

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria



**INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN
UN CASO DE EPISODIO PSICÓTICO
EN LA ADOLESCENCIA**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Enero 2024

**CODIGO DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE:
TFM.MPG.JAPR.RL.231012**

AUTORA: RALUCA LUPU

DIRECTOR: JOSÉ ANTONIO PIQUERAS RODRÍGUEZ

Resumen

Los episodios psicóticos en la adolescencia son un problema psicológico que afecta a todas las áreas vitales: social, académico y familiar. El presente artículo es un estudio de caso único. El objetivo de este trabajo fue intervenir para reducir o eliminar la sintomatología mediante técnicas cognitivas (discusión cognitiva, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva), combinadas con tratamiento farmacológico y psiquiátrico en una adolescente de 17 años diagnosticada con un episodio psicótico breve. La paciente acude derivada del servicio de psiquiatría de un hospital público, en compañía de su madre. Se llevó a cabo una evaluación pretest y posttest empleando pruebas como el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo, la Escala de Autoestima de Rosenberg y para evaluar el estilos de personalidad el Cuestionario Exploratorio de Personalidad. En el posttest hubo una disminución notable de los síntomas del malestar psicológico, respecto al pretest. La evolución favorable avala la eficacia de la terapia cognitiva, combinada con la terapia farmacológica, en la intervención del episodio psicótico breve debido al consumo de estupefacientes en adolescentes.

Palabras clave: psicosis; adolescente; delirios; consumo; cannabis; intervención; tratamiento cognitivo.

Los episodios psicóticos durante la adolescencia son una afectación psicológica y psiquiátrica que causa un importante deterioro en varios aspectos vitales como el social y académico, tanto para la persona que lo padece como para su familia y su entorno. Es una alteración con inicio repentino que implica síntomas como delirios, alucinaciones o discurso desorganizado (DSM-5, 2013). La psicosis comprende habitualmente un total de cuatro fases. Las dos primeras son la fase premórbida o estado anterior al inicio de la sintomatología inespecífica y la fase prodrómica, el tiempo en que el paciente presenta sintomatología inespecífica y que incluye el estado mental de alto riesgo, falta de sueño, fuga de ideas, entre otras, considerado un estadio de alta vulnerabilidad de desarrollar un trastorno psicótico. La tercera fase, denominada fase aguda, es la fase en la cual se enmarca el primer episodio psicótico, dando comienzo a la sintomatología psicótica propiamente dicha. Finalmente, tras la fase aguda, se extiende una cuarta fase denominada fase de recuperación o remisión, que incluye las posibles recaídas. Un episodio psicótico no es sinónimo de esquizofrenia, aunque tienen varias características comunes como pérdida del sentido de la realidad o desequilibrios de la neuroquímica cerebral. En la práctica clínica pueden darse brotes aislados que no vuelven a aparecer y es habitual esperar que una persona tenga más de un episodio psicótico para considerar una enfermedad psicótica como la esquizofrenia (Infante, 2018).

La adolescencia puede ser un periodo crítico donde pueden aparecer episodios psicóticos que implican ideas delirantes, autolesiones, descuido de la apariencia, actividad alucinatoria, alteraciones del contacto o del curso del pensamiento y conducta desorganizada (Cohen y Consoli, 2020). En esta etapa, clave para el desarrollo personal, en las personas que además pueden tener predisposición genética, la psicosis causa una pérdida de los límites y del contacto con la realidad, que en ocasiones viene determinada por el consumo creciente de estupefacientes, entre los cuales el más consumido, el

cannabis (Gobbi et al., 2019). El consumo de diferentes drogas entre las cuales la marihuana puede provocar la aparición del primer episodio psicótico y puede dificultar el diagnóstico y el posterior tratamiento, siendo además un factor de riesgo (Carrera, 2021). Según el Informe Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, del Ministerio de Sanidad del año 2022, la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas es entre los 14 y los 18 años, según sexo, en los chicos aproximadamente a los 14 años y las chicas a los 15 años. Las drogas que más frecuentemente se han relacionado con la psicosis son el cannabis, la cocaína, anfetaminas y alucinógenos (Valdepérez y Ruiz 2021).

Existen diferentes factores, como edad, sexo, raza, área urbana, variables ambientales y socioculturales que afectan la incidencia de los trastornos psicóticos. En un estudio realizado en diferentes países entre cuáles España, se confirma que las personas jóvenes tienen mayor riesgo en desarrollar un primer episodio psicótico, cerca del 68% de los hombres y el 51% de las mujeres, la enfermedad debuta antes de los 35 años (Jongsma et al., 2018). Los estudios evidencian una relación directa del consumo de tóxicos con los trastornos psicóticos, comportamiento relacionado con la actividad social, estado de ánimo, apoyo familiar y traumas infantiles (Infante, Pozo y Rojas, 2018).

El inicio de un episodio psicótico en la adolescencia debido al consumo de tóxicos, puede comenzar con falta de concentración, estado de ánimo depresivo, ansiedad, irritabilidad, ambivalencia, respuestas afectivas inadecuadas, aislamiento de los iguales y de la familia o falta de sueño. En el plano neuropsicológico aparece una alteración en la actividad dopaminérgica, en el sistema límbico, que da lugar a los síntomas positivos (alucinaciones, delirios) junto a una disminución de la dopamina en los lóbulos frontales que origina los síntomas negativos (ánimo deprimido, retraimiento, pérdida de interés y disfrute). Otro neurotransmisor involucrado es la noradrenalina que

da lugar a una alta sensibilidad a estímulos sensoriales (Chamorro, 2006).

