación de la experiencia física (Ahuja, Moorhead, Lloyd & Cole, 2008b).

Partiendo del conocimiento de que estos procesos probablemente se exageran en situaciones o eventos emocionalmente llamativos, al focalizar la atención en los síntomas de embarazo, cualquier señal interoceptiva que se perciba en consonancia con éste puede llevar a una excitación emocional desproporcionada que potencie una creencia cada vez más firme de embarazo (Ahuja et al., 2008b).

Cómo una persona integre toda esta información dependerá de factores personales como su salud, educación, capacidad de razonamiento, o sesgos cognitivos, y también, de factores situacionales como su familia, el nivel socioeconómico o su cultura y religión (Seeman, 2014). Estos factores pueden servir para disipar la creencia delirante por falta de pruebas y plausibilidad o por el contrario, pueden servir para reforzarla, según Roberts (1991) (citado en Seeman, 2014).

A continuación, se presenta el caso de una mujer con delirio de embarazo, los resultados de la fase de evaluación y la propuesta de intervención.

## **IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA.**

M., mujer de 41 años. Soltera, sin hijos. Diagnosticada de Esquizofrenia según DMS-V. Sufre una luxación congénita de cadera que le ha llevado a tener que realizarse varias intervenciones quirúrgicas hasta en seis ocasiones. Es derivada desde su Centro de Salud Mental (CSM) para ingreso voluntario en una Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) debido a la variabilidad en la conciencia de enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento, así como al progresivo aislamiento social y desestructuración de hábitos en los meses previos.

A los 16 años, M. inició una relación de pareja que duró 22 años, con periodos de convivencia (casi un total de ocho años) y separación (en los que ambos estuvieron con otras parejas, aunque mantenían el contacto entre ellos). Se separaron definitivamente en 2010, según refiere la paciente, porque *“la situación era insostenible”*. En los informes médicos previos de esta etapa consta que M. realizó hasta tres intentos autolíticos por sobreingesta medicamentosa, pues *“él vivía con otras mujeres (parejas) en nuestra casa, como un harén, y no le importaba que eso me hiciese sentir mal”*.

En contacto con su CSM, desde los 20 años, por diagnóstico de depresión psicótica. En 2005, inició seguimiento ambulatorio con adherencia irregular por crisis puntuales de las que se recuperaba bien, relacionadas con el estrés de su situación laboral como encargada de una empresa de limpieza. De esta primera etapa, M. informó de haber tenido alucinaciones, a las que se refirió como *“de mal agüero”*, en las que veía personas que querían matarla y espadas que se acercaban hacia ella, así como voces que le criticaban. Sufrió también amenorrea secundaria a la medicación.

Con 36 años, sufrió un brote psicótico al fallecer su padre, por el que se le diagnosticó esquizofrenia paranoide. Desde entonces, y tras la ruptura definitiva con su

pareja, vivió sola en el domicilio familiar, sin que se pudiese estabilizar la sintomatología psicopatológica y produciéndose múltiples ingresos psiquiátricos. Estas sucesivas descompensaciones parecen estar relacionadas con el abandono del tratamiento farmacológico debido a la convicción delirante de estar embarazada. Dicha ideación, además, habría hecho que M. rechazase realizarse pruebas de preoperatorio necesarias para la intervención quirúrgica de cadera que precisaba, por lo que esta intervención se pospuso sucesivamente hasta el momento de ingreso en la UHTR. También se produjeron alucinaciones cenestésicas (sensaciones de sentir el embarazo, de tener el abdomen distendido, náuseas, etc.), pseudoalucinaciones auditivas y fenómenos de difusión del pensamiento (en los que se comunicaba con el feto telepáticamente), presentes también en el momento del ingreso.

M. ha utilizado diferentes dispositivos residenciales pero con poco éxito. En algunos de estos recursos, presentaba ideas referenciales o de perjuicio hacia los profesionales, de quienes sospechaba que querían quitarle a su hijo. En general, no se pudo instaurar la medicación al alta de estos dispositivos ni se consiguió controlar la sintomatología con *risperidona*, *aripiprazol*, *olanzapina* ni tampoco con *paliperidona*.

Hasta el momento del último ingreso, M. estaba muy aislada en el domicilio, con problemas de movilidad que le impedían manejarse en el hogar, y con una clara desorganización de hábitos básicos como la alimentación, el aseo o la gestión económica. Sin adherencia al tratamiento y con gran deterioro físico (dificultad para desplazarse, dientes en muy mal estado y obesidad) e interpersonal (relaciones sociales muy escasas y empobrecidas), ingresó en la UHTR. Fue candidata para asistencia a domicilio, pero nunca recibió este apoyo.

### Objetivos planteados

En el presente artículo, nos centraremos únicamente en los objetivos de intervención sobre el delirio de embarazo por ser este el motivo de nuestro estudio. No obstante, a la hora de diseñar un plan de intervención más exhaustivo habrán de considerarse también otras áreas problema como la capacidad de autocuidados, la adherencia al tratamiento o la conciencia de enfermedad.

El *objetivo principal* será reducir el grado de convicción de M. en su creencia delirante de embarazo mediante la comprensión de ésta como una inferencia que da sentido a su experiencia, y no como la realidad misma. Es decir, comprender que existen otras alternativas de explicación más plausibles que no interfieren en su adaptación en los diferentes ámbitos de su vida (personal, familiar, social y laboral).

