



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Curso 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

Terapia Cognitivo-Conductual en un caso de Esquizofrenia

Autora: Marina Barceló Martínez

Tutora: María del Carmen Neipp López

Convocatoria: Junio 2019

Resumen

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad crónica que se caracteriza por síntomas positivos, negativos y cognitivos. A pesar de que su incidencia no es elevada, constituye un problema sanitario con gran discapacidad asociada. Numerosos estudios experimentales avalan la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Objetivo:* Comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la mejora de un caso de esquizofrenia. *Método:* Se ha realizado un estudio de caso de una paciente del C.R.I.S Dr. Esquerdo diagnosticada de esquizofrenia, empleando técnicas cognitivo-conductuales dirigidas, básicamente, a los delirios y las alucinaciones auditivas, pero también a los síntomas de ansiedad y depresión y a la baja autoestima. Para la comprobación de los resultados se aplicaron un conjunto de pruebas al inicio y finalización de la terapia: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Cuestionario de creencias sobre las voces (BAVQ-R), Escala de valoración de Topografía de las Voces (TVRS), Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS). *Resultados:* El tratamiento realizado supuso una evidente mejoría en el conjunto de síntomas positivos, niveles de ansiedad, depresión y autoestima. *Discusión:* La terapia cognitivo-conductual demuestra ser una herramienta de gran efectividad para promover la adaptación de la paciente con esquizofrenia a la sociedad, para controlar sus síntomas y para mejorar su funcionamiento global.

Palabras clave: Esquizofrenia, terapia cognitivo-conductual, síntomas positivos, ansiedad, depresión, autoestima.

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a chronic disease characterized by positive, negative and cognitive symptoms. Although its incidence is not high, schizophrenia is a health problem with great associated disability. Many experimental studies have proved the efficacy of cognitive-behavioral techniques treatment in schizophrenia treatment.

Objective: Proving the efficacy of cognitive-behavioral therapy in the improvement of a case of schizophrenia. *Method:* A case study of a patient diagnosed with schizophrenia, from C.R.I.S Dr. Esquerdo, was performed using cognitive-behavioral techniques directed, basically, to delusions and auditory hallucinations, but also to anxiety and depression symptoms and low self-esteem. In order to check the results, a set of tests were applied at the beginning and the end of the therapy: Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck II Depression Inventory (BDI-II), Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR), Beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R), Topography of Voices Rating Scale (TVRS), Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS). *Results:* The applied treatment led to a significant improvement of positive symptoms and anxiety, depression and self-esteem levels. *Discussion:* Cognitive-behavioral therapy proves to be a highly effective tool to promote the patient with schizophrenia adaptation to society, to control her symptoms and to improve her overall functioning.

Key words: Schizophrenia, cognitive-behavioral therapy, positive symptoms, anxiety, depression, self-esteem.

Introducción

La esquizofrenia constituye un problema sanitario y social de grandes dimensiones que afecta no sólo al paciente sino a su entorno familiar y social. A nivel mundial, para esta enfermedad se calcula una prevalencia de entre el 0,5 y 1,5 % de la población, existiendo en general poca variación cultural (Rodríguez, Castro, Sanhueza, del Valle y Martínez, 2011).

Es un padecimiento de baja incidencia pero con gran discapacidad asociada, que se caracteriza por la presencia de tres grandes grupos de síntomas: los síntomas positivos –resultado de procesos mentales anormales (alucinaciones y delirios)–, los síntomas negativos –la disminución/ausencia de funcionamiento mental normal (aplanamiento afectivo, aislamiento, disminución de la motivación o energía y anhedonia)–, y los síntomas desorganizados, relativos a la desorganización en el pensamiento, lenguaje o comportamiento (circunstancialidad, tangencialidad, descarrilamiento, “ensalada” de palabras, lentitud psicomotriz, movimientos o gestos rítmicos y repetitivos y conductas extrañas sin un propósito definido) (Morales, Fresán, Robles y Domínguez, 2015).

Hoy en día, las estrategias psicosociales se consideran parte sustancial del tratamiento de la esquizofrenia; especialmente si se tiene en cuenta la limitada efectividad de los fármacos en la mejoría de los síntomas negativos. Aunque estos síntomas no son tan prominentes como los positivos, constituyen a largo plazo los mejores indicadores de la discapacidad relacionada con la enfermedad, pues interfieren con la capacidad del paciente para funcionar en la vida diaria (Morales et al., 2015).

Entre las intervenciones psicosociales más empleadas en el tratamiento de la esquizofrenia destacan, debido a su efectividad, las terapias cognitivo conductuales (TCC) (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006).

La terapia cognitivo-conductual para la psicosis consiste en una intervención estructurada dirigida a ayudar a las personas a entender mejor el desarrollo y los factores de mantenimiento de sus síntomas psicóticos y aprender estrategias específicas de afrontamiento conductual y cognitivo activo, para reducir el estrés, los problemas en el funcionamiento psicosocial y las interferencias en el logro de sus objetivos personales, causados por estos síntomas (Beck y Rector, 2000).

Las técnicas de intervención de corte cognitivo-conductual están demostrando cada vez más su eficacia en la prevención de las recaídas (Kuipers, 2012) y en el manejo de problemas de pacientes con esquizofrenia (Kern, Glynn, Horan y Marder, 2009); promueven su recuperación e integración a la comunidad debido a que se dirigen hacia componentes clave para la funcionalidad como la estabilidad sintomática, la promoción de una vida independiente, el establecimiento laboral y el adecuado funcionamiento social (Burns, Erickson y Brenner, 2014; Jauhar et al., 2014; Kuipers, 2012; Kern et al., 2009; Roder, Müller, Brenner y Spaulding, 2011).

Así mismo, las guías oficiales de tratamiento, tanto en el Reino Unido como en los Estados Unidos, consideran a las intervenciones psicológicas como esenciales para el tratamiento de la esquizofrenia, y ahora incluyen la TCC, en especial para la psicosis (NICE, 2014). De hecho, en el Reino Unido se considera de forma estandarizada la utilización de terapia cognitivo-conductual junto al tratamiento psicofarmacológico como el tratamiento más eficaz en psicosis (Prytys, Garety, Jolley y Onwumere, 2011).

Es por ello que, con el presente estudio, se pretende determinar si la terapia cognitivo-conductual constituye una intervención psicológica eficaz en el tratamiento de este caso de esquizofrenia.

Una de las variables que se va a evaluar para comprobar si la TCC ha sido efectiva son los síntomas positivos (concretamente las alucinaciones auditivas y delirios), ya que la literatura científica disponible deja evidencias de la efectividad de la terapia cognitivo-conductual tanto en síntomas positivos como negativos, mejorando el insight, el cumplimiento terapéutico y la agresividad en pacientes esquizofrénicos (Rathod, Phiri y Kingdom, 2010). Por ello, resulta pertinente para este estudio aplicar la TCC con el objetivo de corroborar una esperable mejoría de los síntomas positivos y/o un mayor control de los mismos.

Además de los síntomas psicóticos, otras variables sobre la que se considera intervenir en este estudio son la autoestima y la depresión.

Por un lado, la baja autoestima ha mostrado estar asociada con muchos problemas de salud mental, incluyendo la esquizofrenia (Kesting et al., 2011) y es de interés trabajar en ella, puesto que, además, ha sido considerada como un factor significativo en el incremento de la vulnerabilidad a la depresión. Muchos pacientes con esquizofrenia frecuentemente tienen una imagen negativa de sí mismos y asumen los estereotipos sobre la enfermedad mental (Yanos et al., 2008). Por lo tanto, son vulnerables al autoestigma, que les lleva a una reducción de sus esperanzas respecto al futuro y de su autoestima (Wittorf et al., 2010).

La baja autoestima probablemente es un producto de la psicosis, representando un riesgo de depresión y creando una percepción de fracaso o creencias negativas sobre uno mismo: todo esto mantiene los síntomas e incrementa la carga del trastorno sobre el

paciente (Berna et al., 2011; Schimansky et al., 2010). Algunas investigaciones han propuesto que las personas con esquizofrenia que muestran una baja autoestima tienen una marcada tendencia hacia la depresión (Borras et al., 2009). De hecho, los síntomas de depresión muestran una alta prevalencia en pacientes con trastornos psicóticos, alcanzando una tasa de comorbilidad del 50% (Braga, Reynolds y Siris, 2013). Es por esto que se considera conveniente valorar no solo la autoestima, sino también la depresión.

Estudios como el de Lecomte et al., (2008) demuestran mejorías en los niveles de autoestima gracias a la TCC que no se encuentran en el grupo control. Respecto a la depresión, también existe evidencia científica que demuestra que la TCC es efectiva en la reducción de sus síntomas, como es el estudio de Hans y Hiller (2013), o el de Opoka y Lincoln (2017). En este último se aplica la TCC en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que presentan síntomas depresivos, logrando mejoras significativas en dichos síntomas, entre otros.

Por último, otra variable a tener en cuenta en este estudio es la ansiedad, ya que, en el ámbito de la psicosis, es conocida la presencia de perturbación asociada a la sintomatología positiva.

Las conclusiones del estudio llevado a cabo por Pastor, Cuevas, Ductor, Perona y Salas en 2010 confirman su hipótesis de que los pacientes con esquizofrenia muestran una mayor sensibilidad a la ansiedad respecto a la población no clínica. El modo en que el paciente valora sus síntomas psicóticos desempeña un papel importante sobre el ánimo negativo y la activación fisiológica, siendo especialmente relevante la valoración cognitiva de la amenaza percibida sobre el bienestar del individuo.

Además, es oportuno tener en cuenta la ansiedad como variable de estudio porque los trastornos psicóticos tienen una tasa de comorbilidad del 38% con los trastornos de ansiedad (Buckley, Miller, Lehrer y Castle, 2009).

