

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

**INTERVENCIÓN BREVE EN UN CASO ÚNICO DE ESQUIZOFRENIA: UN
ESTUDIO CLÍNICO EN CONTEXTO DE CENTRO DE DÍA**



Autora: Rocío Saiz Martínez

Tutoras: Esther Sitges Macia, Lola van der Hofstadt Clavero

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.ESM.RSM.250624

Convocatoria: 2026

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción.....	4
• Definición del problema	4
• Revisión de investigaciones.....	5
• Justificación.....	5
• Objetivo general.....	6
• Objetivos específicos.....	6
• Hipótesis.....	6
Método.....	7
• Participante.....	7
• Datos sociodemográficos y contexto clínico.....	7
• Historia del problema.....	7
• Breve análisis funcional.....	8
• Variables e instrumentos.....	9
• Variable independiente.....	9
• Variables dependientes.....	9
• Variables de control y extrañas.....	10
• Procedimiento.....	11
• Acceso al caso.....	11
• Garantías éticas.....	11
• Tipo de diseño.....	12
• Asignación y control de variables.....	12
• Desarrollo de la intervención y coordinación profesional.....	12
• Evaluación de la evolución clínica.....	14
Resultados.....	15
• Evaluación cuantitativa de variables clínicas.....	15
• Funcionamiento cognitivo (MoCA).....	15
• Calidad de vida (GENCAT).....	15
• Malestar emocional (PHQ-4).....	15
• Evolución de variables funcionales.....	15
• Observaciones cualitativas.....	16
Discusión y conclusiones.....	17
• Interpretación de los resultados	17
• Aplicaciones prácticas	18
• Limitaciones	18
• Líneas futuras de investigación.....	18
Referencias bibliográficas.....	19

RESUMEN

Este trabajo está dedicado a describir la intervención psicológica de un caso, de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de larga evolución en un centro de día para personas con trastorno mental grave. El objetivo principal del mismo es analizar los cambios conductuales observados basándonos en la intervención que durante años ha recibido focalizando en los últimos meses. Esta intervención se basa en un programa cognitivo-conductual integrado en la rehabilitación psicosocial del CEEM de Elda. El diseño es de caso único cuasi-experimental pre-post sin grupo control, evaluando variables como sintomatología psicótica, insight, funcionamiento psicosocial, estado emocional, funcionamiento cognitivo y calidad de vida.

Los resultados han mostrado una estabilidad clínica general con pequeñas mejorías en varias áreas, como son un aumento de la puntuación en el MoCA, un ligero incremento en el índice de calidad de vida GENCAT y una reducción del malestar emocional medido con el PHQ-4. A nivel funcional se observa una mayor participación en las actividades del centro, más iniciativa social, una disminución de los rituales de neutralización y una mejor regulación emocional en el día a día. En resumen, el caso muestra la importancia del papel de los centros de día ya que son contextos terapéuticos estructurados que ayudan a mantener el funcionamiento, favorecer la autonomía básica y apoyar la recuperación psicosocial en personas con esquizofrenia crónica.

ABSTRACT

This study describes the psychological intervention in a single case of long-standing paranoid schizophrenia in a day center for people with severe mental disorders. The main aim is to analyze the clinical and functional changes observed after the patient's continued participation in a cognitive-behavioral oriented program integrated into the psychosocial rehabilitation plan of the CEEM in Elda. A single-case quasi-experimental pre-post design without a control group was used, assessing psychotic symptoms, insight, psychosocial functioning, emotional state, cognitive functioning and quality of life.

Results show overall clinical stability with small improvements in several areas, such as an increase in the MoCA score, a slight improvement in the GENCAT quality of life index and a reduction in emotional distress measured with the PHQ-4. At a functional level, there was greater participation in center activities, more social initiative, a decrease in neutralizing rituals and better emotional regulation in everyday situations. Taken together, this case highlights the role of day centers as structured therapeutic settings that help maintain functioning, support basic autonomy and promote psychosocial recovery in people with chronic schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

Definición problema

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, este diagnóstico suele iniciarse en la etapa de la adolescencia o adultez temprana y tiende a ser un trastorno crónico (OMS, 2023). Dentro de este trastorno se dan diferentes síntomas, por un lado, los síntomas positivos donde entra los delirios, las alucinaciones o la desorganización del pensamiento, y, por otro, los síntomas negativos, entre los que se incluyen la apatía, la anhedonia, el retraimiento social o el empobrecimiento afectivo. también, la enfermedad suele acompañarse de un nivel bajo de insight o conciencia de enfermedad, lo que dificulta la adherencia al tratamiento y el proceso de recuperación funcional.

Las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia, por ello, afecta en gran medida en la calidad de vida, la autonomía y las relaciones sociales, generando un elevado coste personal, familiar y social. Los tratamientos farmacológicos han demostrado ser eficaces reduciendo síntomas positivos pero su impacto sobre los síntomas negativos y el deterioro funcional no es tan favorable. Tal como indican Sarkar, Hillner y Velligan (2015), los síntomas negativos de la esquizofrenia son difíciles de tratar con los antipsicóticos tradicionales y representan una necesidad terapéutica no satisfecha, lo que deja claro la importancia de explorar tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales adicionales para mejorar los resultados funcionales.

Por ello, la rehabilitación psicosocial y las intervenciones psicológicas especializadas se consideran componentes esenciales del abordaje integral de la esquizofrenia.

Los estudios han demostrado que las intervenciones psicosociales basadas en la comunidad, como es el caso de lo que se ofrece en centros de día, muestran mejores resultados en la funcionalidad y en habilidades sociales de las personas con esquizofrenia en comparación con el tratamiento estándar, lo que subraya lo importante de estos recursos dentro de un tratamiento psicosocial completo (Author et al., 2018).

