

# **Abordaje de la sintomatología ansiosa desde el Modelo Cognitivo-Conductual en un caso de esquizofrenia paranoide**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autor/a: Jessica Fernández**

**Tutor/a clínico: Isabel Hernández Rivero**

Fecha de realización del trabajo: 28 de Febrero de 2023

Nº palabras: 12.343



## Resumen

En el presente trabajo, se expone el caso de un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Acude a consulta refiriendo sentir malestar y ansiedad ante diversas situaciones que ocurren en su día a día y que interfieren en su funcionamiento psicosocial. Para una evaluación psicodiagnóstica tanto de sus necesidades como patrones de conducta problema en las diferentes áreas del paciente, se emplearon diversos instrumentos: entrevista clínica semiestructurada para poder recabar información, el cuestionario STAI con el objetivo de evaluar la sintomatología ansiosa y autorregistros.

Para llevar a cabo este estudio, se aplicó el Modelo Cognitivo-Conductual, empleando técnicas psicoeducativas, habilidades sociales, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y entrenamiento en comunicación asertiva. Estas dos últimas, no pudieron ser llevadas a cabo en terapia, a causa del abandono por parte del paciente en la octava sesión por decisión de la madre, argumentando que Felipe presentó sintomatología depresiva tras un cambio de medicación. Por dicho motivo, la madre del paciente determinó concluir la terapia. Por ello, la madre solicitó al psiquiatra una baja médica para su hijo. Sin embargo, dicha sintomatología de depresión no fue observada en consulta. A pesar de ello, se observaron mejoras en el desarrollo psicosocial del paciente, así como una buena disposición al trabajo.

El objetivo principal del trabajo era disminuir de forma significativa el nivel de ansiedad. Debido a que no se pudo obtener un resultado post-test del cuestionario STAI, este objetivo no se pudo llevar a cabo. No obstante, gracias a los autorregistros llevados a cabo y la medida inter-tratamiento del cuestionario STAI, se observaron mejoras en algunos objetivos específicos.

**Palabras clave:** ansiedad, caso clínico, esquizofrenia, Modelo Cognitivo-Conductual, STAI

## ***Abstract***

This paper presents the case of a patient diagnosed with paranoid schizophrenia. He visits a consultation referring to feeling discomfort and anxiety in the face of various situations that occur in

his day to day and that interfere with his psychosocial functioning. For a psychodiagnostic assessment of both his needs and problem behavior patterns in the different areas of the patient, for this purpose, several instruments were used: semi-structured clinical interview to gather information, the STAI questionnaire to evaluate anxiety symptoms, and self-registration.

To carry out this study, the Cognitive-Behavioral Model was applied, employing psychoeducational techniques, social skills, cognitive restructuring, live exposure and assertive communication training. The latter two could not be carried out in therapy, because of the patient's abandonment in the eighth session, at the decision of the mother, arguing that Felipe presented depressive symptoms after a change of medication. For this reason, the patient's mother decided to terminate therapy. For this reason, the mother asked the psychiatrist for medical leave for her son. However, such symptoms of depression were not observed in consultation. Nevertheless, improvements were observed in the psychosocial development of the patient and a good willingness to work.

The main objective of the study was to significantly decrease the level of anxiety. Because a post-test result from the STAI questionnaire could not be obtained, this goal could not be achieved. However, thanks to the self-registration and the inter-treatment measurement of the STAI questionnaire, improvements were observed in some specific objectives.