Puesto que existen estudios que demuestran que la TCC mejora los síntomas de ansiedad en pacientes con esquizofrenia, como es el de Muñoz, Manzano, Navas, Santos, Ortiz (2012), o el de Opoka y Lincoln (2017), uno de los objetivos que persigue la intervención psicológica en la psicosis desde el paradigma cognitivo-conductual es el de aumentar la tolerancia a la sintomatología psicótica de los pacientes y reducir, de este modo, los síntomas de ansiedad.

Por todo esto, el objetivo general de este estudio es comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la mejora de un caso de esquizofrenia.

Si desglosamos dicho objetivo en otros más específicos, mediante el presente estudio se pretende:

- ✓ Comprobar la eficacia de la técnicas cognitivo-conductuales en la mejora de la autoestima de la paciente con esquizofrenia.
- ✓ Comprobar la eficacia de la técnicas cognitivo-conductuales en la mejora de los niveles de depresión de la paciente con esquizofrenia.
- ✓ Comprobar la eficacia de la técnicas cognitivo-conductuales en la mejora de los niveles de ansiedad de la paciente con esquizofrenia.
- ✓ Comprobar la eficacia de la técnicas cognitivo-conductuales en la mejora de los síntomas psicóticos de la paciente con esquizofrenia.

Las hipótesis planteadas en este estudio son que, al finalizar la intervención cognitivo-conductual:

- ✓ Disminuirán los niveles de ansiedad de la paciente diagnosticada de esquizofrenia.
- ✓ Disminuirán los niveles de depresión de la paciente diagnosticada de esquizofrenia.
- ✓ Aumentará la puntuación en autoestima en la paciente diagnosticada de esquizofrenia.
- ✓ Se reducirán los síntomas psicóticos de la paciente diagnosticada de esquizofrenia.

El cumplimiento de estas hipótesis demostraría, por tanto, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento para este caso de esquizofrenia.

Método

Participante:

La paciente es una mujer de 35 años, tiene un hijo de 13 y pareja desde hace más de 15 años (padre de su hijo). Actualmente, viven separados y ella con su hijo y sus padres. Con todos ellos asegura tener muy buena relación y le proporcionan un enorme apoyo. También guarda buena relación con sus dos hermanos, sus cuñadas y sus sobrinos, pero no tiene más red social. Detuvo sus estudios en 2º de ESO, desde entonces ha tenido algunos empleos temporales, pero en estos momentos, y desde hace muchos años, no trabaja.

Desde su adolescencia hasta la actualidad ha estado siempre preocupada por su imagen física. Relaciona la agudización de síntomas con las bajadas bruscas de peso. Además, reconoce ser una persona celosa, mostrando a menudo conductas de celos hacia su pareja.

La paciente informa del inicio de experiencias psicóticas a la edad de 26: alucinaciones auditivas, pensamientos obsesivos e ideas delirantes. Síntomas que, desde

entonces, no han remitido, teniendo periodos de mayor agudización, sufrimiento y necesidad de ingreso en unidad hospitalaria psiquiátrica. Se encuentran antecedentes familiares por esquizofrenia en uno de sus tíos por parte de madre. Su origen podría guardar relación con un periodo que ella percibe como de elevado estrés al irse a vivir con su hijo y su pareja, en el mismo año que debutaron los síntomas.

En 2010 comienza contacto con su Unidad de Salud Mental, donde es tratada mediante tratamiento farmacológico. Constan en su historia clínica los diagnósticos de Esquizofrenia Paranoide y Discapacidad Intelectual Leve.

Su Unidad de Salud Mental, ante la disfuncionalidad diaria, el progresivo aislamiento, la no cesión de la sintomatología positiva y el sufrimiento de la paciente y de su familia, deriva a la paciente al C.R.I.S (Centro de Rehabilitación e Integración Social) Dr. Esquerdo, con los objetivos de mejorar su funcionamiento psicosocial, aumentar la realización de actividades y facilitar las relaciones personales. Se incorpora a dicho centro en abril de 2018.

Desde el C.R.I.S, en el momento de su evaluación, se observan dificultades en varias áreas de su vida debidas a la interferencia de la sintomatología psicótica:

- *Estado emocional y clínico:* Verbaliza tener alucinaciones auditivas muy frecuentes (todos los días, varias veces al día) que condicionan su día a día, evitando realizar actividades o ir a sitios donde anticipa que las voces pueden intensificarse. Percibe muchas voces distintas que no conoce, especialmente en tercera persona (“Esta tía no se ducha”), aunque también muy frecuentes en segunda (“Ayuda a tu madre a limpiar, no seas guarra”, “Voy a hacerte la vida imposible”).

Además, durante la evaluación se observan ideas delirantes de referencia (como que hablan de ella por la calle o en la televisión), eco del pensamiento, ideas obsesivas de hacerse daño a ella misma y a otros (con los consiguientes mecanismos de

protección), imágenes intrusivas e interpretación de gestos y pensamiento de los demás. Cree escuchar principalmente el pensamiento de los hombres (“Quiero algo contigo”) y le parece percibir mensajes a través de la respiración de otras personas (“Te he puesto los cuernos”), el ruido del ventilador, etc.

Todo ello le genera unos niveles de ansiedad muy altos, manteniendo el malestar emocional de manera constante.

- *Afrontamiento personal y social*: La paciente maneja como puede el estrés diario al que se ve expuesta por los síntomas de su enfermedad. Dispone de escasas habilidades propias de afrontamiento. Tiende a evitar situaciones sociales y espacios fuera de casa, con lo que, en los últimos dos años ha llegado a desarrollar un gran aislamiento social.

- *Autonomía básica*: En autónoma en sus autocuidados, tiene hábitos de higiene y una buena apariencia física. Sabe realizar algunas tareas domésticas, pero verbaliza sentirse muy cansada, con gran apatía y falta de iniciativa a la hora de comenzar a realizar cualquier actividad.

Desde su llegada al centro hasta la actualidad se ha ido incorporando progresivamente a algunas de las actividades que oferta el C.R.I.S, además de la terapia psicológica individual: sesiones de marcha nórdica, programa de alimentación saludable y salidas de ocio, todas ellas de frecuencia semanal y en grupo, con otros usuarios del centro.

Variables e Instrumentos:

Para poder valorar los cambios obtenidos mediante la terapia cognitivo-conductual, se han medido, tanto al principio como al final de la intervención, las siguientes variables: alucinaciones auditivas, delirios, autoestima, depresión y ansiedad.

Para cada una de estas variables, se han utilizado unos instrumentos concretos:

- Alucinaciones auditivas:

- Cuestionario de creencias sobre las voces revisado (BAVQ-R) (*Chadwick, Lees y Birchwood, 2000*):

Es un cuestionario compuesto por 35 ítems orientados a evaluar cómo cree el paciente que son sus voces, cómo actúa ante ellas y qué siente, utilizando una escala de respuesta de 0 a 3: No estoy de acuerdo, No estoy seguro, Ligeramente de acuerdo, Muy de acuerdo.

Distingue 5 subescalas: Benevolencia, Malevolencia, Omnipotencia, Resistencia e Involucramiento. Las tres primeras puntúan entre 0 y 18, Resistencia puntúa entre 0 y 27 y, por último, Involucramiento puntúa entre 0 y 24.

Los índices de consistencia interna de la versión en español van de 0.74 a 0.88 en todas sus subescalas, y resultaron similares a los de la versión original revisada, por lo que se considera un instrumento fiable y válido que permite medir aspectos claros y estables de las alucinaciones auditivas de los pacientes (*Robles, Páez, Zúñiga, Rizo y Hernández, 2004*).

- Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS) (*Haddock, McCarron, Terrier y Faragher, 1999*).

Consiste en una entrevista semiestructurada diseñada para evaluar los aspectos subjetivos de las alucinaciones auditivas y los delirios. La escala de alucinaciones contiene 11 ítems, con una escala de respuesta de 5 puntos tipo Likert (0-4).

Cada ítem presenta 5 afirmaciones que van de un menor a un mayor grado del aspecto que se esté midiendo, los cuales son: Frecuencia, duración, localización, intensidad, creencia sobre la procedencia de las voces, cantidad de contenido negativo de las voces, grado del contenido negativo, cantidad de angustia, intensidad de la angustia, trastorno causado por las voces en la vida del paciente, control sobre las voces.

Las puntuaciones en esta escala pueden oscilar entre 0 y 44, no existiendo puntos de corte descritos, sino que, a mayor puntuación, mayor gravedad de las alucinaciones.

En el estudio original se detectó una estructura de tres factores en el análisis factorial de las alucinaciones auditivas: las características emocionales, las características físicas y la interpretación cognitiva.

Existe una versión española (González, Sanjuán, Cañete, Echanove y Leal, 2003) para la escala de alucinaciones auditivas, que muestra en todos sus ítems un índice de Alfa de Cronbach superior a 0.85.

- Escala de valoración de topografía de las voces (*Hustig y Hafner, 1990*).

Esta escala consiste en un cuestionario de 5 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1-5), empleada para evaluar los siguientes aspectos de las voces: Frecuencia, Volumen, Claridad, Angustia y Distractibilidad. Cada ítem mide uno de estos aspectos, adaptando las 5 alternativas de respuesta a cada uno de ellos.

Por ejemplo:

“Estos últimos días mis voces han sido...

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Muy frecuentes</i>	<i>Bastante frecuentes</i>	<i>Regular</i>	<i>Poco frecuentes</i>	<i>Ausentes”</i>

Es importante tener en cuenta que, para interpretar cada uno de dichos aspectos, una *menor puntuación* significa una *mayor intensidad* de los mismos, mientras que una mayor puntuación equivale a una disminución de su intensidad.