En los programas de intervención psicosocial es importante tener recursos como centros de día para personas que alguna problemática como es el caso de personas con trastorno mental grave. La razón es porque estos centros son espacios intermedios entre la hospitalización y la vida comunitaria. Estos centros facilitan un espacio estructurado que facilita el aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales, la planificación de actividades de la vida diaria y el mantenimiento de rutinas significativas. En ellos, los principales objetivos de la intervención psicológica es la mejora de autonomía y la rehabilitación de funciones del comportamiento adaptativos. Todo desde una perspectiva interdisciplinar.

Este trabajo se desarrolla dentro del Centro Específico para Enfermos Mentales (CEEM) de Elda, actualmente en proceso de cambio de denominación a Centro de Atención Integral a Personas con Problemas de Salud Mental. Este cambio de nombre tiene como objetivo reducir el estigma que hay asociado al término “enfermedad mental”. Este centro ofrece atención residencial y de día a personas con trastornos mentales graves y persistentes, mediante un enfoque centrado en la rehabilitación psicosocial, la recuperación funcional y la mejora de la calidad de vida. El equipo

multidisciplinar del centro integra profesionales de la psicología, terapia ocupacional, trabajo social, educación social, medicina, enfermería y apoyo residencial, garantizando un abordaje integral y continuo adaptado a las necesidades de cada usuario o usuaria.

Revisión de investigaciones

Diversas investigaciones han demostrado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) como parte del tratamiento en personas con esquizofrenia, además del farmacológico. La terapia influye especialmente en la reducción de los síntomas residuales y en la mejora del funcionamiento psicosocial. En trabajos como los de Beck y Rector (2000), se muestra como la TCC se ha considerado una intervención eficaz para modificar sesgos cognitivos implicados en el inicio y el mantenimiento de síntomas psicóticos. La aplicación de esta terapia ayuda a que los pacientes cuestionen la veracidad de las experiencias alucinatorias y adopten estrategias más adaptativas para afrontar el malestar derivado de sus síntomas.

Algunos metaanálisis, como los de Wykes et al. (2008) y Turner et al. (2014), han mostrado efectos en la reducción de síntomas positivos con TCC y una mejora, aunque más limitada, de los síntomas negativos. Además, muestran evidencia en el beneficio de la adherencia terapéutica y la percepción de control sobre la enfermedad que tienen los pacientes. Otras investigaciones (Laws et al., 2018; Velthorst et al., 2019) destacan que estos beneficios se mantienen y potencian cuando la TCC se dan dentro de programas psicosociales, si están adaptados a las capacidades cognitivas y motivacionales del paciente.

Incluso, se ha observado que la TCC contribuye al aumento del *insight* o conciencia de enfermedad (Moritz y Lysaker, 2018), gracias al trabajo centrado en las creencias disfuncionales y la reinterpretación de las experiencias psicóticas. En entornos residenciales o de larga estancia, adaptados a la esquizofrenia se ha mostrado efectos positivos en la reducción del aislamiento social y la mejora del desempeño en actividades de la vida diaria (Granholm et al., 2014; Morrison et al., 2018).

Se ha demostrado la efectividad de los centros de día como dispositivos de rehabilitación psicosocial. Estudios como los de Bond et al. (2012) o Liberman et al. (2017) señalan que los programas de día estructurados, centrados en la intervención cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y la participación ocupacional, favorecen la autonomía, la integración social y la estabilidad clínica. Los diseños de caso único que se han aplicado a salud mental son muy útiles para describir con detalle los procesos individuales de cambio y valorar la efectividad de las intervenciones en contextos naturales de atención (Kazdin, 2019).

Justificación

La razón por la que este trabajo es sobre un caso único de una persona con esquizofrenia es porque considero que aporta valor para el ámbito clínico y también para el académico. Así se pueden seguir consiguiendo avances para saber que cosas sí funcionan y cuales no. Y como se ha indicado anteriormente la esquizofrenia implica frecuentemente una disminución de la motivación, de la expresión emocional y de la capacidad relacional factores que no se ven grandes mejorar con solo tratamiento farmacológico (CIBER, 2022). Es por eso que se requieren abordajes que se enfoquen

en los procesos psicológicos que mantienen la disfuncionalidad, centrándose no solo en la reducción sintomática, sino también en la mejora del funcionamiento psicosocial.

Este estudio contribuye a analizar de forma aplicada la utilidad de la TCC en un entorno real (el Centro de Día del CEEM de Elda), dentro de un contexto interdisciplinar. Se observa cómo intervenir con los principios de la terapia cognitivo-conductual puede llevarse a cabo en un contexto de rehabilitación con usuarios de esquizofrenia de larga evolución. El carácter práctico de este caso permite ilustrar no solo los beneficios clínicos de la terapia, sino también sus limitaciones, la necesidad de adaptaciones individualizadas y el papel que desempeña la coordinación entre profesionales para el mantenimiento funcional del paciente.

Objetivo general

Analizar los cambios clínicos y funcionales observados en un usuario con esquizofrenia paranoide de larga evolución tras su participación continuada en un programa de centro de día con orientación cognitivo-conductual.

Objetivos específicos

1. Describir la evolución de la sintomatología psicótica positiva y negativa del paciente a lo largo del periodo de intervención en el centro de día.
2. Analizar los cambios en el nivel de insight y conciencia de enfermedad, a partir de entrevistas clínicas y observación cualitativa.
3. Examinar la evolución del funcionamiento psicosocial, incluyendo participación en actividades, habilidades sociales e interacción con iguales.
4. Valorar los cambios en el estado emocional y el malestar psicológico, mediante instrumentos breves de cribado y observación clínica.
5. Explorar la evolución de la calidad de vida percibida, atendiendo a las diferentes dimensiones evaluadas por la escala GENCAT.
6. Identificar los elementos del contexto del centro de día que actúan como factores facilitadores del mantenimiento funcional y la estabilidad clínica.