Conocer el curso del primer episodio psicótico ofrece una mejor exactitud en el diagnóstico, el tratamiento y el curso de este. Puede eliminar el efecto de la cronicidad, de la hospitalización, comprender la evolución a corto y largo plazo y los factores biológicos, ambientales y clínicos que pueden estar relacionados con la etiología y la psicopatología de estos primeros brotes psicóticos (Kershavan y Schooler, 1992).

Existen diferentes procedimientos para evaluar los primeros episodios psicóticos, entre los cuales las entrevistas psiquiátricas y psicológicas estructuradas y semiestructuradas, basadas en el Manual de los trastornos mentales (DSM-5, 2013), cómo Present State Examination (PSE, Wing et al., 1967), o la Lista de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS-C, Spitzer y Endicott, 1978), y otras entrevistas para evaluar patología asociada, como depresión y ansiedad. Por otro lado, se realiza un examen médico exhaustivo que incluye además exploración neurológica y pruebas de laboratorio que, por otro lado, sirven para descartar posibles problemas añadidos (Guitart, Orellana y Flores, 1999).

El tratamiento integral del primer brote psicótico comprende el ingreso hospitalario, la terapia farmacológica y psicológica. El tratamiento farmacológico se debe iniciar con precaución para producir el menor daño, mientras se logra el máximo beneficio. Se incluyen el inicio gradual, con información detallada, de dosis bajas de antipsicóticos, haloperidol, olanzapina y risperidona, los más usados, y benzodiazepinas, para aliviar la agitación, el insomnio, y las alteraciones del comportamiento secundario a la psicosis, mientras los antipsicóticos logran su efecto (Bermeo, Ocaña, Vázquez y Tlatoa, 2015).

En el tratamiento psicológico la mejor opción es la terapia cognitivo conductual y las intervenciones psicosociales de rehabilitación, que previene las consecuencias secundarias de la enfermedad y fomenta la recuperación sin llegar a desarrollar

esquizofrenia y otros trastornos psicóticos más graves. Además, puede ser útil para la adherencia al tratamiento, para mejorar habilidades sociales y de convivencia, y para disminuir y manejar la sintomatología comórbida como la depresión y la ansiedad. Por otro lado, es importante incluir en el tratamiento a las familias, que actúan como coterapeutas, así como ofrecer psicoeducación y herramientas en caso de posibles recaídas (Gutiérrez et al., 2012).

En la misma línea, los estudios llevados a cabo por Startup, Jackson y Bendix (2004) demuestran que los resultados después de la intervención cognitivo conductual se mantienen a cabo de una año, después del primer ingreso, como complemento a la atención estándar, en el tratamiento de personas que padecen brotes psicóticos.

De la misma manera el documento “Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia” indica que las intervenciones que incluyeron la integración social tuvieron mayor efectividad que los tratamientos que no incluyeron este componente (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000).

Lo que se conoce hasta el momento es que la TCC es un tratamiento efectivo para reducir la sintomatología psicótica, disminuyendo el riesgo de recaída después del tratamiento, en comparación con grupo control o tratamiento placebo (Cuevas y Perona, 2002). Sin embargo, existe un escaso número de estudios realizados sobre los primeros brotes psicóticos producidos por consumo de sustancias en la adolescencia, por lo que el objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención en un caso de psicosis en una adolescente de 17 años. Se aplicó una intervención basada en la TCC que combina la psicoeducación para la familia y el tratamiento farmacológico asociado. A través de la intervención se pretende intervenir para reducir o eliminar la sintomatología mediante técnicas cognitivas (discusión cognitiva, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva), combinadas

con tratamiento farmacéutico y psiquiátrico.

Descripción del caso

Identificación del paciente

La paciente es una adolescente (K. en adelante) de 17 años escolarizada en el segundo curso de bachiller en un colegio de Rumania. Anteriormente cursó parte de la etapa primaria en España, pero debido a las dificultades de adaptación volvió al país de origen. Tuvo un buen rendimiento escolar y social, hasta el último curso, que comenzó con absentismo escolar y suspendió algunas asignaturas. Es hija única de familia monoparental con algunos problemas relevantes, debido a la negación del padre biológico de hacerse cargo de la educación y custodia de la niña. Actualmente convive con la familia materna, abuela y tíos en Rumania, durante el curso escolar y pasa las vacaciones escolares con la madre en España. Respecto a la historia de desarrollo, la madre refirió que el embarazo, parto e hitos evolutivos se dieron dentro de los parámetros de normalidad.

Motivo de consulta

La paciente K. acudió a consulta por demanda de su madre, debido a los comportamientos extraños de la menor, malestar, angustia, ansiedad, retraimiento, después de haber estado ingresada tres días en un hospital público español. en la sección de psiquiatría. El diagnóstico psiquiátrico refiere Trastorno psicótico breve por posible consumo de tetrahidrocannabinol (THC). La familia buscó una profesional de la psicología general sanitaria que se pudiera comunicar con K. en su idioma materno, ya que en castellano no podía expresarse y entendía muy poco.

Historia del problema

Hace un año aproximadamente la paciente comenzó a fumar de manera esporádica marihuana en forma de porros. Unos meses atrás, debido al fallecimiento del abuelo, el consumo se hizo más habitual. Además, comenzó a interesarse por el espiritismo, el más allá, otras dimensiones, tener ideas extrañas, cosa que aparentemente no había realizado anteriormente. En el momento en cual la madre decidió trasladar a la hija a urgencias del hospital, esta intentó escaparse de casa, presentando ideación delirante de control y prejuicio centrado en la figura materna, posibles alucinaciones auditivas, en forma de la voz de su madre, autorreferencialidad en los medios de comunicación, fenómeno de control y difusión de los pensamientos, (“Mi madre me controla psíquicamente, controla el mundo, está en mi cabeza”; “Puedo conectar con el pensamiento de los demás y los demás leen mi pensamiento”), insomnio de dos días de evolución y angustia psicótica.