En cuanto a los *objetivos instrumentales*, cabe destacar que éstos se centrarán en tres grandes áreas. En primer lugar, conseguir la reducción y el autocontrol de las preocupaciones y síntomas que estresan o interfieren a M. en su vida diaria, proporcionando una sensación de control sobre estas experiencias de malestar y en definitiva, sobre la enfermedad. En segundo lugar, lograr que los familiares de M. sean capaces de identificar las experiencias o sensaciones que preceden al síntoma y al empeoramiento de la enfermedad aclarando lo que constituye el trastorno, subrayando que los síntomas no están bajo el control directo y voluntario de ella, y proporcionándoles las estrategias adecuadas para desarrollar una comunicación más eficaz. Por último, se pretende lograr el desarrollo de estrategias específicas que

permitan a M. reducir la probabilidad de recaer, enfatizando la importancia de identificar los pródromos que preceden a la descompensación.

## **EVALUACIÓN.**

### **Procedimiento.**

Se realizó una primera fase, de diez sesiones individuales de evaluación con una duración de 30 minutos aproximadamente y una frecuencia de dos sesiones por semana. Cuatro sesiones se dedicaron a la entrevista clínica y las seis sesiones restantes a la aplicación de los diferentes cuestionarios: Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (BPRS) de Overall y Gorham (1962), Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) de Peralta y Cuesta (1994), Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III) de Cardenal y Sánchez (2007) y Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (EVDP) de Pastor, Blanco & Navarro (2010). Se controló que M. no estuviese bajo los efectos de la medicación y que estuviese consciente y orientada. Para ello, se aprovecharon las últimas horas de la mañana en que ella se encontraba en mejores condiciones. Entre los procedimientos empleados para la recogida de información también se planteó el uso de la Observación Sistemática tanto en las sesiones individuales como en las actividades grupales en las que M. participase durante su ingreso en la UHTR. No obstante, como veremos más adelante, finalmente no pudo aplicarse.

### **Resultados de la evaluación.**

En el momento del ingreso, M. se mostró colaboradora aunque evitó hablar demasiado de algunos temas como la relación con su ex pareja y el contenido de los delirios de persecución. Presentaba un aspecto aseado y cuidado en cuanto a vestimenta y apariencia. Se mostró tranquila y eutímica. No expresó ideación de muerte o autolítica. No hubo alteraciones en el discurso que era fluido, coherente y bien estructurado a ritmo normal. Existió una buena adherencia terapéutica durante la evaluación, acudiendo a todas las citas. El principal psicofármaco pautado fue Leponex (*clozapina*), tratamiento iniciado en el último ingreso de la paciente en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y que resultó eficaz para estabilizar la sintomatología psicopatológica, la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Durante el proceso de evaluación, M. presentó y mantuvo la convicción delirante de estar embarazada, llevándole a insistir en el abandono de la toma de medicación y a negarse a realizarse las pruebas de preanestesia y anestesia necesarias para la intervención quirúrgica de cadera. Autojustificó el embarazo con síntomas (amenorrea, mareos, náuseas, abdomen distendido...) que eran resultado de los efectos secundarios de la medicación. Cuando se le preguntó con más detalle por el embarazo, refirió estarlo desde hacía cuatro meses. No fue capaz de explicar cómo se produjo la fecundación negando haber mantenido relaciones sexuales. Refirió haber sufrido varios embarazos y abortos en un período anterior, lo que no constaba en sus informes médicos previos. También sufrió alucinaciones de diferente tipología, tanto auditivas (*voces que me salen por la boca*) como visuales (*“flashes como fotografías de mis familiares, de un parque o sensación de ir en un coche que circula rápido”*).

Toda esta sintomatología positiva activa resultó coherente con las altas puntuaciones para *ideación delirante* y *conducta alucinatoria* que M. obtuvo en la PANSS. Lo mismo sucedió para la subescala de sintomatología negativa, en la que M. también obtuvo puntuaciones de gravedad moderada para *embotamiento afectivo*, *retracción emocional* y *pobre relación social*. Así, durante la entrevista clínica ya se observó que la paciente se comportaba de forma reservada, con pocos gestos expresivos, manteniendo una distancia interpersonal evidente, respondiendo mecánicamente con poco contenido afectivo y con desinterés hacia las preguntas. Sin embargo, si se le animaba a ello, era capaz de participar emocionalmente en el entorno y permanecer en éste aunque con cierta dificultad si, por ejemplo, la iniciativa de la conversación dependía de ella. Dichas puntuaciones también resultaron compatibles con la abulia (apenas asistió a las actividades de grupo y pasó la mayor parte del tiempo aislada en su habitación) y apatía (refirió escribir menos, afición que antes practicaba con frecuencia) características de M. durante su ingreso en la UHTR.

Estos datos también coincidieron (ver figura 1), con los obtenidos en el BPRS, con puntuaciones significativas para *contenido inusual del pensamiento*, *preocupación somática*, *autodesprecio - sentimientos de culpa* y *conducta alucinatoria*, *ansiedad psíquica*, *tensión y ansiedad somática*, *grandeza*, *estado de ánimo depresivo* y *embotamiento o aplanamiento afectivo*.

Por otro lado, las elevadas puntuaciones en el eje I del MCMI-III, en la escala A y en la escala PP, indicaron la presencia de un *Trastorno de Ansiedad* así como de un *Trastorno Delirante* respectivamente (ver figura 2). Nuevamente, se pudo plantear que existía gran semejanza entre los resultados obtenidos en este cuestionario y los síntomas característicos de ansiedad previamente referidos por M. Se observó que a menudo informaba de sentimientos vagamente aprensivos, estaba indecisa e inquieta, y tendía a quejarse de sensación de tensión, agotamiento y náuseas. También fueron notables la preocupación y la sensación aprensiva de que los problemas eran inminentes, una hipervigilancia del propio ambiente, nerviosismo y una susceptibilidad generalizada. Asimismo, la alta puntuación en la escala PP (Trastorno Delirante) confirmó la presencia persistente de delirios irracionales, pero interconectados, de una naturaleza celosa o persecutoria, así como la ideación delirante de embarazo activa en el momento de la evaluación. Aunque de forma menos significativa y persistente que en las dos subescalas anteriores, M. también obtuvo una puntuación de 78 en la escala H (*Trastorno Somatomorfo*) lo que resultó compatible con la presencia de dicho síndrome. Las personas con puntuaciones altas en esta escala del MCMI-III tienden a expresar sus dificultades psicológicas mediante períodos persistentes de cansancio y debilidad y una variedad de dolores y molestias inespecíficas, que pueden llegar a interpretar como señales de una dolencia más grave. Normalmente, las quejas somáticas se emplean para llamar la atención. Esto podría estar relacionado con la interpretación de determinados síntomas (náuseas, mareos, distensión abdominal) como los propios del embarazo.