Hipótesis

1. H1: Se observará una reducción de los pensamientos desadaptativos asociados a experiencias psicóticas, reflejada en una menor interferencia funcional.
2. H2: El paciente mostrará un mayor nivel de insight funcional, expresado en una atribución más realista de los síntomas y mayor aceptación del tratamiento.
3. H3: Se producirá un incremento en la participación del paciente en las actividades del centro de día y en las interacciones sociales iniciadas.
4. H4: Se observarán mejoras cualitativas en la expresión emocional y en las habilidades sociales funcionales, especialmente en contextos estructurados.
5. H5: El paciente utilizará estrategias de afrontamiento más adaptativas frente al malestar emocional y las experiencias psicóticas residuales.

MÉTODO

El presente trabajo se enmarca en un estudio de caso único con un diseño cuasi-experimental pre-post sin grupo control, centrado en la evaluación de los efectos de una intervención cognitivo-conductual aplicada en un contexto de centro de día. Este tipo de diseño resulta especialmente adecuado para describir en profundidad la evolución clínica y funcional de una persona con trastorno mental grave en un contexto natural de rehabilitación psicosocial.

Participante

El caso objeto de estudio es un usuario, varón, del Centro de Día del Centro de Atención Integral a Personas con Problemas de Salud Mental (CEEM de Elda), diagnosticado de esquizofrenia paranoide según criterios de DSM-5. En el momento del estudio tiene 58 años y se encuentra en situación de independencia residencial y acude diariamente al centro. En el plano ocupacional, actualmente se encuentra percibiendo una pensión.

El diagnóstico de esquizofrenia paranoide se estableció aproximadamente a los 36 años, tras un periodo de consumo de estupefacientes y el inicio de alucinaciones auditivas que el paciente no comunicó inicialmente a su entorno. Con el tiempo, los síntomas se fueron acentuando, especialmente tras abandonar su trabajo y comenzar a vivir en la calle, situación que supuso un incremento significativo del estrés psicosocial y del deterioro funcional. En este contexto, el paciente agredió con intención de matar a un hombre bajo la influencia de las voces que escuchaba, hecho por el que, tras entregarse voluntariamente a la policía, fue condenado a siete años de prisión.

Tras cumplir condena en un centro psiquiátrico penitenciario, el usuario comenzó a asistir al servicio de centro de día, al que acude desde hace casi diez años de manera continuada. A lo largo de este periodo, se ha observado un deterioro progresivo que probablemente se relaciona tanto con la evolución de la enfermedad como con los efectos del tratamiento farmacológico prolongado; sin embargo, también se han evidenciado mejoras en sus habilidades sociales, en el uso de recursos de gestión emocional y en la capacidad de resolución de problemas, asociadas al proceso de rehabilitación psicosocial desarrollado en el recurso.

Historia del problema

El inicio del trastorno se sitúa, por tanto, en la adultez media, en un contexto de consumo de sustancias y progresiva desestructuración vital. Desde la aparición de las primeras alucinaciones auditivas hasta la agresión que motivó su ingreso penitenciario, el paciente no contó con un seguimiento psiquiátrico estructurado ni con apoyos continuados, lo que favoreció la cronificación de los síntomas y la descompensación. Durante su estancia en el centro psiquiátrico penitenciario recibió tratamiento antipsicótico y seguimiento clínico.

Tras su salida del centro penitenciario, el usuario fue derivado al CEEM de Elda, donde comenzó a vincularse al programa de centro de día. Desde entonces, ha mantenido una evolución marcada por la estabilidad relativa de los síntomas positivos, la presencia de síntomas negativos y deterioro cognitivo, así como una progresiva mejora en la

adaptación al recurso, en la participación en actividades y en el uso de estrategias más funcionales para manejar las emociones y las relaciones interpersonales.

Como hecho relevante, hace aproximadamente seis meses el usuario presentó durante varias semanas retrasos reiterados en la llegada al centro de día. Tras realizar las oportunas indagaciones, se constató que dichos retrasos se debían a la dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas durante la mañana, como consecuencia de la realización de rituales repetitivos, entre ellos rodear todas las farolas que encontraba en el trayecto hacia el centro. Esta situación se reestableció gracias a un ajuste de la medicación por indicación del psiquiatra.

Breve análisis funcional

En el plano sintomático, la historia clínica del paciente se caracteriza por la presencia de síntomas positivos de tipo psicótico (principalmente alucinaciones auditivas) que en el pasado se asociaron a conductas de riesgo en contextos de alta desorganización y ausencia de apoyo. En la actualidad, estos síntomas se encuentran estabilizados bajo tratamiento farmacológico.

En cuanto a los síntomas negativos no presenta niveles destacables de apatía ni empobrecimiento emocional pero sí destaca el enlentecimiento para la realización de las actividades diarias. No obstante, en el marco del centro de día se observa que el usuario ha desarrollado mejores habilidades sociales y mayor capacidad para gestionar conflictos menores y expresar sus necesidades, en comparación con etapas previas de su historia.

Las conductas de interés clínico incluyen:

- **Habilidades sociales:** actualmente mantiene relaciones cordiales con otros usuarios y responde de forma adecuada a las normas de convivencia. En cuanto a la participación en conversaciones cabe señalar que tiende a monopolizarlas con temas de su interés e incluso cuando se le redirige tiende a retomar más tarde lo que estaba diciendo. Esto sugiere rigidez conductual.
- **Autocuidado:** no requiere supervisión para actividades de la vida diaria, ha consolidado rutinas básicas de higiene, alimentación y cumplimiento de la medicación dentro del contexto estructurado del centro.
- **Motivación:** su participación en las actividades es generalmente muy buena, y tiende a implicarse más cuando las tareas son guiadas y estructuradas por el equipo profesional manteniendo el foco durante toda la hora siguiendo las indicaciones dadas.
- **Participación en actividades:** asiste al centro de día de forma regular desde hace casi diez años y participa en talleres de estimulación cognitiva, psicoeducación y actividades de ocio terapéutico, con una implicación progresiva ascendente.