En cuanto a la exploración psicológica, el día que se presentó en la consulta, después del alta hospitalaria, la menor tenía un aspecto adecuado, se mostraba colaborativa en todo momento, aunque parcialmente inhibida. Se mostró nerviosa y con moderada ansiedad. El discurso fue fluido, coherente y adecuado para su edad. Presentaba ánimo depresivo, apatía, anhedonia, miedos congruentes con su situación actual y poca adherencia al tratamiento farmacéutico. Comentó que debido a los últimos eventos no había vuelto a consumir marihuana y tampoco tenía intención de hacerlo en el futuro.

Evaluación del caso

En la primera fase de la evaluación se comenzó con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; versión española de Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21

ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos.

Después se administró el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982; versión española de Seisdedos, 1990), que comprende dos escalas separadas de autoevaluación, la ansiedad estado (A/E) que evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y la ansiedad rasgo (A/R) que evalúa la propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

La validación de la autoestima se realizó a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, Schooler, Schoenbach, 1995; versión española de Atienza, Moreno y Balaguer, 2000) una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Engloba diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo.

Para evaluar el estilo de personalidad se utilizó el Cuestionario exploratorio de personalidad-III (CEPER-III; Caballo y Valenzuela, 2001), instrumento completo, de uso libre para la investigación y para la práctica, de fácil aplicación, es un instrumento de evaluación dimensional no categórico que evalúa 14 estilos de personalidad y tendencias de comportamientos, como paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, por evitación, por dependencia, compulsivo, pasivo-agresivo, sádico, autodestructivo, depresivo y cuatro ítems que evalúan sinceridad.

La Figura 1 representa el perfil de estilos de personalidad. Las puntuaciones de las escalas están comprendidas entre 12 puntos (mínima presencia de características del

estilo de personalidad desadaptativo) a 84 puntos (máxima presencia de características de un estilo de personalidad desadaptativo). Los valores obtenidos en las escalas demostraron puntuación normotípica excepto en las escalas esquizotipia (43 punto), personalidad límite (46 puntos) y narcisista (47 puntos) donde superó los 38 puntos y se interpretó como posibles señales de alarma en cuanto a un posible trastorno de la personalidad.

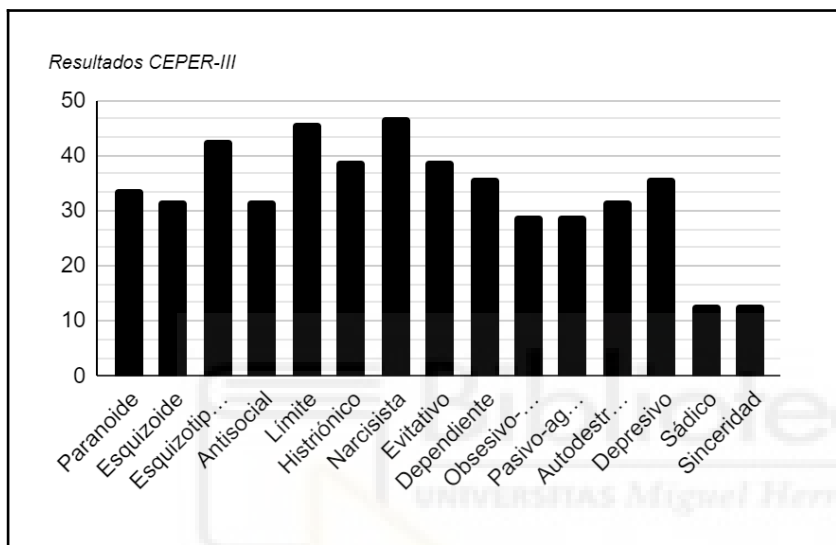


Figura 1. Resultados CEPER-III

La validación de los síntomas del Trastorno psicótico breve se realizó a través del diagnóstico remitido por el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario público, español, desde donde fue remitida la paciente. Los cuestionarios se presentaron en castellano y fueron traducidos a rumano por la terapeuta en el momento de la evaluación.

Para comenzar, se indagó sobre la historia de vida de K, acerca de los antecedentes familiares, el tiempo que llevaba desarrollando los síntomas psicóticos, la frecuencia y las estrategias de control llevadas a cabo hasta el momento, la toma del tratamiento farmacológico, cómo afectaba el entorno familiar y escolar y cuál era la motivación para tratar el problema.

Después se llevó a cabo una entrevista a L. para averiguar el conocimiento y la preocupación por el trastorno que padece con el objetivo de obtener información

relevante acerca de los síntomas y signos del problema que padece.

Finalmente, se solicitó a la paciente que durante la semana completará una hoja de registro (Figura 2). Se evaluó interpretaciones inadecuadas de los pensamientos intrusivos y se estableció una línea base de las conductas que realiza.

Fecha	Estímulo/ Situación	Pensamiento desadaptativo	Emoción	Conducta

Figura 2. Registro de conducta

Análisis topográfico

K. se quejaba de un alto nivel de ansiedad y malestar, junto con la dificultad de dejar de pensar en temas relacionados con la transmisión de los pensamientos, telepatía, o la conexión con su abuelo difunto. Esto le sucedía a diario, aunque intentaba ser consciente de su estado y de su pensamiento. Además, se sentía cansada, necesitaba anclarse en el presente y recuperarse del episodio psicótico sufrido. Manifestaba que necesitaba ayuda para expresar y manejar sus emociones y sentimientos y para poder tomar adecuadamente la medicación. Además, afirmaba no volver a consumir cannabis ya que había comprendido su posible efecto sobre el funcionamiento psicológico y sus capacidades vitales en general. La madre afirmaba que la convivencia y la comunicación con la paciente se había visto afectada de manera general, aunque después de la salida del hospital, había ido mejorando poco a poco.