En el estudio original, versión americana, se utilizó el método de test-retest para determinar el índice de fiabilidad del instrumento, obteniéndose una correlación para todas las variables superiores a 0.74. Este coeficiente demuestra que la escala cuenta con un adecuado grado de fiabilidad, no encontrándose adaptación de la misma en población española.

A pesar de no haberse encontrado un estudio acerca de la versión en español, se ha podido encontrar una traducción de esta escala en el libro de Cuevas, Perona, Lemos y Vallina (2003), titulado *“Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: guía clínica”*.

- Delirios:

- Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Terrier y Faragher, 1999).

Esta escala ya ha sido anteriormente mencionada en el apartado de instrumentos utilizados para la evaluación de las alucinaciones auditivas, puesto que, como se ha comentado, contiene una escala de evaluación para las alucinaciones auditivas y otra para los delirios.

La escala de delirios está formada por 6 ítems, con una escala de respuesta de 5 puntos tipo Likert (0-4). En dicha escala, al igual que en la de alucinaciones auditivas, cada ítem presenta 5 afirmaciones que van de un menor a un mayor grado del aspecto que se esté midiendo (duración de la preocupación, convicción, cantidad de angustia...). Su puntuación total puede oscilar entre 0 y 24 y, recordando que no existen puntos de corte descritos, una mayor puntuación significaría una mayor gravedad de los delirios.

Para la escala de delirios, en el estudio original, se detectó una estructura de dos factores: las características emocionales y la interpretación cognitiva.

A diferencia de la escala de alucinaciones auditivas, no se encuentra una adaptación en población española, aunque sí una versión en población portuguesa (Telles et al., 2017). Respecto a la fiabilidad, encontramos que dicha versión tiene un Alfa de Cronbach de 0.89, demostrando por tanto una excelente consistencia interna.

- Autoestima:

- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (*Rosenberg, 1989*).

- Esta escala está compuesta por 10 ítems centrados en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

- Su puntuación está diseñada como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo).

Existe un estudio de la adaptación española de esta escala, que fue aplicada a una muestra de pacientes con diagnóstico de psicosis, llevado a cabo por Vázquez, Vázquez y Bellido en 2013. En este estudio, consta que el coeficiente Alfa de Cronbach para el conjunto de la muestra es de 0.86, por lo que su índice de fiabilidad es adecuado.

La prueba permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia, en este caso, la utilizada en la adaptación española en pacientes con diagnóstico de psicosis:

Tabla 1.

Percentiles de la muestra de referencia en la EAR.

<i>Percentiles</i>	<i>Puntuación Total en EAR</i>
1	10,4
10	19,8
20	23
30	24,4
40	26
50	27
60	29
70	30,6
80	33
90	34,2
99	39,8

- Depresión:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (*Beck, Steer y Brown, 1996*).

Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. Valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. Cada grupo de afirmaciones puntúa de 0 a 3.

El manual original del BDI-II propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes:

Tabla 2.

Puntos de corte del BDI-II.

<i>Puntuación Total</i>	<i>Nivel de Depresión</i>
0-13	Depresión mínima
14-19	Depresión leve
20-28	Depresión moderada
29-63	Depresión grave

En el estudio de la adaptación española del BDI-II (Sanz, Vázquez y Perdigón, 2003), aplicado en población general, se lleva a cabo el análisis de la consistencia interna, obteniéndose un coeficiente alfa de 0.87, lo que indica una muy buena fiabilidad.

- Ansiedad:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (*Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988*).

El BAI fue construido para evaluar conductas (cognitivas, emocionales, motoras o fisiológicas) anormales o patológicas de ansiedad (ansiedad clínica).

Es un cuestionario compuesto por un listado de 21 síntomas frecuentes de ansiedad que recoge el grado de molestia que le ha provocado cada uno de esos síntomas en los últimos 7 días, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (0 a 3): 0-Ninguno, 1-Ligero, 2-Moderado o 3-Grave.

Para su interpretación, los rangos de esta escala se clasifican de la siguiente manera (Beck y Steer, 1993):

Tabla 3.

Puntos de corte del BAI.

<i>Puntuación Total</i>	<i>Nivel de ansiedad</i>
0-7	Mínimo
8-15	Leve
16-25	Moderado
26-63	Grave

Atendiendo al estudio de Sanz (2014), se encuentran los datos del análisis psicométrico de la versión española del BAI en población general, donde el coeficiente de Alfa de Cronbach de consistencia interna es 0.92.

Justificación de la elección del tipo de intervención.

La intervención ha consistido en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual, puesto que, como se ha explicado en la introducción, esta modalidad terapéutica destaca entre las intervenciones psicosociales más empleadas en el tratamiento de la esquizofrenia, debido a su efectividad (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006).

Su eficacia está demostrada no sólo en el tratamiento de los síntomas positivos (Rathod, Phiri y Kingdon, 2010), sino también en la mejora de aspectos como la autoestima (Lecomte et al., 2008), la depresión (Hans y Hiller, 2013; Opoka y Lincoln, 2017) y la ansiedad (Muñoz et al., 2012; Opoka y Lincoln, 2017), siendo todas ellas variables con necesidad de tratamiento en este caso clínico.

Debido a que la paciente se incorporó al C.R.I.S Dr. Esquerdo con los objetivos personales de mejorar su funcionamiento psicosocial, lograr una vida independiente, aumentar la realización de actividades y facilitar las relaciones personales, además de lograr el control de los síntomas psicóticos, resulta también pertinente la elección de una terapia cognitivo-conductual. Cabe recordar que la TCC para la psicosis ayuda a las personas a entender mejor el desarrollo y los factores de mantenimiento de sus síntomas psicóticos y aprender estrategias específicas de afrontamiento conductual y cognitivo activo, para reducir el estrés, los problemas en el funcionamiento psicosocial y las interferencias en el logro de sus objetivos personales (Beck y Rector, 2000).

Además, en el C.R.I.S se dispone del tiempo y espacio necesarios para poder llevar a cabo la TCC en las sesiones individuales de psicoterapia.

Objetivos y contenido de la intervención

Con la terapia cognitivo-conductual se persigue:

✓ Una reducción de los síntomas positivos, así como un mayor control de los mismos: la paciente presenta constantes alucinaciones auditivas e ideas de referencia que le generan un gran sufrimiento.

✓ Reducir los niveles de ansiedad en situaciones sociales (aparece como respuesta a la interferencia de los síntomas positivos), así como las conductas pro-depresión.

✓ Lograr la mejora de su autoestima. Tiene un negativo autoconcepto de sí misma y mucha atribución de valor personal a la imagen física (sobre todo en lo relativo al peso), así como respuestas cognitivas de inferioridad y conductas de celos.

Para ello, el contenido de la intervención incluye:

- ✓ Sesiones dedicadas a la Evaluación Psicológica.
- ✓ Sesiones de Psicoeducación.
- ✓ Sesiones de Entrenamiento en Relajación.
- ✓ Sesiones de Terapia Cognitiva.
- ✓ Sesiones de Trabajo de la Autoestima.
- ✓ Sesiones de Exposición en Vivo.
- ✓ Sesiones de Evaluación Post-tratamiento.

Destinatarios de la intervención, nivel de intervención y funciones de la intervención:

Consiste en una intervención psicológica a nivel individual, con una paciente del C.R.I.S Dr. Esquerdo diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide. Se aplica la terapia cognitivo-conductual con una función terapéutica para el tratamiento de su trastorno.

Integración de la intervención dentro del enfoque multidisciplinar de intervenciones del centro:

Las sesiones individuales de psicoterapia forman parte de una intervención multidisciplinar del C.R.I.S, puesto que, en el caso de nuestra paciente, dichas sesiones se complementan con distintas actividades y programas grupales en los que participa, dirigidos por otros profesionales del equipo de trabajo y a los que asiste con otros usuarios del centro.

Participando en éstos, se persiguen objetivos como aumentar su red social y de apoyo, promover/facilitar su desarrollo personal mediante actividades ocupacionales de su interés, mantenerse activa ocupando el tiempo libre, reducir el aislamiento social y encontrar nuevas aficiones. Los programas en los que participa son: marcha nórdica, programa de alimentación saludable y salidas de ocio. Todos ellos contribuyen a alcanzar algunos de sus objetivos.

Procedimiento:

Se accede a la paciente a través del C.R.I.S Dr. Esquerdo, derivada desde su Unidad de Salud Mental para recibir terapia psicológica. Seguidamente, es en dicho centro donde se lleva a cabo la terapia, realizada por dos psicólogas del mismo: una como terapeuta y otra como co-terapeuta.

Se inicia el contacto con la paciente a finales de abril de 2018 y se concluye en febrero de 2019, manteniendo durante ese tiempo sesiones semanales de una hora de duración.

Antes de comenzar la terapia, se obtiene un consentimiento informado de la paciente, sobre los procedimientos relativos al tratamiento, la elaboración de un informe, la información y documentación incluida en él, así como sus posibles usos. Se garantiza la provisión de información completa para el consentimiento informado, haciéndole conocedora de la confidencialidad de ésta y marcando el secreto profesional como el eje fundamental de la relación con la paciente.

Además, previamente a las sesiones de intervención, y con toda la información obtenida en las entrevistas de evaluación, se establece la línea base de los aspectos evaluados y se elabora el análisis funcional (Anexo 1).

Tras ello, se formula la hipótesis funcional de que si las respuestas de escape y evitación son promovidas por el intenso malestar que le provocan los síntomas positivos y los pensamientos obsesivos que aparecen en múltiples situaciones, resulta imprescindible modificar el afrontamiento de los mismos. Una vez logrado un mayor control de los síntomas y un cambio en sus interpretaciones, la paciente se verá más capaz para afrontar las situaciones temidas mediante una exposición gradual, controlando las respuestas de escape, con el objetivo de descondicionar la ansiedad asociada a tales situaciones. De este modo se logrará una reducción *progresiva* del malestar y la mejora de su funcionamiento psicosocial.