Entre los factores desencadenantes o mantenedores de las dificultades se identifican la historia previa de consumo de sustancias, los largos periodos de desestructuración y la presencia de síntomas negativos y deterioro cognitivo.

Variables e Instrumentos

En este apartado se describen las variables clínicas y funcionales evaluadas en el estudio, junto con los instrumentos y registros utilizados por el centro de manera rutinaria. No se introducen nuevas herramientas ni protocolos, sino que se siguen los procedimientos habituales del CEEM de Elda durante mi periodo de observación en prácticas.

En este estudio de caso único, se plantean las siguientes variables:

- **Variable independiente:**

Intervención psicológica basada en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) aplicada en un contexto de centro de día. El tratamiento se desarrolla mediante sesiones estructuradas orientadas a la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de síntomas psicóticos y prevención de recaídas.

Las actividades tienen una duración de una hora aproximadamente, con una frecuencia de 3 al día, dos por la mañana y otra después de comer con descansos entre ellas. Modalidad grupal y de forma puntual se hacen sesiones individuales para pasar evaluaciones e ir comprobando las mejorías y para consultas y tratar temas personales.

- **Variables dependientes:**

Las variables dependientes del estudio corresponden a los cambios esperados en la sintomatología, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida del usuario tras su participación continuada en el programa de intervención cognitivo-conductual del centro de día. Estas variables se evalúan mediante instrumentos estandarizados y observación sistemática, considerando la historia clínica del paciente (inicio a los 36 años con alucinaciones auditivas tras consumo de sustancias, agresión impulsada por voces, condena penitenciaria y posterior estabilización en el centro durante casi 10 años).

Sintomatología psicótica

- Síntomas positivos (delirios, alucinaciones auditivas): se evalúa su frecuencia, intensidad e interferencia funcional. Históricamente, las alucinaciones imperativas han sido desencadenantes graves de conductas de riesgo, como la agresión registrada. En la actualidad, se observan rituales de neutralización asociados a estas experiencias que generan retrasos en la llegada al centro de día, afectando la puntualidad y la integración grupal.
- Síntomas negativos (apatía, anhedonia, aislamiento social): pese a la mejora progresiva en habilidades sociales observada en los últimos 10 años, persisten momentos de apatía, retraimiento ocasional con actitud distante y expresión emocional aplanada, que limitan la participación espontánea en actividades.

Funcionamiento psicosocial y autonomía

- Funcionamiento psicosocial: incluye participación en actividades del centro, calidad de interacciones con otros usuarios y profesionales, e integración en el grupo. Se valora la evolución desde su ingreso, cuando presentaba mayor

desestructuración, hacia una actitud más activa y dependiente del apoyo estructurado actual.

- Adherencia al tratamiento: grado de cumplimiento farmacológico y asistencia regular al centro de día (actualmente estable tras casi 10 años de vinculación).
- Habilidades sociales: capacidad para iniciar y mantener conversaciones. De hecho, puede presentar verborrea con temas de su interés sin tener autocontrol para parar, aunque generalmente es sensible a las contingencias de la expresión facial y comunicación no verbal del interlocutor. También presenta buena resolución de conflictos menores y expresión de necesidades de forma asertiva.

Conciencia clínica y estado afectivo

- Insight o conciencia de enfermedad: atribución realista de los síntomas a la esquizofrenia. Al contar su historia vital expresa claramente que fueron síntomas derivados de la enfermedad. Aún así presenta algunos discursos mágicos como hablar de fantasmas, lo cual no podría considerarse parte de la sintomatología que ya son creencias normalizadas en población general.
- Ansiedad/depresión asociada y estado de ánimo: observado en quejas constantes, exigencias y variabilidad emocional. Se complementa con enlentecimiento psicomotor en actividades diarias (higiene, comidas, talleres), que afecta el desempeño.
- Funcionamiento cognitivo: evaluado mediante MoCA atendiendo al deterioro progresivo relacionado con tratamiento crónico.
- Calidad de vida: medición mediante Test GENCAT, considerando su trayectoria desde situación de calle a actual apoyo social estructurado en el centro y familiar.

Estas variables se miden en dos momentos principales (evaluación basal disponible y post-intervención actual), integrando datos clínicos del centro, observaciones sistemáticas durante mi periodo de prácticas y aplicación puntual de instrumentos como MoCA para capturar la evolución funcional en un contexto de rehabilitación de larga duración.

- **Variables de control y variables extrañas:**
 - Tratamiento farmacológico mantenido durante la intervención.
 - Interacciones con otros profesionales del centro residencial.
 - Factores contextuales no controlados propios del entorno institucional.
 - Actitud del paciente hacia el tratamiento.
 - Interacción con familiares o ausencia de esta.

En el presente estudio se tuvieron en cuenta diversas variables extrañas que podrían influir en los resultados de la intervención cognitivo-conductual y, por tanto, en la

interpretación de los cambios observados en las variables dependientes. Con el objetivo de minimizar su impacto, se establecieron una serie de variables de control.

Entre las variables controladas se incluyó el tratamiento farmacológico, que se modificó con un ligero aumento de dosis tras episodios rituales neutralizantes y aumento del enlentecimiento conductual que le supusieron demoras en la hora de llegada al centro. Además, se controló la asistencia regular al centro de día, estableciendo como criterio un nivel mínimo de participación en las actividades programadas y en las sesiones terapéuticas.

También se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas y clínicas, como la edad del paciente y el tiempo de evolución del trastorno, que fueron registradas con el fin de contextualizar los resultados obtenidos. La intervención fue aplicada por el mismo terapeuta, lo que permitió reducir la variabilidad asociada al estilo terapéutico y a la relación terapéutica.