Análisis funcional

El cuadro clínico que padece K. es compatible con el Trastorno psicótico breve. Se inició aproximadamente tres semanas atrás cuando la paciente comenzó a consumir THC a diario. Los síntomas de malestar psicológico, las conductas ansiosas, inquietud,

pensamientos distorsionados, ansiosos, la indefensión, la dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y la tristeza comenzaron después de la muerte repentina de su abuelo hace un año. Después había comenzado a interesarse por la espiritualidad, vida tras la muerte, reencarnación, conexión con el más allá y otros fenómenos paranormales. Según explicaba la paciente también sufrió abandono por el padre en la infancia y el traslado de la madre a España, quedando a cargo y custodia de los abuelos maternos, hecho que le pudo afectar el desarrollo afectivo, emocional y el apego adecuado, repercutiendo de manera negativa en su bienestar y estabilidad psicológica. Todo lo anterior desembocó además en un consumo esporádico de cannabis.

Los pensamientos distorsionados, obsesivos, la fuga de ideas, los delirios, las alucinaciones y los comportamientos inadecuados comenzaron después de iniciar un consumo diario de marihuana una semana antes de su ingreso en el servicio de psiquiatría de un Hospital Universitario español. Como consecuencia, había empezado a tener dificultades en pensar con claridad y lógica, tiene ideas inusuales, sentimientos extraños de transmisión de pensamiento y telepatía, dificultad para distinguir entre realidad y fantasía, que acabó provocando una angustia intensa y mucha ansiedad. La aparición de estos pensamientos junto con la valoración y el significado que les concede la paciente, como peligrosos e inadecuados, precipitaron hacia un episodio psicótico. A causa de la frecuencia del consumo, el malestar psicológico y el estrés que sufre K, aparecieron los síntomas desencadenantes de la psicosis. Tras la estabilización en el servicio de psiquiatría, la paciente recibió la prescripción del tratamiento farmacológico y el alta.

Tabla 1. *Análisis funcional del caso*

Estímulos antecedentes	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<p>Remotos</p> <p>Abandono por parte de los padres.</p> <p>Fallecimiento abuelo</p> <p>Actuales:</p> <p>Sociales</p> <p>Externos:</p> <p>Instituto.</p> <p>Amistades.</p> <p>Ver amigos que consumen.</p> <p>Estar en ambientes de consumo.</p> <p>Familia.</p> <p>Internos</p> <p>básicos de CTA</p> <p>Pensamientos distorsionados.</p> <p>Fuga de ideas.</p> <p>Autorreferencia en medios de comunicación.</p>	<p>Biológicos</p> <p>Miedos.</p> <p>Adolescencia.</p> <p>Tipo de sustancia.</p> <p>Daños orgánicos.</p> <p>Historia</p> <p>Infancia traumática.</p> <p>Abandono.</p> <p>Apego evitativo.</p> <p>Problemas de adaptación.</p> <p>Bajo rendimiento académico.</p> <p>Repertorios</p> <p>Capacidad para aprender nuevas conductas.</p> <p>Comprensión alta.</p> <p>Esquemas mentales rígidos.</p> <p>Confusión.</p> <p>Evitación.</p> <p>Baja responsabilidad.</p>	<p>Cognitiva</p> <p>Distorsiones.</p> <p>Fuga de ideas.</p> <p>Transmisión de pensamientos.</p> <p>Motora</p> <p>Acudir en búsqueda de cannabis.</p> <p>Intentar vivir en España.</p> <p>Discusiones con los padres.</p> <p>Fisiológica</p> <p>Baja concentración.</p> <p>Disminución de la memoria.</p> <p>Desorientación.</p> <p>Sudoración.</p> <p>Presión en el pecho.</p>	<p>Físicas</p> <p>Cansancio.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Apatía.</p> <p>Taquicardia.</p> <p>Angustia.</p> <p>Refuerzos</p> <p>Evitación emocional.</p> <p>Evitación de situaciones incómodas.</p> <p>Sistema de recompensa.</p> <p>Motivación hacia el consumo.</p>

Aplicación del tratamiento

El tratamiento de primera elección fué una intervención basada en terapia psiquiátrico-farmacológico, combinada con tratamiento psicológico cognitivo conductual, (Datta, Daruvala y Kumar, 2020). Tuvo un curso de 12 sesiones, ya que la paciente tenía que retornar a su país de origen, con una duración aproximada de 1 hora, con una periodicidad semanal. La Tabla 2 resume la distribución del tratamiento.

Tabla 2. *Sesión, objetivo, técnicas y estructura de la intervención*

<i>Sesión</i>	Objetivo	Técnicas	Estructura
1 y 2.	Recabar información sobre la conducta problema. Evaluación pre-tratamiento. Entrega de autorregistros.	Entrevista clínica. semiestructurada. Cuestionario. Autorregistros.	
3.	Análisis funcional Psicosis y consumo. Concienciar efectos, recaída. Recabar información de la familia.	Psicoeducación. Registro conductual de tareas (RC). Motivación abandono consumo. Entrevista familia. Papel coterapeuta.	Revisión tareas para casa. Pautas de actuación en casa.
4.		Revisión de tareas.	Tareas para casa.