**Keywords:** *anxiety, clinical case, Cognitive-Behavioral Model, schizophrenia, STAI*

<b>Resumen</b> .....	2
<b>Palabras clave:</b> ansiedad, caso clínico, esquizofrenia, Modelo Cognitivo-Conductual, STAI .....	2
<b>Abstract</b> .....	2
<b>1. Introducción</b> .....	6
1.1. Conceptualización.....	6
1.2. Criterios diagnósticos esquizofrenia.....	8
1.3. Esquizofrenia y ansiedad.....	11
1.4. Modelos teóricos.....	12
1.5. Evaluación.....	14
1.6. Tratamientos para la esquizofrenia y ansiedad.....	15
<b>2. Identificación del paciente y motivo de consulta</b> .....	18
2.1. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	18
2.2. Descripción del problema y áreas afectadas.....	19
<b>3. Estrategias de Evaluación</b> .....	21
<b>4. Formulación clínica del caso</b> .....	23
4.1. Hipótesis de origen y mantenimiento.....	23
4.2. Análisis funcional del mantenimiento del problema.....	24
4.3. Resultados de las pruebas de evaluación.....	26
4.4. Objetivos del tratamiento.....	26
<b>5. Tratamiento</b> .....	27
5.1. Plan de tratamiento.....	27
5.2. Descripción de las técnicas y sesiones.....	30
<b>6. Valoración del tratamiento</b> .....	36
6.1. Adherencia al tratamiento.....	36
6.2. Consecución de los objetivos.....	37
<b>7. Discusión y conclusiones</b> .....	40
<b>8. Referencias bibliográficas</b> .....	44
<b>9. ANEXOS</b> .....	52



**Índice Tablas .**

Análisis funcional del mantenimiento del problema.....	24
Cronograma de las sesiones del tratamiento.....	28
Tabla comparativa de autorregistro entre la primera y última sesión.....	38

**Índice Gráficos.**

Medidas pre-tratamiento e inter-tratamiento.....	40
--	----

## **1. Introducción**

Conforme con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a 24 millones de personas, donde 1 de cada 222 son adultos, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Normalmente su inicio aparece entre las edades de 15 y 45 años, con predominio tras finalizar la adolescencia o entre los 20 y 30 años (OMS, 2022).

Este trastorno, se encuentra asociado a diversas dificultades relacionadas con lo cognitivo, comportamental o emocional, debido a la existencia de alucinaciones, ideas delirantes y trastornos graves del comportamiento y pensamiento (MFMER, 2021).

“Actualmente constituye una de las diez principales causas de discapacidad en el mundo” (Casas, et al., 2021).

### **1.1. Conceptualización**

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) define la esquizofrenia como un trastorno psicótico cuya sintomatología más característica es la presencia de “ideas delirantes, alucinaciones, un lenguaje desorganizado, un comportamiento catatónico y presencia de síntomas negativos”.

Está caracterizado por un profundo declive en la forma en la que se percibe la realidad junto a comportamientos como delirios y alucinaciones persistentes, razonamiento pasivo, comportamiento altamente desorganizado, agitación extrema o movimiento lento (OMS, 2022). La esquizofrenia es un trastorno que curso junto a sintomatología tanto positiva como negativa.

Por un lado, está la sintomatología positiva que constituye aquellos comportamientos y pensamientos que se encuentran determinados por alucinaciones, delirios, conductas excéntricas... y por otro lado, está la sintomatología negativa la cual constituye aquellos comportamientos y pensamientos que se encuentran en menor cantidad e intensidad con respecto a la población que no presenta esquizofrenia como por ejemplo “aplanamiento afectivo, anhedonia, apatía/indiferencia, etc.” (Crow, 1997).

Tras la adolescencia o comenzando la etapa adulta, suele aparecer un primer episodio psicótico normalmente seguido por una etapa prodrómica donde los cambios en su funcionamiento tanto a nivel cognitivo como social pueden venir de tiempo atrás (Lieberman, 2001) o aparecer de repente en personas que tenían un adecuado desempeño previamente (Addington, 2012).

Son varios los factores que se relacionan con la esquizofrenia tanto en su aparición como mantenimiento. Estos son:

#### Factores individuales

- Ajuste premórbido: se trata de la aparición de la psicosis previamente a la aparición de la esquizofrenia, afectando a la estructura de la personalidad, a sus habilidades para aprender aquello que les rodea, viéndose afectado también tanto su funcionamiento a nivel psicológico, social y emocional (Cartón, 2012)
- Sexo: el género masculino se asocia, generalmente a un inicio más temprano y con un peor ajuste en todas las áreas del funcionamiento psicosocial del individuo, previo a la enfermedad (Cartón, 2012).
- Historia familiar: los antecedentes familiares de esquizofrenia se correlacionan con un mal pronóstico en personas con trastornos psicóticos (Cartón, 2012).
- Personalidad: nada es concluyente en cuanto al estudio de cómo la personalidad y sus factores afectan a la aparición de la esquizofrenia. Sin embargo, se sabe que aquellas personas que carecen de habilidades sociales y presentan ciertos comportamientos más esquizofrénicos son más susceptibles (Padín, 2012).