Las sesiones mantenidas con la paciente (desarrolladas en el Anexo 2) se organizaron de la siguiente manera:

Tabla 4.

Sesiones de terapia, objetivos y contenido.

Sesiones	Objetivos	Contenido
<i>Evaluación Psicológica</i> (4 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr una completa recopilación de información de interés. - Establecer la línea base. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas con la paciente, así como con su padre y su pareja. - Administración de cuestionarios y registros.
<i>Psicoeducación</i> (2 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la motivación y compromiso de la paciente respecto al tratamiento. - Crear una buena alianza terapéutica. - Aumentar la comprensión y los conocimientos de la paciente sobre el trastorno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista de devolución. - Establecimiento de los objetivos de la terapia. - Presentación y explicación del tratamiento. - Psicoeducación sobre el trastorno. - Consentimiento informado.
<i>Técnicas de Relajación</i> (2 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar algunos de los síntomas fisiológicos de la ansiedad, como las palpitaciones. - Controlar la tensión muscular del cuerpo en situaciones de elevada ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en <i>Relajación Muscular Progresiva de Jacobson</i>. - Entrenamiento en <i>Respiración abdominal</i>. - Elaboración de la <i>jerarquía de exposición en vivo</i>.

Sesiones	Objetivos	Contenido
<i>Terapia Cognitiva</i> (9 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los propios sesgos cognitivos. - Sustituir el diálogo interno por afirmaciones menos amenazantes. - Aumentar el repertorio de estrategias cognitivas de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo cognitivo de los síntomas positivos. - Explicación del papel de los pensamientos en el mantenimiento del problema. - Se enseña la técnica de <i>Reestructuración cognitiva</i>. - Uso de las <i>autoinstrucciones</i>. - Explicación del papel que puede tener su nivel de estrés en la intensificación de los síntomas. - Explicar las diferencias entre alucinaciones auditivas y pensamientos intrusivos o automáticos.
<i>Exposición en vivo</i> (18 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontar las situaciones temidas donde suelen dispararse los síntomas, previniendo las respuestas de huida. - Ser capaz de mantenerse en cualquier situación sin ansiedad. - Reducir el aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición gradual siguiendo la jerarquía. - Autoexposición entre sesiones. - Combinación con técnicas de relajación. - Reforzamiento.

Sesiones	Objetivos	Contenido
<i>Autoestima</i> <i>(2 sesiones)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar los niveles de autoestima. - Tomar conciencia de las cualidades personales. - Aumentar la importancia de cualidades propias que infravalora. - Reducir la gran atribución de valor personal que la paciente da a imagen física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje de las preocupaciones respecto al aspecto físico: Peso, ejercicio físico y alimentación saludable. Técnicas y actividades. - Se trabajan con la paciente sus inseguridades: celos, miedo a que su pareja le sea infiel. Discusión cognitiva. - Trabajo relacionado con las cualidades personales.
<i>Evaluación</i> <i>Post-tratamiento</i> <i>(2 sesiones)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrastar los resultados del tratamiento. - Tener claro cómo afrontar, en futuras situaciones, los síntomas positivos en caso de que se dispararan. - Comprender la importancia de seguir aplicando las técnicas aprendidas para evitar recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de los mismos cuestionarios. - Mantenimiento y la prevención de recaídas. - Devolución resultados y análisis de la evolución. - Reforzamiento del trabajo realizado.

Tipo de diseño:

El presente trabajo es un estudio de caso de tipo AB, es decir, hay dos medidas: en la condición A se miden las variables sin estar en tratamiento y en la condición B se introduce el tratamiento y se realiza una nueva medida de las mismas variables.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cada una de las variables evaluadas, comparando la condición pre-tratamiento con la de post-tratamiento.

- Ansiedad:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):

La paciente muestra una puntuación total de 23 en el pre-tratamiento, considerándose un nivel de ansiedad *moderado*, frente a una puntuación de 10 en el post-tratamiento, considerada un nivel de ansiedad *leve*, se puede observar que se ha producido una importante disminución de los niveles de ansiedad de la paciente (Gráfico 1).

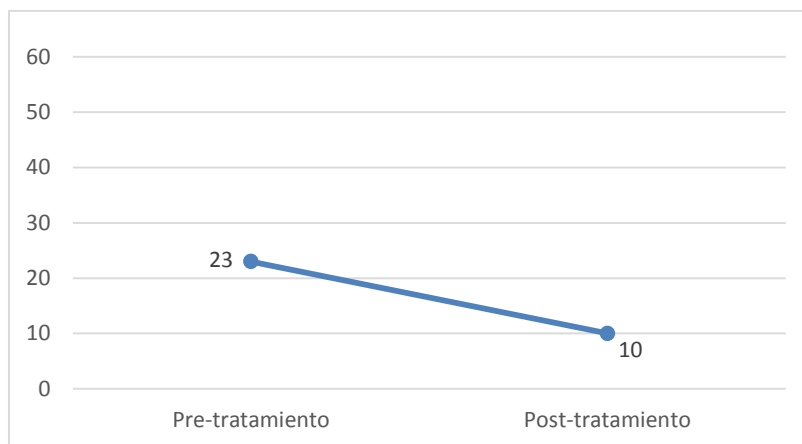


Gráfico 1: Nivel de ansiedad pre-tratamiento y post-tratamiento.

- Depresión:

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II):

Como se puede apreciar en la siguiente gráfica (Gráfico 2), las puntuaciones han pasado de 27 en el pre-tratamiento a 14 en el post-tratamiento, lo que se traduce en una considerable disminución del nivel de depresión de la paciente, siendo inicialmente un nivel de depresión *moderada*, cercano a grave, y finalmente un nivel *leve* pero muy cercano al de depresión mínima.

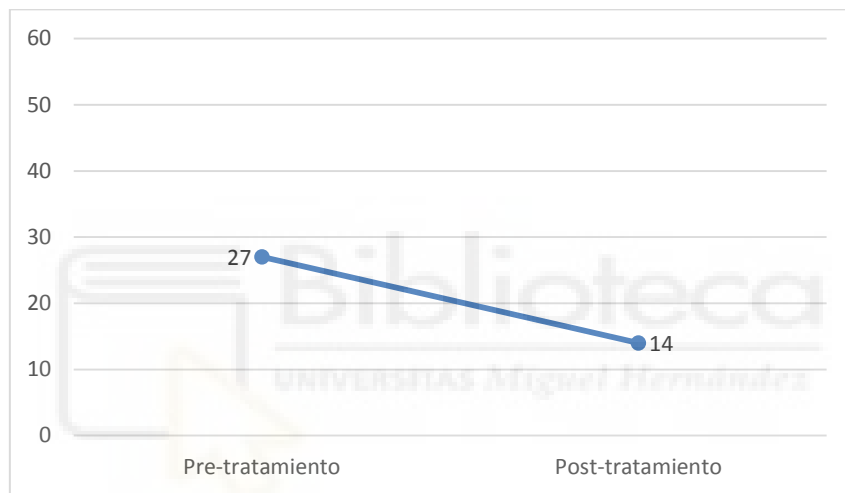


Gráfico 2: Nivel de depresión pre-tratamiento y post-tratamiento.

- Autoestima:

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR):

Como muestra el Gráfico 3, se da un aumento en el nivel de autoestima de la paciente al contrastar las condiciones de pre y post-tratamiento, partiendo de una puntuación de 27 hasta una de 35.

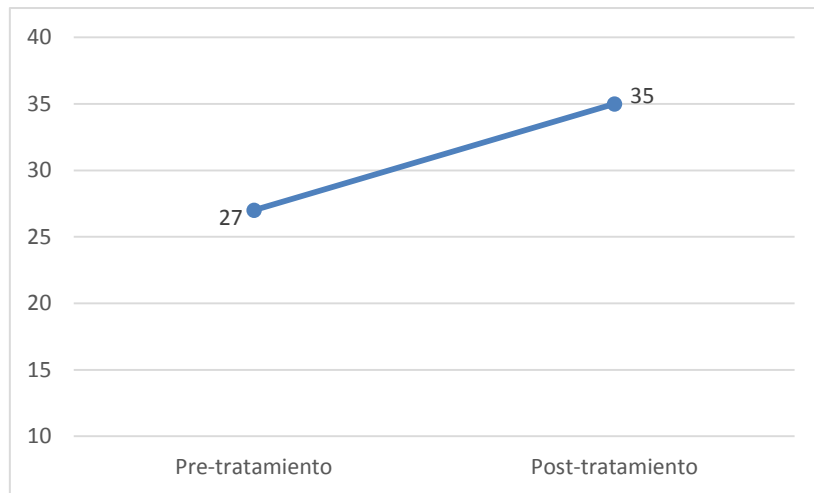


Gráfico 3: Nivel de autoestima pre-tratamiento y post-tratamiento.

A pesar de que no se establecieron inicialmente puntos de corte, la puntuación inicial (27) coincide con el percentil 50 de la muestra de pacientes con psicosis utilizada en el estudio de la adaptación española de este instrumento, mientras que, la puntuación post-tratamiento (35) únicamente la alcanzan menos del 10% de dicha muestra. Por tanto, teniendo en cuenta tal estudio, se puede considerar que, tras la intervención, la paciente alcanza una puntuación alta en autoestima.

- Síntomas positivos:

Cuestionario de creencias sobre las voces (BAVQ-R):

Se ha dado un cambio cualitativo muy notable en las dimensiones de Malevolencia, Benevolencia y Omnipotencia. Después del tratamiento, las creencias relacionadas con cada una de dichas propiedades de las voces han cambiado, considerándolas finalmente menos malevolentes, menos benevolentes y, especialmente, menos omnipotentes que antes de la terapia (Gráfico 4).