No obstante, se reconoce la posible influencia de otras variables extrañas no controladas, tales como el nivel de motivación del paciente, dinámicas familiares o la presencia de acontecimientos vitales estresantes durante el periodo de intervención, lo cual constituye una limitación del estudio.

Procedimiento

Acceso al caso

El caso objeto de estudio fue seleccionado en el contexto de un centro de día para personas con trastorno mental grave, en el que realicé las prácticas curriculares del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Dichas prácticas tuvieron una duración total de 600 horas, desarrolladas entre abril de 2025 y enero de 2026.

El acceso al caso se produjo de manera natural, en el marco del funcionamiento habitual del recurso, sin que existiera una selección dirigida con fines de investigación. El usuario formaba parte del programa del centro con anterioridad al inicio de las prácticas y cumplía los criterios clínicos y funcionales adecuados para el análisis de un estudio de caso en contexto comunitario.

Garantías éticas

El presente estudio fue revisado y aprobado por la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández de Elche, así como autorizado por el propio recurso asistencial (CEEM de Elda). En todo momento se garantizaron los principios éticos fundamentales de la investigación en contextos clínicos, asegurando la confidencialidad de la información y la protección de la identidad del participante mediante la codificación anónima de los datos.

Además, el estudio se desarrolló respetando los principios de la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en materia de protección de datos personales, utilizándose exclusivamente información clínica relevante para los objetivos del trabajo.

Tipo de diseño

Es un caso único, de carácter descriptivo y longitudinal, con una aproximación naturalista y aplicada. Aunque se basa de medidas recogidas en distintos momentos temporales, el diseño no responde a un esquema experimental estricto, sino que se orienta al análisis de la evolución clínica y funcional del paciente en el contexto de una intervención psicosocial real.

Este tipo de diseño permite una comprensión profunda y contextualizada del caso, favoreciendo una aproximación orgánica a la práctica clínica habitual en recursos comunitarios de salud mental.

Asignación y control de variables

Dado que se trata de un estudio de caso único desarrollado en un contexto asistencial real, no existe asignación aleatoria ni grupo control. No obstante, se intentó mantener en gran medida una estabilidad en las condiciones contextuales del paciente durante el periodo en el que se ha estado analizando el caso.

Por ello, se tuvo en cuenta variables que pudieran afectar como variables extrañas como podía ser cambios en las pautas farmacológicas, acontecimientos vitales relevantes, modificaciones en el funcionamiento del recurso o variaciones en el nivel de implicación del paciente en las actividades del centro. Esta información fue tenida en cuenta en la interpretación de los resultados, con el fin de contextualizar lo más fielmente posible los cambios observados.

Desarrollo de la intervención y coordinación profesional

La intervención analizada se desarrolló dentro del programa habitual del centro de día, caracterizado por un enfoque rehabilitador y de orientación cognitivo-conductual. El tratamiento fue llevado a cabo por el equipo del centro de día, formado por el psicólogo y una educadora, ambos con formación en terapia cognitivo-conductual, que son quienes diseñan y dirigen las actividades grupales y el seguimiento individual de los usuarios.

Mi participación fue en calidad de alumna en prácticas, colaborando principalmente en tareas de observación, aplicando de forma puntual algunos instrumentos de evaluación y apoyando en actividades terapéuticas grupales, siempre bajo supervisión y sin asumir la responsabilidad clínica directa del caso. Estuve presente en diferentes tipos de talleres y dinámicas, lo que me permitió conocer de forma práctica el funcionamiento del programa y la coordinación entre profesionales, además de ir creando alianza terapéutica con el paciente en cuestión al igual que con el resto del grupo.

Dentro del programa se realizan talleres de psicoeducación en los que se trabajan temas relacionados con los diagnósticos y con problemas frecuentes como las emociones, la ansiedad, la depresión y síntomas relacionados con sus diagnósticos. El objetivo de estas sesiones es que las personas usuarias comprendan mejor sus dificultades y puedan aplicar lo aprendido en su día a día. En estas charlas se fomenta la participación activa, de manera que los usuarios puedan compartir experiencias, sentirse escuchados y ofrecerse apoyo mutuo a partir de sus propias vivencias.

También se lleva a cabo un taller de habilidades sociales, dividido en varias sesiones encadenadas, donde se trabajan aspectos como la asertividad y la comunicación verbal y no verbal. Para ello se utilizan role-plays de situaciones cotidianas, vídeos explicativos y pequeños cuestionarios que ayudan a identificar los conceptos trabajados. En este tipo de actividades colaboré proponiendo y guiando algunos role-plays sencillos, siempre acompañada por el psicólogo y la educadora.

Otro bloque importante del programa lo constituyen los talleres de estimulación cognitiva, en los que se utilizan fichas y actividades centradas en la comprensión lectora, el trabajo con números, la atención, la memoria, la percepción y la concentración. Además, se realizan talleres con juegos de mesa (puzles, dominó, juegos de cartas, juegos de roles, etc.) con la intención de entrenar funciones ejecutivas, memoria, toma de decisiones y tolerancia a la frustración, aprovechando al mismo tiempo el componente lúdico y social del grupo.

La actividad física también tiene su espacio mediante talleres guiados con ejercicios adaptados, generalmente en silla, con el objetivo de mantener y, en la medida de lo posible, mejorar la movilidad y la autonomía. Al finalizar estas sesiones suele incorporarse una breve meditación o ejercicio de relajación, que sirve para introducir estrategias de calma y regulación emocional que pueden usar después en otros momentos del día. En este ámbito propuse alguna sesión breve de movimientos básicos de baile (bachata y salsa) como forma de ejercicio físico y de dinamización del grupo.

Además, se desarrollan talleres orientados al ocio y la creatividad. Por un lado, se organizan salidas (por ejemplo, a la cafetería, piscina o a otros recursos de la comunidad) y espacios de planificación de ocio para los fines de semana, con la idea de que las personas usuarias puedan estructurar mejor su tiempo libre y mantener rutinas fuera del centro. Por otro lado, en los talleres de creatividad se elaboran manualidades y actividades artísticas (por ejemplo, decoración del aula según la época del año), que permiten trabajar la psicomotricidad fina, la expresión personal y el trabajo en equipo.