En relación al eje II, el MCMI-III también identificó la presencia de rasgos de *personalidad evitativa* y *dependiente*, que sostenían y daban coherencia a la información obtenida en la entrevista con sus familiares quienes la describieron como una persona “*muy recelosa en cuanto a las intenciones de los demás y en general, muy unida a nuestros padres*”. Una parte importante de las conductas problema de ella se explicaron por la escasez de recursos de afrontamiento que en gran medida se encontraban relacionados con su estrategia adaptativa, basada en el miedo y

desconfianza hacia los demás, posiblemente tras haber tenido experiencias dolorosas o negativamente reforzantes a lo largo de su vida. Pero al contrario de lo que podría pensarse también se explicaban en base a un estilo de personalidad dependiente cuyo eje central era la búsqueda de relaciones con otros para conseguir afecto, seguridad y consejos. En el caso de M., su falta de iniciativa y autonomía era a menudo una consecuencia de la sobreprotección paternal. De esta forma, asumía un rol pasivo en las relaciones interpersonales, aceptando la bondad y el apoyo que pudiese encontrar, y se sometía de buen grado a los deseos de los demás con tal de mantener su afecto.

Por otra parte, la puntuación total de M. en la EVDP fue de 68 sobre 124, lo que indicaba un rendimiento psicosocial muy deteriorado. Se observó que no todas las áreas estaban igualmente afectadas (ver figura 3). Así, por ejemplo, su *capacidad de autocuidado* estaba preservada en el momento de la evaluación pero había un deterioro importante en la *capacidad para mantener hábitos saludables* y también para desarrollar una *autonomía básica y social* apropiada para las que M. precisaba supervisión y ayuda externa casi continua. Mostraba también cierta variabilidad en relación a sus *capacidades cognitivas* ya que aunque no presentaba deterioro cognitivo, sí que había una dificultad importante para aprender de sus propias experiencias sobre fracasos y no repetirlos. Igualmente, se observaron graves discapacidades psicosociales y un importante deterioro psicopatológico que permitieron pronosticar la imposibilidad de desempeñar un *trabajo* aunque estuviese supervisado. Tampoco contaba con ningún *soporte o red de apoyo* ni desarrollaba ninguna actividad principal propia de su edad que le sirviese como tal. De hecho, el apoyo familiar había sido deficiente y muy sobreprotector (por parte de los padres ya fallecidos) o con críticas constantes y poco implicado (por parte de sus hermanos, principalmente). Las relaciones sociales estaban muy disminuidas ya que en general, nunca había poseído ni poseía un entorno relacional estable adecuado.

Por último, la conciencia variable de la enfermedad según la estabilidad en la sintomatología psicótica unido a un conocimiento parcial del diagnóstico (a veces, recordaba la etiqueta pero desconocía la sintomatología y las discapacidades asociadas) hacían que la *relación con el tratamiento* fuese deficitaria. En algunas ocasiones, M. hizo crítica de los síntomas psicóticos no siendo así cuando la activación psicótica era mayor. A pesar de la variabilidad en la conciencia de enfermedad, aceptó la necesidad de ayuda (refirió la posibilidad de recibir asistencia a domicilio para desenvolverse en su piso) y mostró motivación al cambio.

## FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.

Se hipotetiza que los siguientes factores (ver figura 4) son elementos clave en la formación y mantenimiento de la conducta problema principal, que en este caso es el delirio de embarazo. En primer lugar, la *amenorrea secundaria a la medicación*, que confirmaría su percepción de estar embarazada al no tener evidencia contraria alguna. Por tanto, esto estaría reforzando la creencia delirante de embarazo al facilitar una interpretación de estas experiencias anómalas. Por otro lado, la confrontación con la realidad, en la que tras la ruptura con su pareja se reduce la probabilidad de tener hijos, supone un estresor importante que dificulta la asimilación a nivel emocional y el cambio de expectativas. Ante tal complejidad, la creencia delirante de embarazo emerge como explicación plausible, evitando temporalmente el malestar asociado a esta nueva



situación y supliendo el vacío que han dejado las expectativas y creencias previas. En esta situación de ruptura en la que la carga emocional es elevada, la tendencia a focalizar la atención sobre estímulos relacionados con el *proyecto de ser madre* se incrementa. Todo ello, junto a los rasgos de personalidad evitativa, recelosa e inmadura, que se mencionó previamente, y al déficit en habilidades para el afrontamiento del estrés (baja tolerancia a la frustración) podrían considerarse como factores que predisponen para un manejo inadecuado de las expectativas y emociones asociadas al proyecto de ser madre. Por último, también ha de considerarse como factor de mantenimiento la activación de la *vulnerabilidad psicótica*, en su componente de referencialidad, al presentarse precipitadamente un estresor de elevada intensidad (en este caso, la muerte de su padre).

Todo ello lleva a hipotetizar que la creencia delirante de embarazo, en el caso de M., podría ser explicada como una interpretación errónea de algunos síntomas físicos como la amenorrea o las náuseas. Dicha interpretación, en el intento de servir como explicación ante tal complejidad, proporcionaría un refuerzo negativo inmediato al eliminar estados negativos, pero a largo plazo solo consolidaría la idea de estar embarazada como única explicación para estas experiencias iniciales.