Sin embargo, las dimensiones de Resistencia e Involucramiento con las voces se han mantenido inalteradas, salvo un ligero descenso de la segunda de éstas. Por tanto, tras el tratamiento la paciente continúa mostrando la misma resistencia a sus voces y un involucramiento nulo con éstas (Gráfico 5).

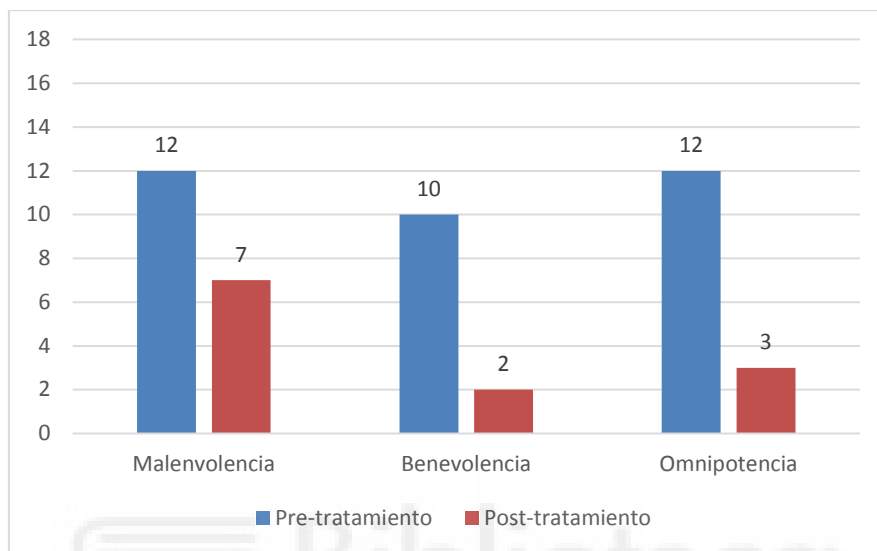


Gráfico 4: Malevolencia, benevolencia y omnipotencia de las voces.

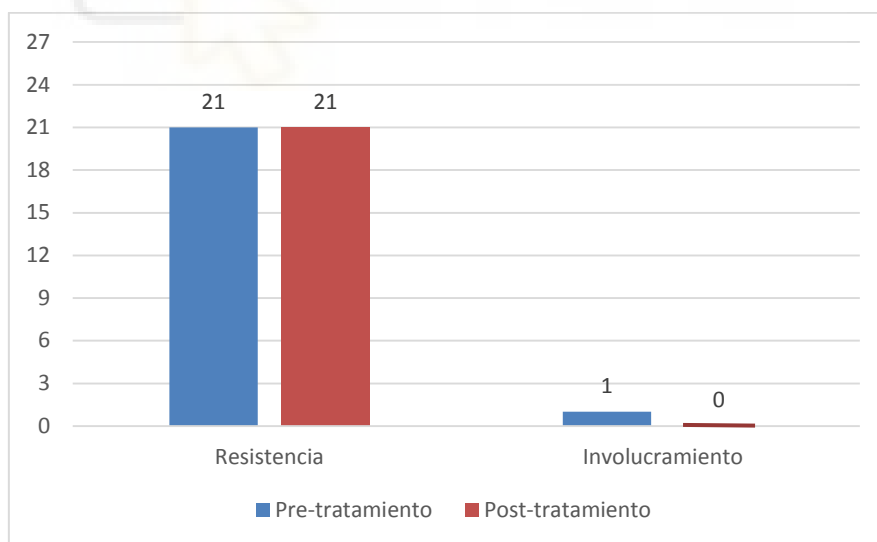


Gráfico 5: Resistencia e involucramiento con las voces.

Escala de valoración de Topografía de las Voces (TVRS):

Se puede observar en el Gráfico 6 que, tras el tratamiento, se han producido variaciones favorables en cada una de las subescalas: se ha reducido la frecuencia de las voces y el volumen y la claridad con la que se percibían, así como el nivel de angustia que provocaban dichas voces en la paciente. Además, se ha dado un aumento en la capacidad para distraerse de éstas, siendo para la paciente más fáciles de ignorar que al inicio.

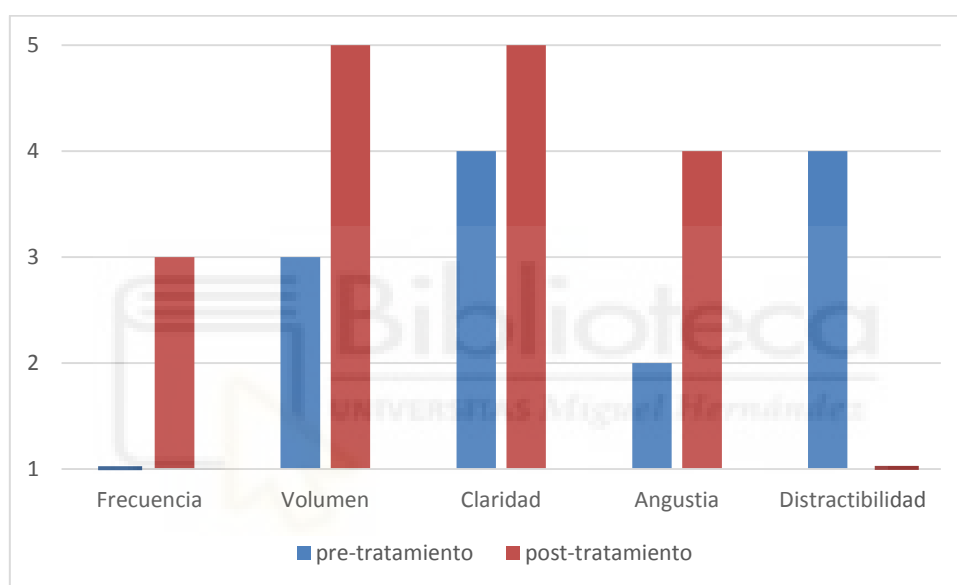


Gráfico 6. Aspectos de la topografía de las voces.

Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS):

Como se observa en el Gráfico 7, tras la intervención se ha dado un descenso en la gravedad de las alucinaciones auditivas de la paciente, pasando de una puntuación de 32 a una de 17.

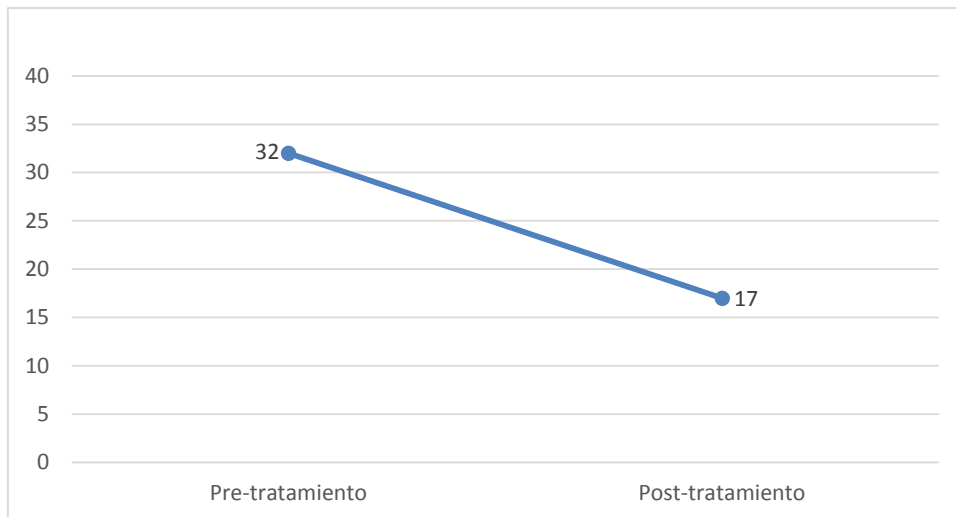


Gráfico 7: Gravedad de las alucinaciones auditivas.

Las puntuaciones anteriores de las alucinaciones auditivas son la suma de las puntuaciones de todas las subescalas de dichas alucinaciones. Si analizamos tales subescalas, podemos observar como en todas ellas también se ha dado una disminución de la gravedad desde el pre-tratamiento al post-tratamiento, excepto en “Trastorno causado en la vida de la paciente”, que se mantiene igual (Gráfico 8).

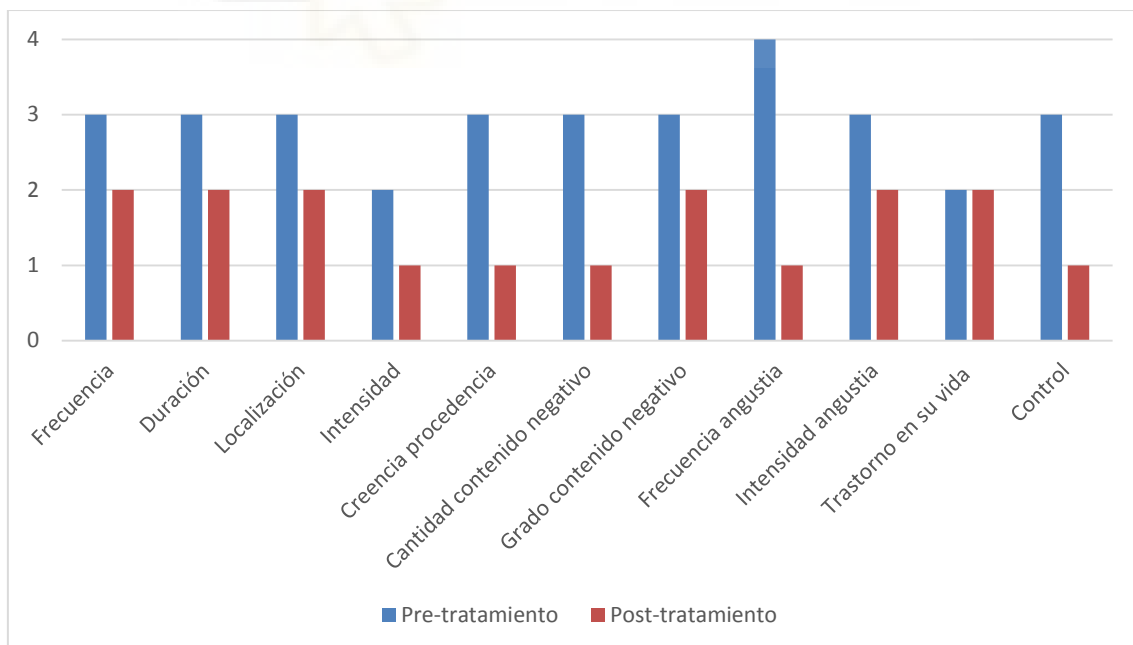


Gráfico 8: Subescalas de las alucinaciones auditivas.