5.	<p>Identificar distorsiones cognitivas y esquemas cognitivos rígidos.</p> <p>Tareas agradables.</p> <p>Distracción.</p>	<p>Conciencia emocional.</p> <p>Regulación emocional.</p> <p>Revisión de tareas.</p> <p>Relajación muscular progresiva.</p> <p>Respiración, relajación.</p>	<p>Tareas para casa.</p> <p>Práctica relajación.</p> <p>Registro ARCO.</p>
6.	<p>Disminuir activación.</p> <p>Flexibilidad mental.</p>	<p>ARCO de las emociones.</p> <p>Regulación emocional.</p>	
7.	<p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Aprender resolución adecuada de conflictos.</p>	<p>RC.</p> <p>Fichas, ensayo conductual.</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>Tareas para casa.</p> <p>Revisión de tareas.</p>
8.	<p>Expresar emociones.</p> <p>Hacer peticiones.</p>	<p>habilidades sociales (HHSS).</p> <p>Role playing.</p> <p>Psicoeducación HHSS.</p>	<p>Tareas para casa.</p>
9.	<p>Identificar emociones.</p> <p>Rechazar peticiones .</p>	<p>Role playing.</p> <p>Ensayo conducta.</p>	<p>Revisión de tareas.</p>

10.	Adherencia al tratamiento farmacológico.	Acudir al centro médico para pinchazo.	Frecuencia toma.
11.	Educación efectos nocivos consumo.	Fichas, material video, cortometraje.	Preparar pastillero.
12.	Prevención de recaídas y consumo.	Evaluación post-tratamiento.	Revisión de tareas. Visionar película.
		Cuestionarios.	Resolución de problemas.

Nota. RC registro conductual; HHSS habilidades sociales.

Las sesiones 1 y 2 se dedicaron a recabar información, conocer cómo se manifestaba la conducta problema, cuál era el ambiente y el clima familiar y se administraron los test y cuestionarios necesarios para establecer el diagnóstico y posible comorbilidad asociada. Para ello se entrevistó a la madre y a la paciente y se le entregó un autorregistro para los pensamientos desadaptativos con el objetivo de establecer una línea base de las conductas problema.

En la sesión 3 se explicó a la madre y a la paciente el diagnóstico, los síntomas cognitivos y conductuales específicos, el análisis funcional, los resultados de los cuestionarios aplicados y cómo se iba a llevar a cabo la intervención. El objetivo de la psicoeducación fue que conocieran la naturaleza de los problemas psicológicos, los efectos del consumo de cannabis, los antecedentes y las consecuencias, comprendieran la situación y promovieran la autonomía, así como el desarrollo de conductas saludables. Se revisaron los registros conductuales que se cumplimentaron en casa y se entregaron nuevas tareas para llevar a cabo en el domicilio.

Durante la sesión 4 se procedió a explicar a K. qué son las distorsiones

cognitivas, los pensamientos automáticos, los esquemas rígidos de pensamiento y cómo afecta el bienestar psicológico y la percepción de la realidad. Se realizaron dinámicas para la conciencia y la regulación emocional con fichas de trabajo, para aprender a identificarlas y abordarlas y de esta forma mejorar la calidad de vida y prevenir problemas de salud mental en el futuro. Al final de la sesión se entregó una ficha para realizar tareas en el domicilio con el fin de llevar a la práctica diaria lo aprendido en la consulta.

En la sesión 5 se realizó, junto con la paciente, un registro de tareas agradables que se pudiera llevar a cabo sola o en compañía de otros allegados. Se explicó cómo hacer un listado, planear y llevar a cabo actividades para mejorar el estado de ánimo y proporcionar satisfacción y motivación como leer, hacer deporte, con el objetivo de aumentar la motivación, la activación y disminuir la incidencia de los pensamientos automáticos e intrusivos. Además, se comenzó a practicar la relajación muscular progresiva. Se alentó la práctica en casa, lo más frecuente posible. Se le entregó un registro para puntuar el estado de ánimo después de hacer las actividades, anotar la práctica de relajación y para tomar conciencia sobre la mejoría.

La sesión 6 se dedicó a disminuir la activación fisiológica de la paciente a través de la respiración, la relajación muscular progresiva, la regulación emocional y trabajar la flexibilidad mental a través de la técnica del ARCO de las emociones del Protocolo Unificado de Barlow (2017). Como tarea se entregó el registro ARCO para cumplimentar en casa.

Durante la sesión 7 se realizaron ejercicios de reestructuración cognitiva para alentar a la persona a cuestionar las ideas y creencias que le están limitando o causando malestar, utilizándose la detección de pensamientos desadaptativos, el diálogo socrático y el análisis de las evidencias a favor y en contra de los pensamientos desadaptativos.

También se le enseñó a K. la técnica de resolución de problemas para impulsar un proceso de detección y corrección de futuros conflictos y dificultades personales e interpersonales, empleando el modelo de D'Zurilla et al. (2004), como proceso cognitivo-afectivo-conductual en el que una persona trata de identificar, descubrir, inventar o adaptar maneras de enfrentarse a situaciones problemáticas de la vida cotidiana. Como tarea para casa se entregó un registro de conducta y actividades placenteras para aumentar el estado de ánimo.

Para expresar las emociones, en la sesión 8 y 9 se realizaron dinámicas como reconocer emociones a través de fotografías, se confeccionó una caja emocional donde cada día había que colocar post-it con las emociones que se habían experimentado a lo largo de la jornada, se llevó a cabo un *role-playing* con el objetivo de facilitar la conciencia y la expresión emocional. También se efectuó psicoeducación sobre las diferentes habilidades sociales y se revisaron tareas de las sesiones anteriores.