En general, la dificultad para generar otras explicaciones alternativas de carácter lógico y empírico, y el empobrecimiento en lo relativo a los cuidados personales (alimentación, estructuración del sueño, estructuración del tiempo...) tiene como resultado la no adherencia al tratamiento farmacológico, lo que hace que empeore la sintomatología. A pesar de ello, habría que considerar algunos factores importantes en el reforzamiento y mantenimiento de esta conducta. Por un lado, un *reforzamiento positivo* al conseguir la atención de sus familiares, que generalmente no la atendían mucho, aunque ésta fuese en forma de rechazo y críticas (“*no estás embarazada realmente, ¡deja de decir eso!*”). Por otro, un *reforzamiento negativo*, al evitar cualquier interacción social y emocional que sobrepasase los límites de lo que M., consideraba aceptable, ya fuese por miedo a ser rechazada, criticada o a que le hiciesen daño a ella o al feto. De esta forma, en lugar de facilitar la obtención de pruebas de realidad contrarias a sus creencias de perjuicio (“*quieren dañar al bebé*”), favorecerían su mantenimiento. El progresivo aislamiento social y el posterior desarrollo de un patrón de comportamiento evitativo aislándose en casa, constituirían un estilo de vida que sería el resultado del malestar producido por la sintomatología psicótica y cuya funcionalidad consistiría en evitar la experimentación de mayores tasas de malestar. Igualmente, la no realización de actividades ocupacionales en las que centrar su atención favorecerían que ésta se mantuviese continuamente dedicada a sus fantasías y le evitaría tener que desempeñar un rol de persona adulta (con tareas y actividades propias de una persona madura) de forma que se incrementaría el aislamiento y la sintomatología produciéndose una espiral consecuencias-conducta problema que no cesaba. Asimismo, el evitar la operación quirúrgica de cadera por miedo a dañar al feto también sería un refuerzo negativo que contribuiría de forma decisiva al mantenimiento de esta conducta durante los meses previos al ingreso actual.

En este estudio, la variable dependiente, es decir, la medida de cuya evolución determinará el éxito o no de la intervención, será el grado de convicción en la creencia delirante de embarazo mientras que la variable independiente será la propuesta de intervención psicológica que se describe a continuación.

## INTERVENCIÓN

### **Procedimiento.**

Este procedimiento se presenta como propuesta de intervención. M. finalmente accedió a operarse de la lesión congénita de cadera implantándosele una prótesis, pero la intervención no fue exitosa y precisó someterse a nuevas operaciones. Pasó varios meses entre el hospital donde se le practicó la operación y la UHTR. Todo ello dificultó su recuperación, impidiéndole desplazarse y asistir a las actividades pautadas en su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). Por estos motivos, el programa no se pudo aplicar. En su lugar, se realiza esta propuesta de intervención que consta de un total de 30 sesiones individuales debido a la complejidad y gravedad de este tipo de patología. La frecuencia propuesta debería de ser de dos sesiones por semana y una duración cada una de ellas de entre 25 y 40 minutos según la influencia de los efectos de la medicación así como los posibles déficits cognitivos causados por este tipo de trastorno. En el caso de la intervención familiar, se establece un total de 24 sesiones. La frecuencia sería de una sesión semanal durante los tres primeros meses, quincenal para los tres siguientes meses, y mensual hasta el período de un año.

### **Técnicas de intervención.**

#### *Técnicas para promover la autorregulación de los síntomas.*

El objetivo no será tanto la reducción de la ideación delirante de embarazo sino ayudarle a reducir y controlar las preocupaciones y síntomas que le estresan o interfieren en su vida diaria. Por tanto, se recurrirá al entrenamiento específico en estrategias de afrontamiento, ya sean las que M. utiliza de forma espontánea u otras nuevas, siguiendo los pasos que se plantean a continuación: a) práctica de la técnica de forma aislada y proporcionando una retroalimentación constructiva sobre su ejecución, b) realización de ejercicios de visualización de la técnica practicada en la situación real, c) práctica de la estrategia de afrontamiento ante la aparición provocada del síntoma en el entorno terapéutico, y d) realización de tareas progresivas que impliquen el uso de estas estrategias en situaciones reales en las que aparecen los síntomas (Valiente, 2002). No se trata solo de enseñar nuevas formas de afrontamiento, sino también de identificar y potenciar las ya existentes ya que su utilización se presupone más fácil en situaciones ansiógenas.

A estas habilidades de autocontrol se podrían añadir otras como la relajación, la organización de actividades diarias, el entrenamiento en habilidades sociales y en autoinstrucciones o el control del pensamiento. También proporcionar información sobre las diferencias entre patología y normalidad podría favorecer la autorregulación de los síntomas ya que ayudan a eliminar el estigma, normalizan y aumentan la motivación para el cambio.

Podrá utilizarse también la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999), a fin de ayudar a M. a que no evite afrontar emociones desagradables. De esta forma, se conseguiría que aceptase, por un lado, la adherencia al tratamiento y por otro, enfrentarse a las emociones negativas producidas por la constatación de no estar embarazada.

### ***Técnicas para la modificación del grado de convicción en la creencia delirante.***

Se recurrirá, por un lado, al análisis de las evidencias que mantienen el delirio y, por otro, a crear un marco alternativo que le permita a M. comprender y explicar su realidad de una forma adaptativa y socialmente aceptada. Para ello, es muy importante proceder de forma progresiva, ya que la confrontación directa de la creencia delirante principal (en este caso, el delirio de embarazo) es muy probable que induzca resistencia. Por tanto, siguiendo a Chadwick, Birchwood y Trower (1996) (citados en Valiente, 2002, pp. 198-199), se trabajará junto a M., en primer lugar, las evidencias en las que se basa para mantener la creencia delirante, y muy gradualmente aproximarse a la discusión de la propia ideación. El objetivo que se persigue es el de ayudarle a afrontar el hecho de la existencia de su delirio como síntoma y trabajar el significado que le da, encuadrando el problema como una interpretación errónea de experiencias subjetivas anómalas, a la vez que busca un sentido alternativo y menos estresante para estas experiencias psicóticas.