#### Factores ambientales

- Factores precipitantes y estrés psicosocial: la presencia de eventos críticos y altos niveles de expresión emocional en el contexto familiar contribuye a la evolución de patologías psicóticas (Cartón, 2012).

- Forma de inicio y sintomatología psicótica: la capacidad de predecir el pronóstico es muy limitada cuando la sintomatología positiva está altamente presente tanto al inicio como al final de la enfermedad. Por el contrario, cuando la sintomatología negativa aparece intensamente al comienzo de la esquizofrenia puede predecir una peor progresión de esta (Cartón, 2012).
- Sintomatología afectiva: la presencia de lo emocional ante episodios psicóticos está asociado a un mejor pronóstico (Cartón, 2012).
- Respuesta al tratamiento: una favorable reacción iniciando el tratamiento farmacológico sería un muy buen indicio con el objetivo de tener menores tasas de recaída y un buen resultado a nivel sintomatológico y del funcionamiento del paciente (Cartón, 2012).
- Conciencia de enfermedad (insight): el hecho de que el paciente tras haber trabajado e interiorizado de forma consciente que tiene esquizofrenia y lo que ello implica facilita de cara al futuro un mejor pronóstico y adhesión al tratamiento (Cartón, 2012).

## 1.2. Criterios diagnósticos esquizofrenia

Según el Manual Diagnóstico DSM-V (APA, 2014)

Esquizofrenia

295.90 (F20.9)

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios
  2. Alucinaciones
  3. Discurso desorganizado (p. ejemplo, disgregación o incoherencia frecuente)



4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral)
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

*Especificar si:*

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

**Primer episodio, actualmente en episodio agudo:** La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

**Primer episodio, actualmente en remisión parcial:** *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

**Primer episodio, actualmente en remisión total:** *Remisión total* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

**Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo:** Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva)

**Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial**

**Episodios múltiples, actualmente en remisión total**

**Continuo:** Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

**No especificado**

*Especificar si:*

*Con catatonía* (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 65-66)

**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

*Especificar* la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

**Nota:** El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

### 1.3. Esquizofrenia y ansiedad

La ansiedad es el término asociado a la diversidad de expresiones tanto a nivel físico como mental ante la inexistencia un peligro real en una situación, pero este es vivenciado por las personas como tal, dando lugar a un estado de crisis puntual o continuo, incluso llegando a alcanzar un nivel de pánico (Sierra, 2003).

Cabe destacar que existen tres niveles de respuestas de ansiedad: el nivel cognitivo, el fisiológico y el motor (Castro y Dueñas, 2022):

- Nivel cognitivo: son aquellas respuestas que se manifiestan en forma de ideas o emociones relacionadas con la angustia, incertidumbre o inquietud, posibilitando que pueda aparecer ansiedad patológica, donde esta es interpretada como algo que puede aparecer de forma inmediata (Castro y Dueñas, 2022).
- Nivel fisiológico: son aquellas respuestas que ponen en marcha a los tres sistemas nerviosos: el autónomo, somático y central; produciendo así un incremento de las

actividades eléctricas de la piel, cardíacas, respiratorias y musculoesqueléticas (Castro y Dueñas, 2022).

- Nivel motor: aquellos niveles de excitación motriz como resultado del aumento de reacciones a nivel cognitivo y fisiológico por parte de la persona hacia diversos contextos (Castro y Dueñas, 2022).

Debido a los síntomas que presentan las personas con esquizofrenia estas logran escuchar voces que otros no pueden escuchar o pensar que otros pueden leer y manejar sus mentes. Todos estos síntomas provocan en la persona una gran incomodidad, ansiedad o preocupación (García et al., 2016).