Durante la sesión 10 se abordó la adherencia al tratamiento farmacológico, con una estrategia conjunta donde participaron la paciente y su familia. Se ensayó la toma y la preparación del pastillero y las alarmas en el reloj para cada toma. Se abordó además la conducta de acudir al centro médico para recibir las inyecciones mensuales con el objetivo de cumplir el tratamiento prescrito y mejorar la sintomatología. Como tarea para casa se animó a la familia a supervisar la práctica correcta, la dispensación y el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.

La sesión 11 se dedicó a la psicoeducación sobre los efectos nocivos derivados del consumo de cannabis. Se utilizaron fichas del programa "DIno" (Delgado, Pablos y Sanchez, 2009), con la finalidad de orientar, guiar y fomentar habilidades de autocontrol para no volver al consumo de psicotrópicos. Además, se visionó el cortometraje "Pasa la vida" (Fundación FAD Juventud, 2022), donde se pretende que adolescentes y jóvenes

reflexionen sobre el consumo de cannabis. Como tarea para casa se aconsejó el visionado de la película *Réquiem por un sueño* (Aronofsky, 2000)

La última sesión, número 12, se dedicó a la prevención de recaídas, a la resolución de problemas y a la evaluación post-tratamiento. Se recordó a la paciente y a su familia los logros alcanzados con ayuda de las técnicas puestas en práctica, la generalización en situaciones cotidianas y se enseñó la técnica de resolución de problemas a través del *brainstorming* (Osborn, 1953). Se resaltó la importancia de seguir absteniéndose al consumo de drogas y se llevó a cabo la evaluación post-tratamiento para comprobar si la intervención logró los objetivos planteados y se acordó el seguimiento al mes de finalizar la terapia y posteriormente a los 3,6 y 12 meses.

Resultados

La Figura 3 representa la evolución de la depresión en las 12 sesiones de tratamiento. A lo largo del proceso terapéutico se observó una reducción de los síntomas depresivos. En las últimas semanas de la intervención (semanas 11 y 12), se pudo percibir una disminución de la severidad desde unos valores altos (39 puntos) hasta valores moderados (22 puntos).

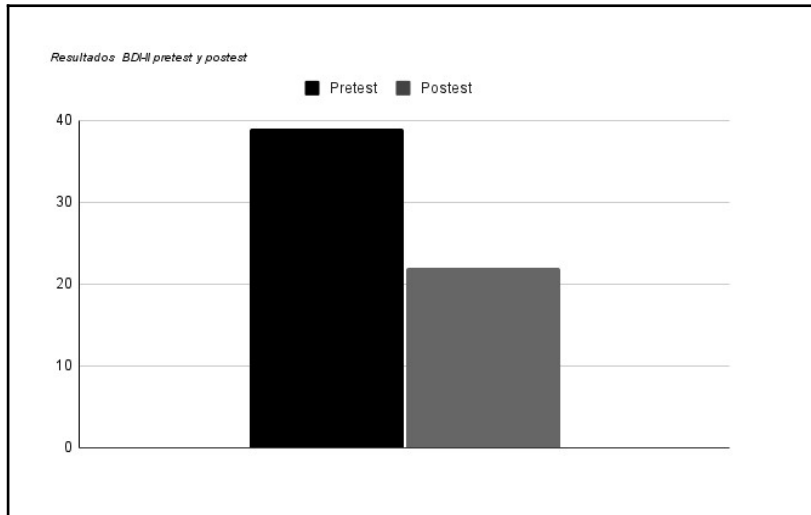


Figura 3. Resultados BDI-II pretest y postest.

Se observó una disminución en el nivel ansiedad en el postest, en ambas subescalas (ansiedad estado y ansiedad rasgo) en comparación con las medidas pretest. En el postest, los niveles fueron altos en las dos dimensiones, sobre todo en la dimensión ansiedad estado. La ansiedad estado se redujo desde una puntuación inicial de 41 (Centil 90) a una puntuación postest ligeramente sobre promedio de 31 (Centil 75) y la ansiedad rasgo de una puntuación pretest sobre promedio de 31 (Centil 75) a una puntuación postest promedio de 23 (Centil 45), tal como se muestra en la Figura 4.

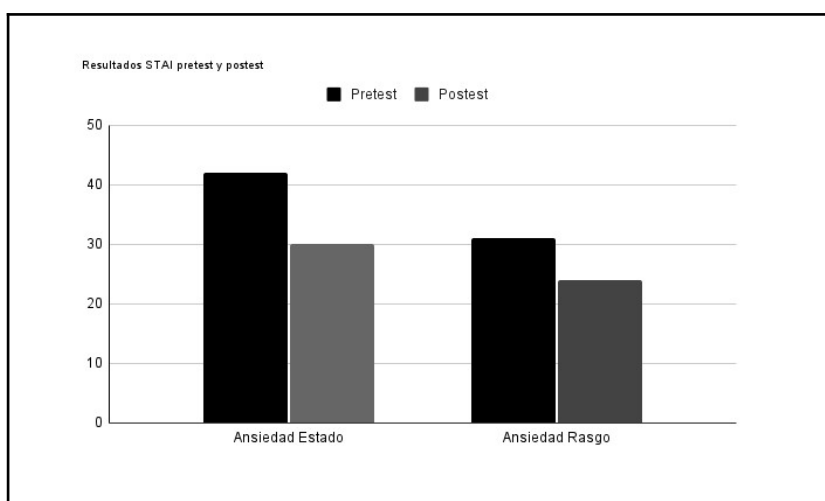


Figura 4. Resultados STAI pretest y postest.