Por tanto, se debe comenzar la intervención enseñando a M. a identificar y diferenciar entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas con el uso de autorregistros (situación – pensamiento – emoción/conducta). Se explicará el papel de las cogniciones como elementos que a modo de hipótesis intentan dar sentido a la realidad, y se expondrá también la importancia de las evidencias empíricas como elementos que pueden incrementar la probabilidad de certeza de una hipótesis. A continuación, se abordará la creencia delirante analizando las evidencias o supuestos hechos en los que se basa M. para mantener la creencia delirante de embarazo, así como, la convicción que se tiene de la misma. Para ello, se le solicitará que aporte evidencias sobre dicha creencia (“¿qué te hace pensar que estás embarazada?”, “¿son suficientes estos hechos para estar embarazada?”) considerando ésta como una inferencia que puede ser verdadera o falsa. Sus respuestas se analizarán conjuntamente, señalando los aspectos a favor y en contra. También se analizará y valorará, junto con ella, la coherencia y lógica interna de sus creencias utilizando estrategias como la confrontación directa y el uso de contraejemplos (“¿cómo es posible que estés embarazada si las pruebas de embarazo resultan negativas?” o “¿qué probabilidad hay de quedarse embarazada sin mantener relaciones sexuales?”) o la valoración de las ventajas y los inconvenientes que supone el mantener la creencia delirante. A través de los experimentos conductuales también se pueden poner a prueba las creencias delirantes mediante la comprobación empírica de las mismas. Para ello, habrá que diseñar una situación en la que M. no pueda poner en práctica alguna de las conductas de seguridad que realiza para evitar situaciones que ella considera amenazantes (por ejemplo, no acudir a realizarse las pruebas de preoperatorio para su lesión de cadera o no tomar la medicación por miedo a que dañen al feto). De esta forma, se prevendrán las posibles conductas de escape y evitación que refuerzan la convicción en la creencia delirante.

A continuación, se procederá a la búsqueda de explicaciones alternativas más adaptativas y racionales planteándole la posibilidad de que existan otras interpretaciones a las percepciones y experiencias que tiene sobre la realidad y animándola a explorarlas. Una estrategia que puede resultar útil para ello sería la de reconstruir la historia personal del delirio basándonos en el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin & Spring, 1977) ya que puede contribuir a la reducción de la culpa y de la carga emocional al identificar

factores cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con la creencia delirante. Por último, se redefinirá el delirio como una forma comprensible de dar sentido a una experiencia anómala o amenazante, es decir, como un intento razonable y entendible de encontrar una explicación en un momento en el que se encontraba confundida, ansiosa o desconcertada (Valiente, 2002, pp. 201).

### *Intervención familiar.*

La Terapia Conductual Familiar de Falloon, Boyd y McGuill (1984) se basa en tres módulos: 1) Educación sobre la esquizofrenia, 2) entrenamiento en habilidades de comunicación, y 3) entrenamiento en resolución de problemas. En la primera parte, se proporcionará información general con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre la enfermedad a la par que se facilitará un clima de confianza y apoyo mutuo para la expresión de las emociones, problemas y dificultades, frecuentemente compartidos, que son resultado de la enfermedad. A continuación, se pretenderá mejorar habilidades de comunicación como la expresión de sentimientos positivos y negativos, la escucha activa o la formulación de peticiones. Por último, se les entrenará en el manejo de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas cotidianos siguiendo el modelo de Goldfried y D'Zurilla (1969). En definitiva, se tratará de ayudarles a promover un funcionamiento más adaptativo de su familiar haciéndoles partícipes en el tratamiento de la enfermedad.

Un elemento clave de la actuación familiar será el apoyo por su parte al proceso terapéutico mediante la correcta aplicación de contingencias positivas y negativas (refuerzo positivo y negativo) a las conductas adecuadas o inadecuadas de M. Para ello, previamente habrá que discutir con los familiares los objetivos terapéuticos concretos (reducción de verbalizaciones de embarazo, realización de conductas de autocuidado...) y de las contingencias a aplicar en cada caso, así como formar a dichos familiares en los elementos básicos de la aplicación de dichas contingencias.

### *Prevención de recaídas.*

En esta última parte de la intervención, se preparará a M. para posibles recaídas. Por tanto, se trabajará para promover el desarrollo de expectativas realistas, enfatizando la posibilidad de que los síntomas vuelvan. Es importante recordarle que utilice las estrategias aprendidas a lo largo del tratamiento como apoyo en esas situaciones y que una recaída no significa la pérdida de la lucha contra la enfermedad. También se realizará una recapitulación de los progresos logrados en el control de los síntomas y el malestar, en su concienciación, en su autoestima o en sus pautas de funcionamiento cotidianos. Finalmente, se llevará a cabo un último repaso de las señales de aviso (pródromos) que preceden a la descompensación así como la aceptación de la caída como un fallo que puede ocurrir puntualmente diferenciándola de la recaída.