En cuanto a la escala de *delirios* del PSYRATS se encuentra que, tal y como muestra el Gráfico 9, en el momento de la evaluación pre-tratamiento la puntuación en la escala de delirios era de 17, mientras que tras la intervención se redujo hasta 7, por lo que la interferencia de sus ideas de referencia disminuyó considerablemente.

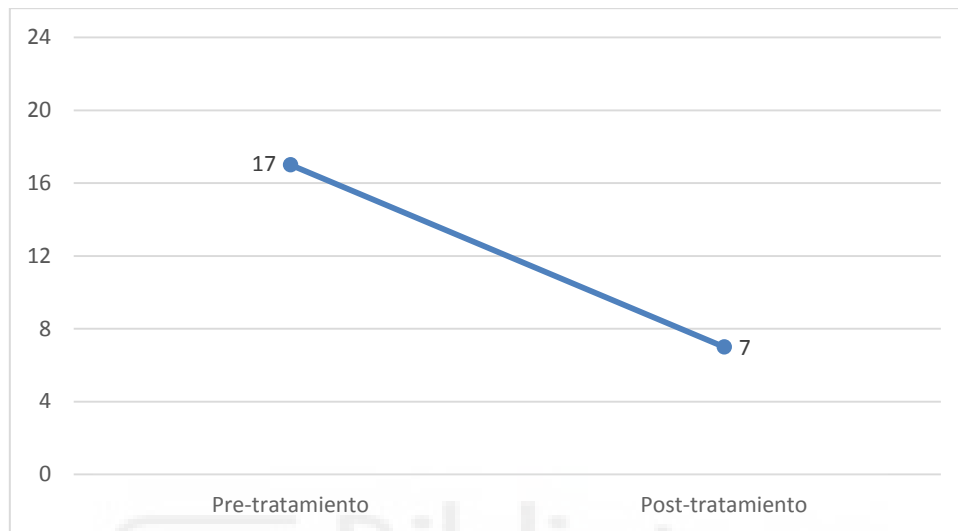


Gráfico 9: Gravedad de los delirios.

Atendiendo a las puntuaciones de las subescalas de los delirios que refleja el Gráfico 10, se observa un descenso de las mismas en todos los casos.

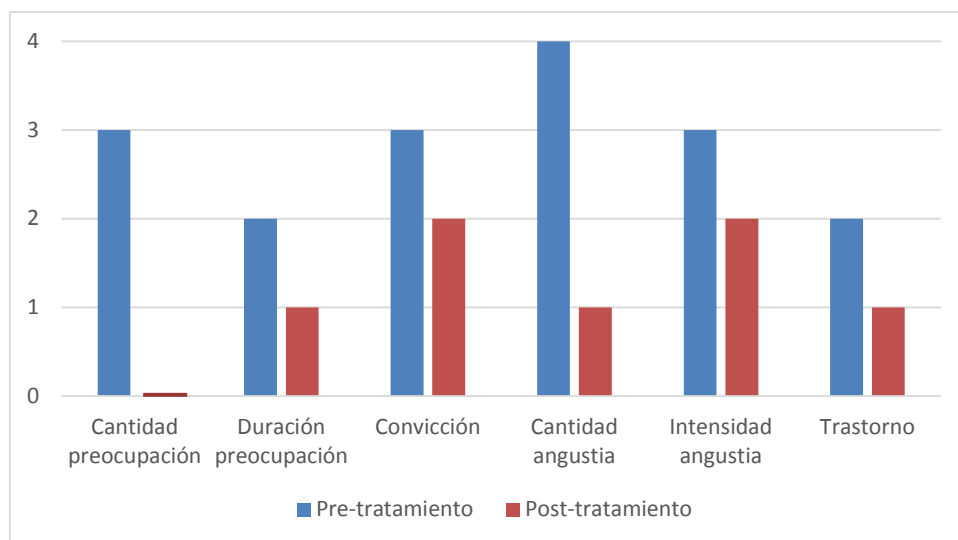


Gráfico 10: Subescalas de los delirios.

Discusión

Teniendo en cuenta que el objetivo general de este estudio consiste en comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la mejora de un caso de esquizofrenia, se procede a analizar las hipótesis planteadas inicialmente, tomando como referencia los resultados obtenidos, y así llegar a ciertas conclusiones contrastando dichas hipótesis con la literatura científica disponible.

Ansiedad:

En primer lugar, es de interés resaltar los considerables cambios obtenidos sobre los niveles de ansiedad de la paciente, pues su nivel de ansiedad ha descendido 13 puntos: de moderado a leve.

Contrastando estos datos con los de la adaptación española del BAI, que establecen que cuando un paciente cuya puntuación ha descendido 10 puntos o más y dicha puntuación sea menor de 14 se podría considerar recuperado de su trastorno de ansiedad, y con los resultados de los estudios de Muñoz et al., (2012) y de Opoka y Lincoln (2017), que demuestran que la TCC mejora los síntomas de ansiedad en pacientes con esquizofrenia, se puede confirmar el cumplimiento de la primera hipótesis planteada: “Al finalizar la intervención cognitivo-conductual disminuirán los niveles de ansiedad de la paciente diagnosticada de esquizofrenia”.

Depresión:

Los elevados niveles de depresión en el momento de la evaluación pre-tratamiento coinciden con lo aportado por Braga, Reynolds y Siris (2013) de que los síntomas de depresión muestran una alta comorbilidad en pacientes con trastornos psicóticos.

El haber logrado disminuir el nivel de depresión de la paciente de moderada (casi grave) a leve (casi mínima) mediante la terapia cognitivo-conductual confirma, en este caso, lo encontrado en la literatura científica acerca de la efectividad ya demostrada de la TCC en el tratamiento de la depresión (Hans y Hiller, 2013; Opoka y Lincoln, 2017).

Estos cambios en los niveles de depresión tras la intervención confirmarían la segunda hipótesis planteada: ‘‘Al finalizar la intervención cognitivo-conductual disminuirán los niveles de depresión de la paciente diagnosticada de esquizofrenia’’.

Autoestima:

Respecto a los niveles de autoestima evaluados en la paciente, y conociendo el aumento logrado en los mismos tras la intervención, es posible contrastar los resultados de este caso con lo previamente encontrado en otros estudios científicos: Los resultados obtenidos corroboran la idoneidad de la terapia cognitivo-conductual en la mejoría de los niveles de autoestima que ya demostraban Lecomte et al., en su estudio (2008).

La mejoría en la autoestima de la paciente, que ha alcanzado un nivel muy poco común entre pacientes con psicosis (Vázquez et al., 2013), permite confirmar la hipótesis de que ‘‘Al finalizar la intervención cognitivo-conductual, aumentará la puntuación en autoestima en la paciente diagnosticada de esquizofrenia’’.

Los síntomas psicóticos:

En cuanto a los síntomas psicóticos (alucinaciones auditivas y delirios), se ha dado una mejoría en el grado de interferencia y malestar de los mismos, pues ha disminuido considerablemente su intensidad, frecuencia, duración, angustia asociada y, en suma, su gravedad. En concreto con las voces, también ha habido notables cambios

en sus interpretaciones y creencias acerca de éstas, así como en su contenido, siendo actualmente más adaptativas.

Además, estos cambios van en sintonía con lo que la paciente iba comentando con el paso de las sesiones: que prácticamente habían desaparecido las ideas de referencia y que ya en muy pocas ocasiones percibía que se le dirigiesen o hablasen de ella cuándo iba caminando por la calle, habiendo desaparecido por completo dichas ideas de referencia con la televisión. Sin embargo, los síntomas más persistentes durante el tratamiento fueron escuchar susurros cuando alguien que está cerca respira fuerte.

Por tanto, atendiendo a tales resultados, se confirma la cuarta y última de las hipótesis planteadas: “Al finalizar la intervención cognitivo-conductual se reducirán los síntomas psicóticos de la paciente diagnosticada de esquizofrenia”, lo que coincide con lo que Rathod et al., constataron en 2010: la terapia cognitivo-conductual resulta efectiva en el tratamiento de los síntomas positivos.

Destacando que los cambios se han dado en la dirección esperada para cada una de las variables evaluadas, resulta interesante reflexionar sobre la influencia que pueden haber ejercido las distintas mejorías entre sí. Por ejemplo, en el caso de la ansiedad, el haber aprendido a controlar sus síntomas positivos ha tenido un efecto en sus niveles de ansiedad, pues al ganar control, podía afrontar las situaciones sociales con más calma. Esto concordaría con el estudio de Pastor et al. (2010), pues el modo en que el paciente valora sus síntomas psicóticos desempeña un papel importante sobre el ánimo negativo y la activación fisiológica. Sin embargo, al mismo tiempo, unos niveles más bajos de ansiedad ayudaban a que se dispararan menos alucinaciones auditivas.