En la figura 5 se muestran los resultados obtenidos en la exploración de la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía y de respeto a sí misma. Se observa un aumento de la autoestima desde una puntuación baja, de 22, que denota problemas significativos, a una puntuación de 29, con valores medios, que conviene mejorar.

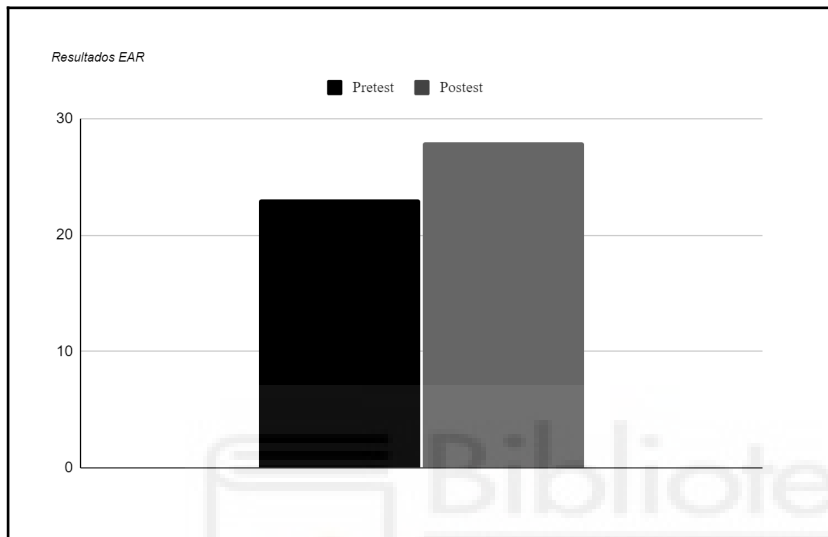


Figura 5. Resultados EAR pretest y postest.

Discusión

Este trabajo presenta un caso de episodio psicótico en una paciente de 17 años, y evalúa la eficacia de la TCC a partir del inventario de Depresión de Beck-II, el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo y el Cuestionario exploratorio de personalidad. Después del tratamiento, la paciente presentó una reducción de la sintomatología psicótica hasta su reducción total así como de las manifestaciones comórbidas asociadas de depresión, ansiedad y baja autoestima, lo que confirma la eficacia de la TCC, en combinación con la utilización de fármacos en los episodios psicóticos, en edad adolescente. Los resultados obtenidos fueron consistentes con los de Coloma et al. (2017), que halló una mayor disminución de síntomas a través de la TCC en casos de menores de 18 años, siendo el tratamiento psicoterapéutico fundamental en el manejo de

los síntomas y de la reestructuración cognitiva.

Tras la intervención, se observó una disminución significativa de las distorsiones cognitivas, del malestar psicológico, los esquemas rígidos de pensamiento, la dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones, los síntomas depresivos, una reducción a niveles funcionales de la ansiedad y el aumento de la adherencia al tratamiento farmacéutico, cumpliéndose los objetivos de la intervención. Estos síntomas fueron tratados a través de las técnicas del debate y reestructuración cognitiva, ensayo de conducta, activación conductual, psicoeducación de habilidades sociales y expresión y gestión adecuada de las emociones, entre otras. Como demuestran Anagnostopoulou, Kyriakopoulos y Alba (2019) en una revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos psicológicos, existe evidencia que respalda la efectividad del modelo cognitivo-conductual, que proporcionan una alta eficacia en las intervenciones con población adolescente, en la psicosis de inicio temprano. Por lo tanto, en este caso las hipótesis iniciales se cumplen. A nivel internacional los resultados obtenidos por Byrne y Morrison (2014) demostraron que la TCC puede ayudar a reducir el impacto negativo de las experiencias psicológicas inusuales tanto a corto como a largo plazo.

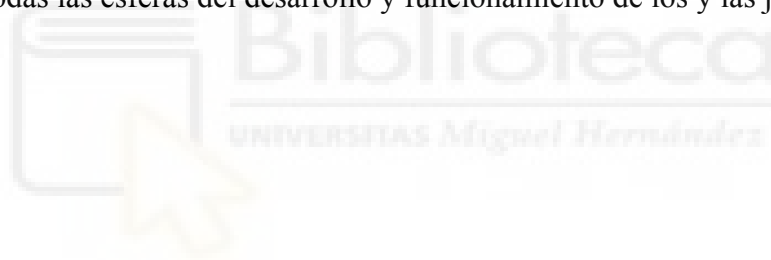
Por otro lado, cabe mencionar que la evaluación, la detección e intervención temprana redujeron la gravedad de los síntomas psicóticos. Este hallazgo es coherente con los efectos terapéuticos obtenidos por Morrison et al. (2012) en un ensayo controlado aleatorio en detección temprana e intervención para personas en riesgo de psicosis donde la mayoría de los participantes mejoraron con el tiempo.

Si bien los datos muestran efectos positivos después de la aplicación del tratamiento, existieron limitaciones del trabajo, como la poca información inicial de la que se disponía dada la edad de la paciente, la duración de la intervención, poder realizar algunas sesiones de tratamiento y seguimiento más, la comunicación inicial con

la familia, la barrera idiomática, o la nula participación de la figura del padre.

Por otra parte, la inclusión de la madre y la motivación que tenían ambas, la mamá y la paciente hacia la recuperación y la rehabilitación, resultó de especial importancia para llevar a cabo las tareas en el hogar, siendo una de las fortalezas de la intervención.