## **RESULTADOS ESPERABLES DE LA INTERVENCIÓN**

Cabría esperar una reducción en el grado de convicción de M. en la creencia delirante de embarazo suficiente para permitirle retomar las conductas de autocuidado necesarias para un funcionamiento adaptativo como son la toma de medicación y la asistencia a las pruebas preoperatorias para la cirugía de cadera. También cabría esperar

una mejora en las habilidades de afrontamiento y autocontrol del estrés que permitan a M. disponer de una situación más favorable para abandonar el aislamiento e integrarse en actividades sociocomunitarias (siendo éste el principal resultado esperado para la unidad de rehabilitación en la que se encuentra ingresada actualmente). Asimismo, el autocontrol del estrés favorecería probablemente la disminución de la sintomatología positiva.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Aunque el delirio de embarazo se plantea como un trastorno infrecuente, parece que esto se debe principalmente a la escasez de investigaciones y estudios centrados en este tipo de sintomatología, y no tanto a su escasa presencia real. Por tanto, sería conveniente incrementar la investigación en este sentido, ya que aunque históricamente el delirio se ha considerado como el síntoma más definitorio de la locura (Berrios & Fuentenebro, 1966), no todos los subtipos de delirio han recibido la misma atención. También sería recomendable realizar más estudios sobre la esquizofrenia como trastorno en general, pues a pesar de que el conocimiento acerca de la misma se ha ido incrementando en los últimos años, no es suficiente y sigue habiendo carencias en el abordaje de esta gran desconocida para la psicopatología.

No se puede asegurar con certeza que los factores aquí expuestos sean los únicos implicados en la formación y en el mantenimiento del delirio de embarazo. Probablemente sea necesario recurrir a la interacción entre diferentes elementos y a unas condiciones precipitantes determinadas. Sin embargo, parece que los resultados de las entrevistas guardan cierta coherencia con las nuevas líneas de investigación en las que los fármacos que generan elevados niveles de prolactina, y otros factores de tipo cognitivo como la interpretación errónea de las experiencias físicas (Ahuja et al., 2008b) podrían estar influyendo también en la formación y principalmente, en el mantenimiento de este tipo de ideación delirante. En este sentido, se debe insistir en la conveniencia de realizar estudios más sistemáticos en los que se midan los niveles de prolactina así como otras variables cognitivas y emocionales que a menudo se encuentran relacionadas con el delirio de embarazo ya que ayudaría a aclarar la conexión entre ambos. A la espera de esto, resultaría útil preguntarse por los síntomas del embarazo así como medir los niveles de prolactina en la investigación con pacientes que presenten estas ideas. Si se comprobase la coexistencia entre hiperprolactinemia y el delirio de embarazo, los antipsicóticos que producen bajos niveles de prolactina serían la mejor opción como tratamiento farmacológico. Igualmente, sería interesante comprobar si el delirio de embarazo es susceptible de trabajarse desde la Terapia Cognitivo Conductual, aún cuando los niveles de prolactina se mantienen altos. Este enfoque implicaría una investigación sobre la presencia de los síntomas de embarazo, la educación sobre los efectos potenciales de la medicación y la colaboración activa de la paciente para realizar ciertas pruebas.

Cabe destacar que el estudio aquí mostrado cuenta con las limitaciones propias de los diseños N = 1 en cuanto a los problemas de validez externa e interna. En este caso, la atención se ha centrado en el delirio de embarazo únicamente por ser más distintivo e infrecuente que otro tipo de síntomas así como por la gravedad de las consecuencias a las que da lugar al impedir habilidades tan básicas como el autocuidado o la salud. Sin embargo, para un análisis más completo y con el objetivo de diseñar una

intervención más exhaustiva, han de tenerse en cuenta también muestras de sujetos más amplias. Igualmente, ha de tenerse en cuenta la frecuente falta de adherencia terapéutica, ya que la no conciencia de enfermedad es una de las dificultades principales que agravan el manejo de la esquizofrenia. También debido al curso crónico que suele seguir este trastorno, ha de tenerse en cuenta la posibilidad de reversión a pesar del éxito alcanzado en la aplicación del tratamiento. Por tanto, sería conveniente realizar una adaptación por parte del profesional a las características de la persona, vinculando su recuperación con la adherencia terapéutica, consolidando la prevención de recaídas desde el inicio y fomentando el apoyo social y familiar como factores que ayuden en la toma de conciencia.

En definitiva, en la medida de lo posible, sería recomendable tener en cuenta aquellos objetivos encaminados a mejorar los déficits en el resto de áreas de tipo psicosocial (como el entrenamiento en habilidades sociales, la realización normalizada y estructurada de actividades de la vida diaria, la psicoeducación sobre hábitos saludables, y la estructuración del tiempo...) y no solo los propios del delirio de embarazo, pues son las que con mayor seguridad afectarán e impactarán en el resto de niveles como el cognitivo.

## REFERENCIAS

- Ahuja, N., Vasudev, K., & Lloyd, A. J. (2008a). Hyperprolactinemia and delusion of pregnancy. *Psychopathology*, *41*, 65-68.
- Ahuja, N., Moorhead, S., Lloyd, A. J., & Cole, A. J. (2008b). Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and delusion of pregnancy. *Psychosomatics*, *49*, 163-167.
- Berrios, G., & Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Madrid: Trotta.
- Bitton, G., Thibaut, F., & Lefèvre-Lesage, I. (1991). Delusions of pregnancy in a man. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 811-812.
- Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- De Pauw, K. W. (1990). Three thousand days of pregnancy: a case of monosymptomatic delusional pseudocyesis responding to pimozide. *British Journal of Psychiatry*, *157*, 924-928.
- Dutta, S. & Vankar, G. K. (1996). Delusions of pregnancy. A report of four cases. *Indian Journal of Psychiatry*, *38*, 254-256.
- Esquirol, J.-E. (1989). *Des maladies mentales*. Paris: Frénésie. Primera edición de 1838.
- Falloon I. R., Boyd J. L., & McGuill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem – solving approach to the treatment of mental illness*. Nueva York: The Guilford Press.
- Goldfried, M. R. y D’Zurilla, T. J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. En C. D. Spielberger (dir.), *Current topics in clinical psychology*, vol. 1 (pp. 151-196). Nueva York: The Academic Press.
- Hayes, S.C., Stroschal, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Madhusoodanan, S., Parida, S., & Jiménez, C. (2010). Hyperprolactinemia associated with psychotropics – A review. *Human Psychopharmacology*, *25*, 281–297.