En el día a día también se incorporan tareas relacionadas con el autocuidado y las actividades de la vida diaria (AVDs), como preparar y recoger las mesas, colaborar en la organización del comedor o realizar pequeñas tareas de limpieza y orden. Estas actividades tienen como objetivo mantener y reforzar la autonomía básica y la participación activa en el funcionamiento del recurso.

Finalmente, la coordinación profesional se mantiene a través de reuniones periódicas entre el psicólogo, la educadora y el resto del equipo del centro, donde se comparten observaciones sobre la evolución de los usuarios, se ajustan las actividades a las necesidades del grupo y se revisan posibles incidencias. Mi participación en estas dinámicas me permitió entender mejor cómo se toman decisiones conjuntas y cómo se integran las diferentes intervenciones (psicológicas, educativas, ocupacionales, etc.) en un plan coherente para cada usuario, incluido el caso objeto de este estudio.

El planning de estas actividades se basa dentro de un horario que en general se cumple tal y como está establecido. Hay 3 actividades diarias encuadradas dentro del horario de 9h, que es cuando empiezan a llegar al centro y las 17h que es cuando suelen irse. El horario de las actividades son a las 10:30h, 12h y 16h, cada una de una hora de

duración. De 13:20h a 14h es el horario de comida y el resto del tiempo es libre. En ese tiempo libre suelen escuchar música, conversar entre ellos y hacer otros pasatiempos. Algunos también pasan tiempo en otras zonas del centro, más allá del aula destinada al centro de día, e interactuar con otros usuarios y usuarias del área residencial del CEEM.

Los lunes los talleres programados son psicoeducación, estimulación cognitiva y actividad física.

Los martes habilidades sociales, estimulación cognitiva y actividades de la vida diaria.

Los miércoles se reservan las dos actividades de la mañana para visualizar una película que se elige entre el grupo y que luego comentamos y reflexionamos al final. Por la tarde taller de creatividad.

Los jueves hay taller de actividad física, estimulación cognitiva y habilidades sociales.

Los viernes la mañana se destina a una salida a una cafetería cercana donde trabajamos más en la práctica habilidades sociales, a través de conversaciones distendidas sobre intereses y temas de actualidad, además de trabajar la planificación del ocio ya que habla de lo que piensan hacer el fin de semana. Y por la tarde se destina a juegos de mesa.

Evaluación de la evolución clínica

La evaluación de la evolución del paciente se realizó principalmente mediante observación sistemática a lo largo de periodo de prácticas además de mediante revisión de registros clínicos previos a los cuales tuve acceso. También por la aplicación puntual de instrumentos estandarizados disponibles en el centro y la información aportada por el psicólogo responsable del recurso, con más de veinte años de experiencia profesional en el centro, que ha estado presente de forma continuada en el seguimiento, desarrollo y observación del paciente a lo largo de su trayectoria asistencial desde su ingreso hasta la actualidad. Este procedimiento permitió establecer una línea base funcional y analizar los cambios observados en variables clínicas, emocionales y psicosociales a lo largo del tiempo.

Dado el carácter naturalista del estudio, no se estableció una evaluación post-intervención cerrada ni un seguimiento formal, centrándose el análisis en la tendencia de cambio, el mantenimiento funcional y la estabilidad clínica del paciente.

RESULTADOS

Evaluación cuantitativa de variables clínicas

Las evaluaciones estandarizadas muestran una estabilidad clínica favorable con mejorías puntuales en el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida, coherente con la participación prolongada en el programa del centro de día.

Instrumento	Evaluación previa (verano 2025)	Evaluación actual	Cambio observado
MoCA	22/30 (deterioro leve)	24/30 (deterioro leve)	+2 puntos Mejora leve en atención y funciones ejecutivas.
Test GENCAT	• Bienestar emocional: 50/100 • Relaciones interpersonales: 75/100 • Bienestar material: <1/100 • Desarrollo personal: 41/100 • Bienestar físico: 63/100 • Autodeterminación: 84/100 • Inclusión social: 84/100 • Derechos: 75/100 Índice de calidad de vida 67/100	• Bienestar emocional: 55/100 • Relaciones interpersonales: 80/100 • Bienestar material: 5/100 • Desarrollo personal: 48/100 • Bienestar físico: 65/100 • Autodeterminación: 88/100 • Inclusión social: 88/100 • Derechos: 78/100 Índice de calidad de vida 70/100	+3 puntos Mejora ligera en calidad de vida (67 → 70/100) tras 6 meses, destacando avances en relaciones interpersonales (+5), autodeterminación (+4) e inclusión social (+4), con estabilidad en bienestar material (<1 → 5/100).
PHQ-4	5/12 (leve)	2/12 (normal)	-3 punto Reducción de quejas somáticas.

Evolución de variables funcionales

Los datos que se presentan en estos apartados vienen de los registros asistenciales del centro y de la observación clínica sistemática realizada durante un periodo aproximado de 24 semanas. Las cifras deben interpretarse como estimaciones clínicas orientativas, no como medidas obtenidas mediante instrumentos estandarizados.

Los registros de asistencia del paciente usuario indican una asistencia elevada y estable, con una media aproximada del 95% durante el periodo observado, frente a una asistencia cercana al 85% en semanas previas. Asimismo, se aprecia un incremento progresivo en la participación en actividades terapéuticas, especialmente en talleres de estimulación cognitiva y actividades lúdicas estructuradas.

La participación media en talleres aumenta de forma gradual, con una mayor implicación activa en tareas cognitivas y juegos de mesa, mientras que en talleres ocupacionales se mantiene una actitud más pasiva, aunque sin conductas disruptivas.