Finalmente, en cuanto a futuras intervenciones, es necesario una intervención más prolongada en el tiempo, con la participación de todas las figuras y actores sociales importantes para los pacientes y de esta forma conseguir un buen avance de la terapia. El consumo de sustancias en edad adolescente, con el consecuente riesgo de sufrir un episodio psicótico, es un problema no solo individual, sino social, ya que es un trastorno que afecta a todas las esferas del desarrollo y funcionamiento de los y las jóvenes.



Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn)*. Washington, DC: Autor.
- Anagnostopoulou, N., Kyriakopoulos, M. y Alba, A. (2019). Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 735–746.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1159-3>
- Aronofsky, D. (2000). Réquiem por un sueño. Artisan Entertainment.
- Baldor-Tubet, I., Jerez-Álvarez, M., Rullas-Trincado, M. y González-Cases, J. (2008). Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 433-449.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J.R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher H. T., Cassiello-Robbins, C. (2017) The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9):875-884.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bermeo, J., Ocaña, H., Vázquez, N. y Tlatoa, H. (2015). Tratamiento de la esquizofrenia en el primer episodio psicótico. Revisión de la literatura. *Medicina e Investigación*, 3(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.mei.2015.02.013>

- Caballo, V. y Valenzuela, J. (2001). *Evaluación de los trastornos de la personalidad por medio de un nuevo instrumento de autoinforme: el CEPER*. *Psicología Conductual*, 9(3), 551-564.
- Carrera, R. (2021). Adicción, Cannabis y Psicosis ¿Drogas inofensivas en la adolescencia? Nuevos paradigmas en el abordaje y prevención de psicosis [Internet]. Unizar. Disponible en:<https://zaguan.unizar.es/record/111260/files/TAZ-TFG-2021-724.pdf?version=1>
- Cohen, D. y Consoli, A. (2020). Episodio psicótico agudo en la adolescencia. *EMC - Tratado de Medicina*, 24 (4), 1-5. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(20\)44306-5](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(20)44306-5)
- Coloma E., Balarezo, L., Ramírez, A. y Jaramillo, J. (2023). Revisión sistemática de las intervenciones psicoterapéuticas en niños y adolescentes con psicosis de Educación General Básica y Bachillerato. *Revista Conrado*, 19(90), 92-106.
- Chamorro, L. (2004). *Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria*. Ars Medica.
- Datta, S.S., Daruvala, R. y Kumar, A. (2020). *Psychological interventions for psychosis in adolescents*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 7. Art. No.: CD009533. <https://10.1002/14651858.CD009533.pub2>
- Delgado, E., Pablos, M. y Sánchez, D. (2009). *DINO Educación Preventiva de Drogas para Preadolescentes*. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/7c8d698c-bfeb-4f37-9c2c-1b1097a3c6e7>
- D'Zurilla, T., Nezu, A. y Maydeu-Olivares, A. (2004). Resolución de problemas sociales:

teoría y evaluación. En E.C. Chang, T.J. D'Zurilla y L.J. Sanna (Eds.), *Resolución de problemas sociales: teoría, investigación y formación* (págs. 11-27).

Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/10805-001>

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., y Mayo, N. (2019). Asociación del consumo de cannabis en la adolescencia y el riesgo de depresión, ansiedad y tendencias suicidas en la edad adulta joven: una revisión sistemática y un metanálisis. *JAMA Psiquiatría*, 76 (4), 426.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>

Guitart, RA, Orellana, AF y Flores, REU (1999). Diagnóstico y tratamiento de los pacientes con primer episodio psicótico. *Salud mental*, 22 (5), 79–87.

Investigación, RS (2023, 3 de mayo). Consumo de cannabis y psicosis en *adolescentes* . RSI - Revista Sanitaria de Investigación.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/consumo-de-cannabis-y-psicosis-en-adolescentes/>

Infante, D., Pozo, H. y Rojas, R. (2018). *El consumo de tóxicos puede desencadenar el primer brote psicótico*. Psiquiatría.com.

<https://psiquiatría.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=el-consumo-de-toxicos-puede-desencadenar-el-primer-brote-psicótico>.

Jongsma, H., Gayer, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., Selten, J.-P., Turner, C., Arango, C., Tarricone, I., Berardi, D., Tortelli, A., Llorca, P.-M., de Haan, L., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J. L., Arrojo, M., ... for the European Network of National Schizophrenia Networks Studying

- Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 36. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>
- Magaz Lago, A., y Garcia Perez, E. M. (1998). PEE, Perfil de Estilos Educativos. Madrid, Bilbao, Santander, Iberoamerica: Grupo Albor-Cohs.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: NCS.
- Morrison, A. P., French, P., Stewart, S. L., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A. I., Jones, P. B., Bentall, R. P., Lewis, S. W., Murray, G. K., Patterson, P., Brunet, K., Conroy, J., Parker, S., Reilly, T., Byrne, R., Davies, L. M., y Dunn, G. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomized controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e2233. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2233>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 293 p.
- Osborn, A. (1953). *Applied imagination, principles and procedures of creative thinking*. New York: Scribner.
- 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, 249-280.
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid. TEA Ediciones S.A.

Sociedad Española de Psiquiatría. (2000). Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia 2000 [online]. Available from URL: <http://sepsiq.org/Pub/ExpEsq/ExpEsq-1.pdf> [Accessed 2009 Jan 16]

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

Startup, M., Jackson, M., y Bendix, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 34(3), 413-422.

<https://doi.org/10.1017/S0033291703001211>

Segovia, I. (2019). *Trastornos psicóticos asociados al consumo de cannabis en población infanto-juvenil*. [Trabajo de fin de Grado, Universidad de Valladolid].

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36456/TFG-M-M1440.pdf;jsessionid=6FA57A5486DB7D8E58062069F43FA139?sequence=1>