- Michael, A., Joseph, A., & Pallen, A. (1994). Delusions of pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 164, 244-246.
- Milner, G. L., & Hayes, G. D. (1990). Pseudocyesis associated with folie à deux. *British Journal of Psychiatry*, 156, 438-440.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pastor, A., Blanco, A., & Navarro, D. (2010). Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (EVDP). En Pastor, A., Blanco, A., & Navarro, D. (2010) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Síntesis.
- Peralta V., & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 22, 171-177.
- Qureshi, N.A., Al-Habeeb, T.A., Al-Ghamdy, Y.S., Abdelgadir, M.H., & Quinn, J.G., (2001). Delusions of pregnancy in Saudi Arabia: a socio-cultural perspective. *Transcultural Psychiatry*; 38, 231-242.
- Seeman, M.V. (2014). Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. *World Journal of Clinical Cases*, 2(8), 338-344.
- Shankar, R. (1991). Delusions of pregnancy in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 159, 285-286.
- Valiente, C. (2002). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Síntesis.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ANEXO I

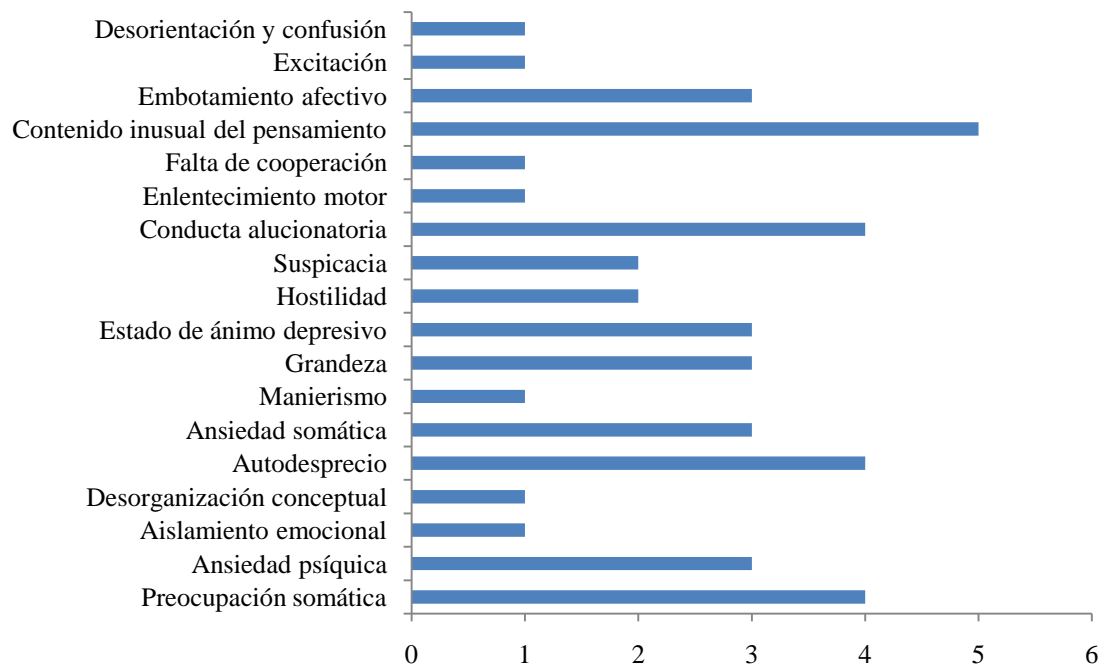
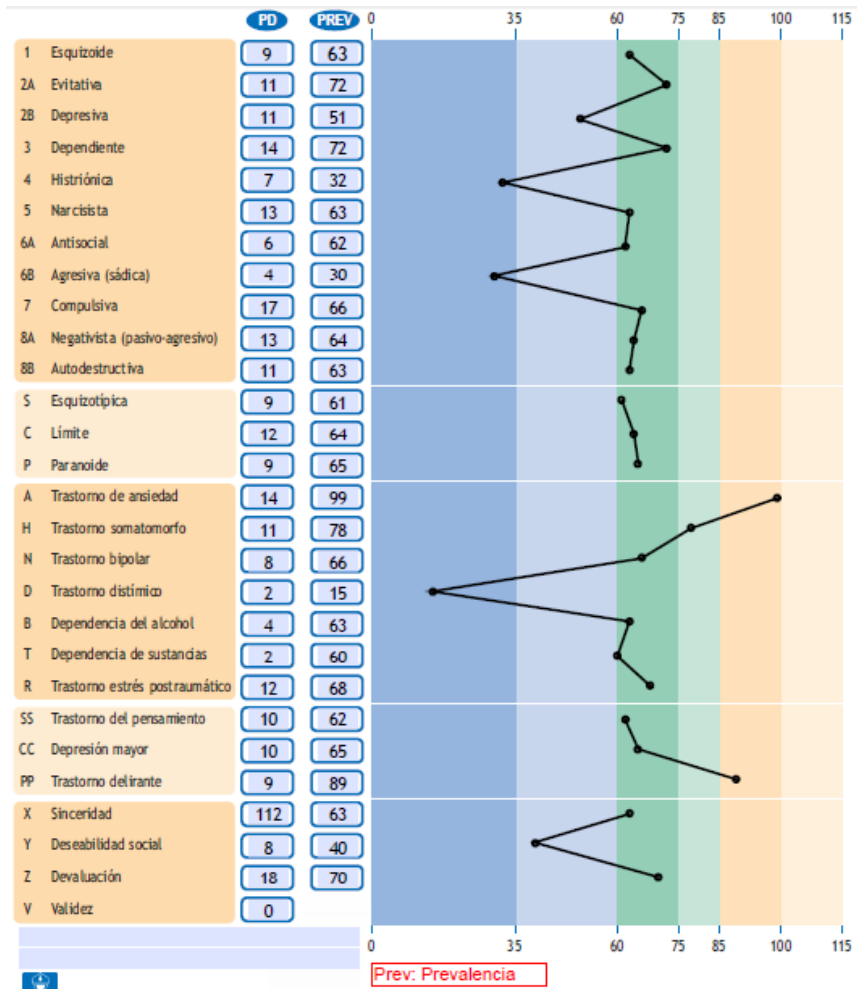
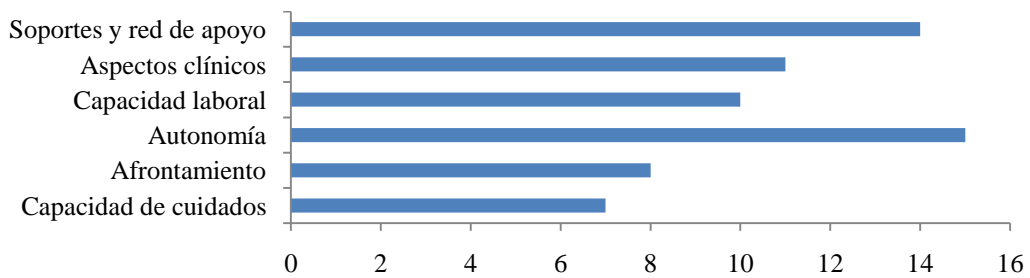