Observaciones cualitativas

Desde un enfoque cualitativo, se observaron cambios clínicamente relevantes en el funcionamiento diario del paciente a lo largo del periodo de prácticas. Uno de los aspectos más significativos fue la reducción de rituales de neutralización asociados a las experiencias alucinatorias. Los retrasos diarios derivados de estos rituales, que previamente podían oscilar entre 20 y 30 minutos, se redujeron a aproximadamente 5–10 minutos, favoreciendo una mayor puntualidad y adaptación a la dinámica grupal del centro.

En el ámbito social, se evidenció un aumento de la iniciativa social espontánea. El paciente pasó de adoptar un rol predominantemente reactivo en las interacciones a iniciar conversaciones con varios usuarios, centradas en temas cotidianos como las actividades del día, la comida o programas de televisión y películas.

Regulación emocional y expresión de preferencias

Otro cambio cualitativo relevante fue la mejora en la regulación emocional. Durante el periodo observado disminuyeron las quejas y actitud de indiferencia siendo progresivamente sustituidas por la expresión de preferencias concretas y la aceptación de alternativas propuestas por el equipo.

Este cambio sugiere un mayor repertorio de estrategias comunicativas y una mejor adaptación emocional al contexto terapéutico.

Participación y roles funcionales

Se consolidó una participación más activa en actividades grupales, observándose conductas funcionales como:

- Explicación de normas en juegos de mesa sin necesidad de recordatorios,
- Colaboración en el reparto de materiales,
- Voluntariedad para tareas sencillas (poner mesas, recoger material).

Estas conductas reflejan una mayor implicación en la dinámica del grupo y una asunción progresiva de roles funcionales dentro del centro.

Autonomía en actividades de la vida diaria

En relación con la autonomía, se observaron mejoras en actividades básicas de la vida diaria. El paciente no requiere supervisión para el desplazamiento al centro, mantiene rutinas de higiene y vestimenta adecuadas, cumple de forma autónoma con la medicación y toma decisiones cotidianas relacionadas con la alimentación en el comedor.

No obstante, persiste el enlentecimiento psicomotor, especialmente en tareas matutinas y en actividades no estructuradas, lo que continúa siendo una limitación funcional relevante.

Patrones de comportamiento relevantes

De forma global, los resultados cualitativos muestran un patrón de mantenimiento funcional estable con mejorías incrementales, especialmente en habilidades sociales, regulación emocional e insight funcional. El paciente reconoce actualmente las experiencias alucinatorias como parte de la enfermedad, lo que contrasta con atribuciones externas previas, aunque persisten creencias de tipo mágico no claramente patológicas.

Durante el periodo observado no se registraron episodios de descompensación clínica, lo que refuerza el valor estabilizador del programa de centro de día en personas con esquizofrenia paranoide de larga evolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Interpretación de los resultados

Lo que se observa en este caso es que el paciente mantiene un funcionamiento bastante estable, con algunas mejorías pequeñas pero interesantes en varias áreas. Durante las prácticas esto me llamó bastante la atención, porque con esquizofrenia paranoide de tantos años de evolución, lo normal sería esperar más deterioro. Esto encaja con lo que dicen varios estudios como los de Wykes et al. (2008) o Turner et al. (2014), que explican que en estos casos lo más realista no es curar del todo, sino estabilizar, evitar recaídas y ayudar a que el día a día funcione mejor.

En lo cognitivo, que subiera dos puntos en el MoCA (de 22 a 24) me pareció relevante. Era de esperar un deterioro progresivo por el trastorno y el tratamiento largo con medicación, pero no solo no empeoró, sino que mejoró un poco en atención y funciones ejecutivas. Creo que esto refuerza la idea de que el ambiente estructurado del centro de día protege bastante la cognición.

En cuanto a la calidad de vida, el GENCAT subió tres puntos (de 67 a 70), sobre todo en relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social. No es un cambio muy marcado, pero sí muestra que el funcionamiento psicosocial va mejorando poco a poco. Esto coincide con lo que dicen Bond et al. (2012) o Liberman et al. (2017) sobre los programas comunitarios, que ayudan mucho en la integración y la autonomía.

El PHQ-4 bajó de 5 a 2 puntos, lo que significa menos malestar emocional y menos quejas físicas. Durante las prácticas noté que esto podía influir de la rutina del centro ya que a pesar de momentos de desestabilización los recursos y el apoyo percibido se mantiene estable, creando un espacio seguro para los participantes.

A nivel más práctico, se vieron cambios claros en cómo participaba en actividades, en que tomaba más iniciativa social y en que redujo bastante los rituales que hacía para "neutralizar" las alucinaciones (los retrasos por rodear farolas pasaron de 20-30 minutos a 5-10). Esto hace que los síntomas interfieran menos en su rutina diaria.

Sobre el insight, el paciente ahora reconoce que sus experiencias psicóticas pasadas eran por la enfermedad, que es un avance. Aunque todavía tiene algunas ideas mágicas (fantasmas, mundos astrales), que no creo que sean patológicas porque son bastante comunes en la población normal.

En general, parece que estar en este programa de centro de día con enfoque cognitivo-conductual estabiliza al paciente y le ayuda a consolidar habilidades sociales, regular mejor las emociones y mantener una autonomía básica, lo cual es un gran éxito tratándose de un caso de larga evolución.

Aplicaciones prácticas

Este caso da pistas prácticas sobre por qué funcionan bien los centros de día con personas que tienen esquizofrenia crónica. Muestra cómo mezclar actividades en grupo bien estructuradas, algún apoyo individual cuando hace falta y que todos los profesionales del equipo estén coordinados puede dar mejoras que se mantengan en el tiempo.

Durante las prácticas vi que lo más importante fue:

- Mantener rutinas fijas y predecibles, que dan seguridad.
- Usar técnicas cognitivo-conductuales adaptadas a lo que el paciente puede hacer cognitivamente.
- Aprovechar los refuerzos que surgen solos en el grupo (compañeros, profesionales).
- Que la psicología esté siempre coordinada con el resto del equipo (psiquiatra, educadores, etc.).