Esta influencia entre variables también se puede haber dado entre los niveles de autoestima, los síntomas psicóticos y los de depresión, de acuerdo con lo que ya

apuntaban Schimansky et al., en 2010 y Berna et al., en 2011: La baja autoestima probablemente es un producto de la psicosis, representando un riesgo de depresión y creando una percepción de fracaso o creencias negativas sobre uno mismo, lo cual mantiene los síntomas e incrementa la carga del trastorno sobre el paciente.

Se concluye de ello que la baja autoestima podría deberse a la psicosis y, al mismo tiempo, mantener e incrementar el malestar e interferencia del trastorno. Por lo tanto, del mismo modo, una mejoría de los síntomas positivos se traduciría en un aumento de la autoestima, y este aumento, a su vez, en una mejora del trastorno psicótico y de los síntomas de depresión.

La terapia cognitivo-conductual ha favorecido la recuperación e integración a la comunidad de la paciente, ya que, como muchos estudios anteriores ya demostraban, se ha logrado una reducción y estabilidad sintomática, la promoción de una vida más independiente y un adecuado funcionamiento social (Burns et al., 2014; Jauhar et al., 2014; Kuipers, 2012; Kern et al., 2009; Roder et al., 2011).

Como conclusión, cabe destacar que, tras comprobar el cumplimiento de todas las hipótesis planteadas, en este caso de esquizofrenia queda demostrada la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas positivos, la ansiedad, la depresión y la autoestima.

Sin embargo, es pertinente analizar algunas de las limitaciones encontradas en este estudio: Una de las limitaciones de este estudio es la ausencia de seguimiento del caso que corrobore el mantenimiento de los resultados de esta terapia. Si tal seguimiento se hubiera llevado a cabo, sería posible contrastar si en este caso es cierto que las técnicas de intervención de corte cognitivo-conductual estén demostrando cada vez más su eficacia en la prevención de las recaídas (Kuipers, 2012), así como cuáles

son los cambios logrados y los efectos más sólidos de la terapia a largo plazo. Otra de las limitaciones que presenta este estudio es ser un estudio de caso único, pues los resultados y conclusiones alcanzadas no son extrapolables al resto de la población con diagnóstico de esquizofrenia.

Por ello, con el objetivo de superar dichas limitaciones, se propone para trabajos futuros la realización de investigaciones que contemplen el mantenimiento de los resultados mediante un seguimiento adecuado, así como ampliar la muestra del estudio para poder obtener unas conclusiones más representativas de la población clínica.



Referencias bibliográficas

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 893.
- Beck, A.T. y Rector, N. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *Am J Psychother, 54*(3), 291-300.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II. *San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1*, 82.
- Berna, F., Bennouna-Greene, M., Potheegadoo, J., Verry, P., Conway, M.A. y Danion, J.M., (2011). Self-defining memories related to illness and their integration into the self in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 189*, 49–54.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N. y Huguelet, P., (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry, 24*, 307–316.
- Braga, R. J., Reynolds, G. P. y Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry research, 210*(1), 1-7.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S. y Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 35*(2), 383-402.
- Burns, A. M., Erickson, D. H. y Brenner, C. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services, 65*(7), 874-880.

- Chadwick, P., Lees, S. y Birchwood, M. A. X. (2000). The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *The British Journal of Psychiatry*, 177(3), 229-232.
- Gonzalez, J.C., Sanjuán, J., Canete, C. y Leal, C. (2003). Evaluation of auditory hallucinations: the PSYRATS scale. *Actas Esp Psiquiatr*. 31(1), 10-7.
- Haddock, G., McCarron, J., Terrier, N. y Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scale (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Hans, E. y Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 75.
- Hustig, H. H. y Hafner, R. J. (1990). Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 178, 264-267.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. y Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry*, 204(1), 20-29.
- Kern R., Glynn, S., Horan, W. y Marder, S. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*; 35(2), 347-361.
- Kesting, M.L., Mehl, S., Rief, W., Lindenmeyer, J. y Lincoln, T.M. (2011). When paranoia fails to enhance self-esteem: explicit and implicit self-esteem and its

discrepancy in patients with persecutory delusions compared to depressed and healthy controls. *Psychiatry Research*, 186, 197–202.

Kuipers E. (2012). The role of CBT in relapse prevention of schizophrenia. *Schizophr Res*; 136(1), 58-59.

Lecomte, T., Leclerc, C., Corbiere, M., Wykes, T., Wallace, C. J. y Spidel, A. (2008). Group Cognitive Behavior Therapy or Social Skills Training for Individuals With a Recent Onset of Psychosis? Results of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875.

Mehl, S., Schlier, B. y Lincoln, T. M. (2018). Does CBT for psychosis have an impact on delusions by improving reasoning biases and negative self-schemas? A secondary mediation analysis of data from an effectiveness trial. *Zeitschrift für Psychologie*, 226(3), 152-163.

Meichenbaum, D. (1977). Cognitive behaviour modification. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6(4), 185-192.

Morales, T., Fresán, A., Robles, R. y Domínguez, M. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud mental*, 38(5), 371-377.

Moreira, A. L., Alves-Moreira, C., Saraiva, S., Antunes, F., Almeida, C., Machado, S. y Haddock, G. (2017). Validación de la versión en portugués de la Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS). *Actas Esp Psiquiatr*, 45(2), 56-61.

- Muñoz, J.J., Callejo, Manzanaro, J.M., Navas, E., García, Santos, J.M. y Alonso, Ortiz, T. (2012). Terapia cognitivo-conductual grupal en el tratamiento de la sintomatología positiva de pacientes esquizofrénicos crónicos. Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12(1), 69-84.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical Guideline 178.
- Opoka, S. M. y Lincoln, T. M. (2017). The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 641-659.
- Pastor-Morales, J., Cuevas-Yust, C., Ductor-Recuerda, M. J., Perona-Garcelán, S. y Salas-Azcona, R. (2010). Relaciones entre síntomas positivos y sensibilidad a la ansiedad en la psicosis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 39-48.
- Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C., Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pfammatter, M., Junghan, U. y Brenner, H. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bull*; 32(1), 64-80.
- Prytys, M., Garety, P. A., Jolley, S., Onwumere, J. y Craig, T. (2011). Implementing the NICE guideline for schizophrenia recommendations for psychological therapies:

a qualitative analysis of the attitudes of CMHT staff. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 48-59.

Rathod, S., Phiri, P. y Kingdon, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 527-536.

Robles-García, R., Páez, F. A., Zúñiga, O. P., Rizo, A. M. y Hernández, E. V. (2004). Beliefs about voices questionnaire (BAVQ): Spanish translation and psychometric properties. *Actas españolas de psiquiatria*, 32(6), 358-362.

Roder, V., Müller, D. R., Brenner, H. D. y Spaulding, W. D. (2010). Integrated psychological therapy (IPT): for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 81-93.

Rodríguez-Vidal, M., Salas, M. C., Sanhueza-Escobar, V., del Valle-Utreras, A. y Martínez-Arriagada, J. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*, 11(1), 66-76.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image* (Revised Edition). Middletown, C.T.: Wesleyan University Press.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.

Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3).

Schimansky, J., David, N., Rossler, W. y Haker, H., (2010). Sense of agency and mentalizing: dissociation of subdomains of social cognition in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178, 39–45.

Vázquez, A.J., Vázquez, R. y Bellindo, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31, 37-43.

Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G. y Klingberg, S. (2010). Quality and correlates of specific self-esteem at the beginning stabilisation phase of schizophrenia. *Psychiatry Research* 179, 130–138.

Yanos, P., Roe, D., Markus, K. y Lysaker, P. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Service* 59, 1437–1442.

Anexo 1. Análisis Funcional

Tabla 5
Análisis Funcional.

Estímulos antecedentes	Respuesta	Consecuencias
Internos	Fisiológica /Emocional	A corto plazo
- Pensamientos obsesivos (imágenes sexuales, suicidio).	- Temblores	- Escape.
- Pensamientos anticipatorios.	- Palpitaciones	- Evitación de situaciones como ir a lugares concurridos, ir sola por la calle, espacios que le hagan estar cerca de otras personas...
- Preocupaciones por la fidelidad de su pareja, celos.	- Miedo	- Refuerzo negativo: alivio del malestar, sensación de seguridad.
- Nervios/Estrés.	- Agobio	- Atención y protección de su familia.
- Preocupación por su aspecto físico.	- Desánimo/Tristeza	
	Cognitiva	
	- Pensamientos obsesivos.	
	- Alucinaciones <i>auditivas</i> (transmisión de pensamiento, susurros a través de la respiración, voces localizadas dentro y fuera de su cabeza...)	
Externos		A largo plazo
- Espacios pequeños con más de tres personas.	- Alucinaciones <i>visuales</i> (sombras negras y manchas blancas).	- Mantenimiento del problema.
- Espacios con mucha gente.	- Ideas de referencia a través de la televisión y por la calle.	- Generalización.
- Dormir con su pareja.		- Control por parte de su familia cuando está sola (llamadas).
- Relaciones sexuales con su pareja.	Motora/Conductual	- Dependencia de otras personas (pareja y familia).
- Estar cerca de alguien que respira fuerte.	- Escape, marcharse.	
- Ir sola por la calle.	- Estrategias de protección: ir acompañada, sentarse cerca de la salida (<i>ejemplo: parte de delante del autobús</i>).	
	- Toma de medicación.	
	- Estrategias de protección (cerca de la salida, ir acompañada).	

Anexo 2. Sesiones de intervención psicológica.

- Cuatro sesiones de Evaluación Psicológica:

En estas sesiones se tuvieron principalmente entrevistas con la paciente, pero también con su padre y con su pareja.