Figura I. Resultados cuantitativos en Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (BPRS)





**Figura II.** Resultados cuantitativos en Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)



**Figura III.** Resultados cuantitativos en Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (EVDP)

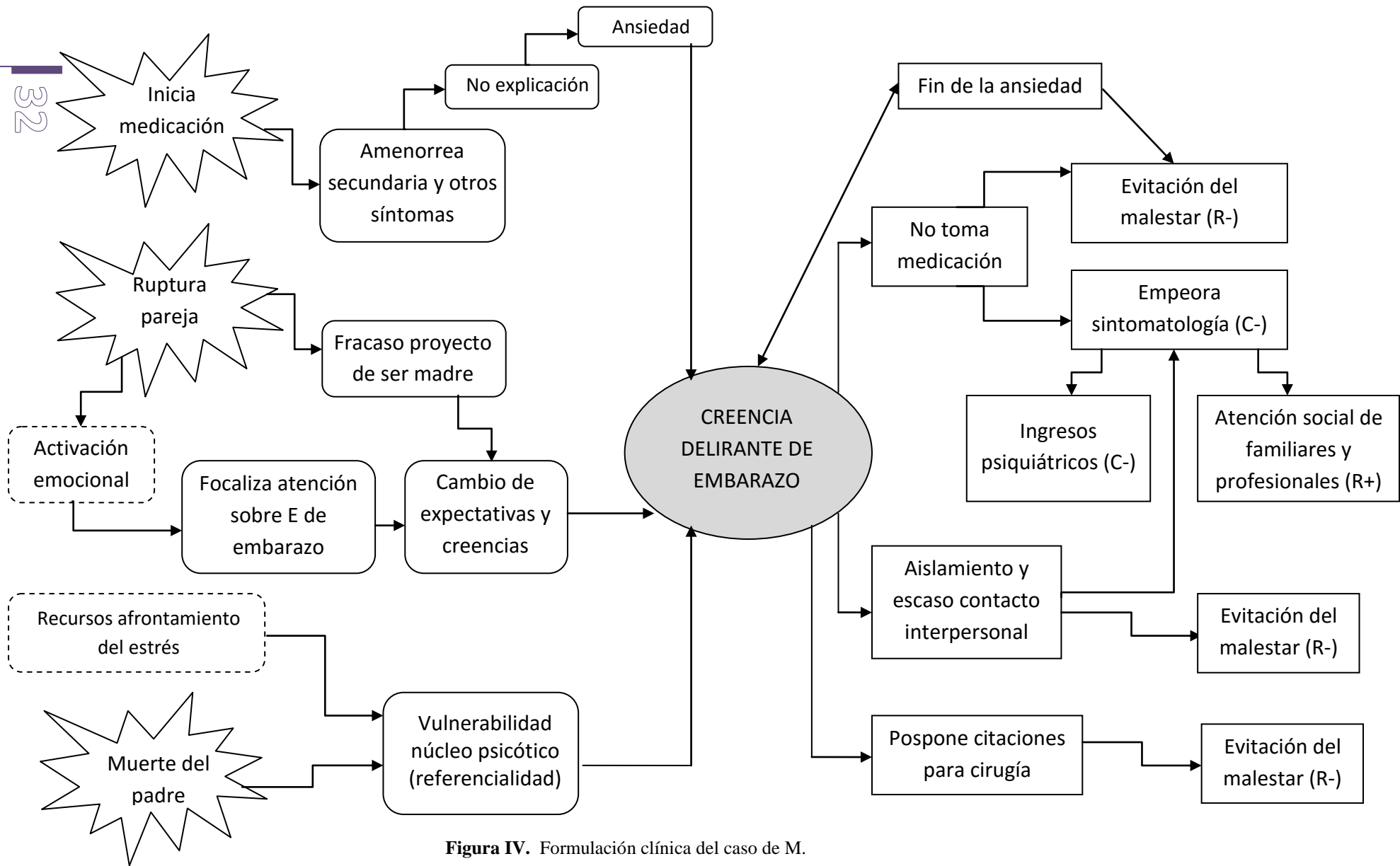


Figura IV. Formulación clínica del caso de M.