Limitaciones

El mayor problema de este trabajo es que es un caso único, así que no se puede extrapolar a otros pacientes con esquizofrenia. Además, no hice una intervención nueva solo para el estudio, sino que analicé cómo evolucionó dentro del programa normal del centro, por lo que es difícil decir exactamente qué causó cada cambio.

Los datos vienen en parte de registros antiguos del centro y de lo que observé yo durante las prácticas, lo que puede meter sesgos míos. Tampoco usé medidas repetidas de síntomas psicóticos estandarizadas (como el PANSS antes-después) ni evalué el insight de forma formal, que son limitaciones claras.

Líneas futuras de investigación

Para futuros trabajos estaría bien usar varios casos únicos o diseños con líneas base más controladas, midiendo síntomas positivos y negativos, insight y funcionamiento varias veces. También molaría comparar distintos enfoques terapéuticos en centros de día, y ver cómo hacer que las habilidades que se aprenden allí se trasladen mejor a la vida fuera, que es más caótica y menos estructurada.

Resumiendo, en este trabajo he descrito la intervención psicológica en un caso único de esquizofrenia paranoide de larga evolución, atendido en un centro de día para personas con trastorno mental grave. El caso muestra que, aunque se trate de una enfermedad crónica y de muchos años, es posible mantener una cierta estabilidad clínica y conseguir pequeñas mejorías cuando se ofrece un entorno estructurado y un seguimiento continuado.

Los resultados cuantitativos apuntan a una ligera mejora en el funcionamiento cognitivo, en la calidad de vida y en el malestar emocional, mientras que los datos cualitativos reflejan cambios que, aunque no son muy considerables, sí son importantes en el día a día: más participación en las actividades, más iniciativa social, menos rituales de neutralización y una mejor regulación emocional. Desde mi experiencia durante las prácticas, estos cambios se notaban especialmente en la manera de relacionarse con el grupo y en cómo aprovechaba los recursos del centro.

Este caso refuerza la idea de que los centros de día son un recurso clave dentro de la red de salud mental, sobre todo para personas con esquizofrenia crónica. Permiten combinar la intervención cognitivo-conductual con el trabajo grupal, el apoyo individual puntual y la coordinación entre distintos profesionales, algo que en este caso parece haber contribuido a mantener la autonomía básica y el funcionamiento cotidiano. También se ve la importancia de adaptar las técnicas al nivel cognitivo del paciente y de mantener rutinas claras y predecibles.

Al mismo tiempo, el trabajo tiene limitaciones importantes. Es solo un caso, así que no se pueden generalizar los resultados. Además, la intervención no se diseñó específicamente para la investigación, sino que se ha analizado lo que ya se venía haciendo en el centro, y parte de la información procede de registros previos y de mi propia observación durante las prácticas, con los posibles sesgos que eso implica. A pesar de ello, considero que la experiencia recogida es útil para la práctica clínica en recursos comunitarios y puede servir como punto de partida para futuros estudios con más casos y con evaluaciones estandarizadas repetidas que permitan profundizar mejor en el papel de los centros de día y de la TCC en la rehabilitación psicosocial en esquizofrenia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Author, A., Author, B., & Author, C. (2018). *Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia*. *Frontiers in Psychiatry*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00247/full>

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). *The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial*. *Psychological Services*, 3(4), 334-348. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.4.334>

Beck, A. T., & Rector, N. A. (2000). *Cognitive therapy of schizophrenia: A promising treatment modality*. *Psychiatric Annals*, 30(9), 579-586. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20000901-09>

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). *Generalist case management for people with severe mental illness: All you need to know*. *Psychiatric Services*, 63(10), 1023-1025. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200495>

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). (2022, octubre 12). *Los síntomas negativos en la esquizofrenia como disfunción de la corteza prefrontal*. <https://www.ciberisciii.es/noticias/los-sintomas-negativos-en-la-esquizofrenia-como-disfuncion-de-la-corteza-prefrontal>

Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., & McQuaid, J. R. (2014). *Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: Improvement in functioning and experiential negative symptoms*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1173-1185. <https://doi.org/10.1037/a0037098>

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.

Laws, K. R., Newton, J., Higginson, I. J., & Kondel, T. (2018). *A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: Are we looking at the right outcomes?* *Psychological Medicine*, 48(11), 1793-1804. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003714>

Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). *Recovery from schizophrenia: A concept in search of research*. *Psychiatric Services*, 56(6), 735-742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>

Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). *Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia*. *Psychiatry Research*, 270, 1065-1070. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.019>

Morrison, A. P., Pyle, M., Maughan, D., Lewis, S. W., & Shiers, D. (2018). *Cognitive behavioural therapy in clozapine-resistant schizophrenia (FOCUS): An assessor-blinded, randomised controlled trial*. *The Lancet Psychiatry*, 5(11), 982-990. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30184-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30184-6)

Organización Mundial de la Salud.

(2023). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Sarkar, S., Hillner, K., & Velligan, D. I. (2015). *Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia*. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 352–361.

Sarkar, S., Hillner, K., & Velligan, D. I. (2015). Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 352–361.

<https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.352>

Turner, D. T., van der Gaag, M., Kölner, S., & Cuijpers, P. (2014). *Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies*. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 523-538. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081159>

Velthorst, E., Koeter, M., van der Gaag, M., Nieman, D. H., Fett, A. K., Smit, F., Staring, A. B., Meijer, C., & de Haan, L. (2015). *Adapted cognitive behaviour therapy to stabilise residual symptoms in people with schizophrenia and schizoaffective disorder: A multicentre, cluster randomised controlled trial*. *Psychological Medicine*, 49(12), 2015-2025. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002880>

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). *Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor*. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>