Se llevó a cabo la administración de todos los cuestionarios presentados anteriormente y se emplearon técnicas de registro como el *gráfico de vida*, *listado de actividades agradables* (presentes, pasadas y futuras), y registro de *actividades diarias* para cumplimentar en casa.

Todo ello con el objetivo de lograr una completa recopilación de información de interés y establecer la línea base de los aspectos evaluados.

- Dos sesiones de Psicoeducación:

Por un lado, se mantiene una entrevista de devolución de la información recogida y se establecen los objetivos de la terapia. Seguidamente se presenta el tratamiento y su funcionamiento, se explica en qué consisten las técnicas, qué aspectos nos van a permitir trabajar, que se espera conseguir, etc.

Por otro, se dedica el tiempo necesario a la psicoeducación sobre el trastorno (origen, mantenimiento y componentes del mismo).

Asimismo, en estas sesiones se busca promover la motivación y compromiso con la paciente respecto al tratamiento y formar una buena alianza terapéutica.

- Dos sesiones de Técnicas de Relajación:

En estas sesiones se trabaja tanto el entrenamiento de la *Relajación Muscular Progresiva de Jacobson* como el de *Respiración abdominal*.

Se entrena la respiración abdominal para lograr el control sobre algunos de los síntomas fisiológicos más característicos de la ansiedad como, por ejemplo, las palpitaciones.

En cambio, con la relajación muscular progresiva de Jacobson se controla la tensión muscular del cuerpo en situaciones de elevada ansiedad para así reducir los síntomas.

Durante estas sesiones y en casa se practican ambas técnicas de relajación, para conseguir el control de los síntomas de ansiedad en las ocasiones futuras.

Una vez acabado el entrenamiento de ambas técnicas, se dedica un tiempo a elaborar junto a la paciente la *jerarquía de exposición en vivo*, un listado que recoge los diversos tipos de situaciones que le generan ansiedad y disparan sus síntomas positivos, y que van de menor a mayor intensidad. Dicha jerarquía será de utilidad más adelante, cuando se trabaje la exposición.

Tabla 6
Jerarquía de Exposición.

<i>Exposición</i>	<i>USAS</i>
Cafetería al aire libre	30
Tienda grande	40
Supermercado con poca gente	50
Autobús (parte de adelante)	50-60
Habitación pequeña con 3 personas	60
Ir sola por la calle	70
Habitación pequeña con mucha gente	80
Supermercado con mucha gente	90
Autobús (parte de atrás)	100

- Nueve sesiones de Terapia Cognitiva:

Estas sesiones están centradas en el trabajo cognitivo de los síntomas positivos, dotando de estrategias cognitivas de afrontamiento. Para ello, en primer lugar se explica a la paciente el papel de los pensamientos en el mantenimiento del problema, asociando sus síntomas con sus propias preocupaciones y miedos.

Además, se emplea la técnica de *Reestructuración cognitiva* de las ideas, creencias y pensamientos irracionales. Con esto se facilita la identificación de sus sesgos cognitivos, lo que trae consigo la toma de conciencia de ideas más racionales y adaptativas sobre las que se apoyarán sus nuevas creencias. Con esta técnica percibe con claridad el efecto que tienen unos pensamientos u otros en su nivel de ansiedad.

Este trabajo se acompañó del uso de las *autoinstrucciones* (Miechenbaum, 1977), que consiste en sustituir el diálogo interno de la paciente por afirmaciones menos amenazantes, más positivas, realistas y adaptativas, antes, durante y después del afrontamiento de la situación generadora de ansiedad. Todo lo aprendido lo sigue poniendo en práctica entre sesiones.

La terapia cognitiva se prolonga a lo largo de muchas sesiones debido al nivel de interferencia y molestia de los síntomas psicóticos. Se va dotando de sentido a las percepciones que sigue experimentando. Se analiza también el papel que puede tener su nivel de estrés en la intensificación de los síntomas.

Por otra parte, se dedica una sesión a diferenciar las alucinaciones auditivas de los pensamientos intrusivos o automáticos y se trabajan estrategias de afrontamiento para estos pensamientos, dándoles un sentido diferente al de los síntomas psicóticos.

En cada sesión se van abordando los síntomas que ha experimentado en los días previos a la cita y se ponen en marcha distintas estrategias de afrontamiento, ampliando su repertorio: practica el distanciamiento, la focalización de la atención en otros estímulos, no atender al contenido de las voces, autoinstrucciones como *“mi voz no puede hacerme daño, está en mi pensamiento”*, realiza la relajación progresiva de Jacobson y la respiración abdominal.

El síntoma más persistente es percibir mensajes a través de la respiración de otras personas que están cerca, pero logra identificar perfectamente que no le están hablando realmente.

Muy constante el refuerzo positivo, especialmente el social tiene gran valor para ella.

- Dieciocho sesiones de Exposición en vivo:

Una vez que la paciente siente mayor confianza para afrontar la ansiedad asociada a experimentar síntomas positivos, gracias a las estrategias cognitivas y de relajación, es momento de afrontar las situaciones temidas donde suelen dispararse dichos síntomas, previniendo las respuestas de huida.

Cabe recordar que previamente se había elaborado una jerarquía de ansiedad compuesta por diversos tipos de situaciones.

La exposición se lleva a cabo de forma gradual durante todas estas sesiones, comenzando por aquellas situaciones menos ansiógenas de la jerarquía. Además de las normas generales para llevar a cabo la exposición (mantenerse en la situación temida hasta observar descenso significativo de la ansiedad; en caso de escape, retomar la exposición pasados unos minutos, etc.), se pauta la utilización de la respiración abdominal (antes y durante la exposición), las autoinstrucciones y la discusión cognitiva con el objetivo de manejar los niveles de ansiedad. Se destaca la importancia del reforzamiento de los logros.

En esta parte de la terapia se confiere mucha flexibilidad en el número de sesiones: cada ítem de la jerarquía necesita un número determinado de repeticiones hasta que se logra eliminar por completo la ansiedad. Estas repeticiones han ido desde 3 hasta 7 veces.

A pesar de que la exposición se llevaba a cabo junto con la co-terapeuta, a medida que pasaban las semanas la paciente era capaz de realizar mucha autoexposición por su cuenta entre sesiones, lo que permitió que muchos de los ítems los superara por sí sola, sin necesidad de trabajar en terapia todos los de la jerarquía. Las sesiones de exposición

finalizaron cuando ella verbalizaba sentirse capaz de mantenerse en todas las situaciones, sin ansiedad y distanciándose de sus síntomas en caso de que aparecieran.

El método de registro consistía en una gráfica que recoge el nivel de ansiedad de 0 a 10 conforme pasaba el tiempo de exposición. En intervalos de 5 a 10 minutos se preguntaba a la paciente su nivel de ansiedad y se iba marcando en la gráfica. La exposición se prolongaba hasta que dicho nivel fuera 0.

- Dos sesiones de Autoestima:

En estas sesiones se abordan, por un lado, sus preocupaciones respecto al aspecto físico, involucrando el tema del peso, el ejercicio y la alimentación saludable.

La paciente es consciente de que bajar mucho peso en poco tiempo es un desencadenante de recaída, le perjudica y desequilibra mentalmente, a pesar de que para ella es sumamente importante y le gustaría bajar más rápido. En las sesiones se reflexiona sobre ello y lo razona. Se dan pautas de apoyo para una pérdida de peso progresiva:

Se emplean registros para controlar sus comidas, se enseñan técnicas para comer más despacio y sin ansiedad y se plantea asistir a los programas de "Marcha Nórdica", para introducir el ejercicio físico en su vida diaria, y "Alimentación saludable", para aprender y cocinar recetas saludables. Estos programas parecen motivarle y finalmente se apunta. También se recomienda no pesarse todos los días, pues es algo que le obsesiona.

También se trabajan con la paciente sus inseguridades partiendo de las conductas de celos y el miedo a que su pareja le sea infiel. Se abordan las respuestas cognitivas de inferioridad que muestra respecto a este tema y se profundiza en sus creencias.

Mediante estrategias de discusión cognitiva se trata que ella misma se llegue a cuestionar la certeza de las mismas, para finalmente lograr su sustitución por otras más realistas.

Con relación a esto, en las sesiones se ha trabajado con un listado de “*Mis cualidades personales*” que recoja tanto las cualidades que ella misma se ve como las que ella cree que dirían las personas que la quieren. Se busca que la gran atribución de valor personal que le da a imagen física pase a ser más compensada, aumentando la importancia de todas sus cualidades identificadas que infravalora.

Además, de manera indirecta, se va modificando la autoestima a medida que va logrando un mayor control de sus síntomas y mejorando su estado de ánimo.

- Dos sesiones de Evaluación Post-tratamiento:

En la primera de estas dos sesiones se vuelven a administrar los mismos cuestionarios que antes de iniciar la intervención para poder contrastar los resultados del tratamiento, mientras que la segunda se centra en el mantenimiento y la prevención de recaídas, así como en la devolución de resultados y en el reforzamiento del trabajo realizado por su parte.

En estas sesiones se analizó la evolución de la paciente a lo largo de la terapia, se repasó el contenido que habían tenido las sesiones y se le pidió que realizara una valoración de los logros conseguidos desde el inicio de la terapia. Se reforzó a la paciente por su trabajo, esfuerzo y alta motivación. Se hizo hincapié en comprobar si había comprendido y entendido la base de la terapia, y si en futuras situaciones sabría afrontar los síntomas positivos como lo venía haciendo.

En esa sesión resaltamos también la idea de que en el caso de que ocurrieran otros episodios donde se dispararan los síntomas de mayor molestia, éstos no deberían ser interpretados como un retroceso al punto inicial, sino como una situación puntual que no hemos podido controlar. Por último se comentó la importancia de seguir aplicando las técnicas aprendidas para evitar recaídas, incluso cuando no aparecieran síntomas ni sensaciones propias de ansiedad.