El entorno de estas personas se ve distorsionado dando lugar a que sean más vulnerables a este generando en ellos miedo, ansiedad y dolor (Arieti, 1974). Esta ansiedad experimentada puede desempeñar un papel importante en cuanto a la disfunción y alteración de su funcionamiento (Lysaker y Whitley, 2005).

El presente trabajo se centra en exponer el caso de un paciente con esquizofrenia con el que se trabajará la reducción de los niveles de ansiedad mediante técnicas aplicadas pertenecientes al modelo Cognitivo-Conductual.

Actualmente hay evidencia de que los pacientes psiquiátricos tienen tasas más altas de trastornos afectivos y trastornos de ansiedad comórbidos. Por esta razón, las intervenciones encontradas e implementadas en las guías de práctica clínica brindan intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad. Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual mediante técnicas como el entrenamiento de habilidades sociales puede ayudar a desarrollar respuestas asertivas para ponerlas en práctica en diferentes entornos y situaciones que generan ansiedad, sentirse amenazado o asustado (Cáceres, 2016).

#### 1.4. Modelos teóricos

### Modelo Biomédico

Se trata de un modelo que se encuentra frecuentemente arraigado al ámbito médico-científico y debido a esto siempre ha sido uno de los más tenidos en cuenta en la investigación sobre la esquizofrenia (Alanen, 2003).

A pesar de esto y siendo una de las principales críticas, también se trata de un modelo que reduce y simplifica la complejidad de la problemática de las personas (Malla et al., 2015). Por ello uno de los principales objetivos sigue siendo lograr una mirada más holística de la enfermedad, incluyendo también la explicación médica que resulta importante, pero sin olvidar a la persona en su totalidad, no sólo la parte médica (Pérez Álvarez, 2012).

Peter Chadwick señaló que un paciente que tuvo le comentó que “uno de los problemas terribles del modelo médico dominante en la investigación de la esquizofrenia es que los pacientes sienten que los clínicos no escuchan realmente sus experiencias en la medida en que los profesionales tienen una arquitectura conceptual esquemática que los lleva a ver las dificultades de sus pacientes de una manera orgánica, objetiva, materialista, no en términos sentidos, subjetivos, experiencias” (Chadwick, 2007, p. 166).

### Modelo de diátesis-estrés o de vulnerabilidad

Este modelo destaca que el riesgo de esquizofrenia puede surgir no sólo de cambios genéticos o biológicos, sino también de otros cambios a largo plazo tanto en la personalidad como en el comportamiento. Sugiere que los factores estresantes psicosociales afectan de dos formas distintas a la personalidad desencadenando así la esquizofrenia. Una de estas formas es que produciría un efecto causal o constructivo siempre que el estresor contribuye a la expresión o vulnerabilidad de la esquizofrenia. Hipotetizan que factores que ocurren en la infancia como vulnerabilidad o riesgo de enfermedad, son aquellos que hacen más probable que esta aparición. Una segunda forma en la que afectan los factores estresantes sería el efecto motivador o activador, es decir, que pueden exacerbar las fuertes tendencias que ya preexisten haciendo que el evento pueda, tanto iniciar la



enfermedad como hacer que la enfermedad aparezca de una forma más abrupta (Spring y Coon, 1984).

#### Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Cloninger (Cloninger, 1986)

A la hora de estudiar la personalidad junto a la esquizofrenia, una de las dificultades encontradas es que existe un reducido número de modelos que incorporen progresos de la neurobiología esquizofrénica junto a la personalidad. Sin embargo, este modelo integra tanto los conceptos biológicos más estables y genéticamente determinados (temperamento), como los aspectos psicosociales menos estables, que están sujetos a la experiencia y al entorno. La personalidad se entiende como una suma de temperamento (tendencias innatas) y carácter (más relacionado con lo que se aprende), dónde los cuales se influyen mutuamente (Cloninger, 1986, 1987; Cloninger et al., 1993).

#### Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial permite considerar no sólo los aspectos biológicos de la enfermedad tratada en forma de terapia psicosocial, sino también los aspectos psicosociales. Se ha demostrado que los antipsicóticos son efectivos para ayudar a que la vida de los pacientes sea más plena en sus comunidades. Sin embargo, a pesar de tomar estos medicamentos, hasta el 45% de los casos experimentan recaídas y hasta el 50% reportan problemas debido a asuntos no relacionados con la salud (Marcelo et al., 2004).

Dentro de este modelo se encuentra el de Brekke et al. (Brekke et al., 2005) el cual habla de cómo las habilidades y apoyos sociales de la persona, actúan como pronosticador acerca de su funcionamiento social y cómo esto a su vez afectará a otros factores (Rebolleda, 2017).

### 1.5. Evaluación

#### Evaluación diagnóstica mediante entrevistas estructuradas

El diagnóstico de esquizofrenia por medio de entrevistas estructuradas posee una aplicación acotada en las prácticas clínicas debido al tiempo de gestión. Sin embargo, son herramientas de aprendizaje que ayudan a investigar los síntomas en el diagnóstico y ayudan también como evaluaciones psicológicas (Rubinson y Asnis, 1991).

### Escalas de esquizofrenia

Existen tres escalas:

- BPRS: La Brief Brief Psychiatric Rating Scale -BPRS- (Overall y Gorham, 1963), la cual ha sido empleada en mayor medida en psicofarmacología y en menor medida como instrumento de evaluación clínica (De Psiquiatría, 1998).
- SAPS y SANS: Desarrollada por Andreasen (1984a) con los objetivos de ser un instrumento para describir los síntomas de la esquizofrenia y también operativizar el concepto de síntomas positivos y negativos (De Psiquiatría, 1998).
- PANSS: Es una de las escalas que contiene la categoría de síntomas más grande ya que evalúa muchos síntomas además de los positivos y negativos (De Psiquiatría, 1998).

## 1.6. Tratamientos para la esquizofrenia y ansiedad

### Intervención psicoeducativa familiar

La actuación con los familiares de forma psicoeducativa, indica como estos tienen un papel importante en el proceso donde también se les señala y aporta tanto información como conocimiento acerca de la esquizofrenia (Jiménez et al., 2004). Este tipo de intervenciones ha de tener en cuenta que la esquizofrenia es un trastorno que ha de ser tratado de forma individual donde habría que hacer partícipe a la familia del proceso (Vallina y Lemos, 2011). En palabras de Martínez et al., (2004, p. 153) “las intervenciones educativas no aumentan por sí solas el cumplimiento terapéutico, pero nos sirven de primer paso para aumentar el insight del paciente y

sobre todo para aumentar su conocimiento de la enfermedad esquizofrénica y de los tratamientos existentes”.

### Entrenamiento en habilidades sociales

Este tipo de actuación está caracterizada por la enseñanza de destrezas del comportamiento, formada por una serie de pasos (Miltenberger, 2016):

- Paso 1 Instrucciones: consiste en explicar detalladamente aquella o aquellas acciones realizadas adecuadamente y que se espera que se realicen ante una determinada situación (Miltenberger, 2016).
- Paso 2 Modelado: simuladamente se trabajará el comportamiento adecuado y esperado ante determinada situación (Miltenberger, 2016).
- Paso 3 Ensayo: poner en práctica lo aprendido tras recibir la explicación y simulación (Miltenberger, 2016).
- Paso 4 Retroalimentación y reforzamiento: llevar a cabo un feedback y reforzar aquellas conductas ensayadas que hayan sido ejecutadas correctamente (Miltenberger, 2016).

Una vez que se haya cumplimentado adecuadamente el último paso, se han de llevar a cabo numerosos ensayos para así poder establecer correctamente la conducta deseada (Miltenberger et al., 2017).

### Relajación

Los métodos para trabajar la relajación ayudan a lograr una respuesta incompatible a la ansiedad, logrando que la persona se relaje (Soria-Guerra et al., 2021)

Y no sólo lo anteriormente mencionado, también permiten que la persona pueda ejercer determinado poder sobre las respuestas fisiológicas, apareciendo así una apercepción de dominio y control personal del sujeto (Soria-Guerra et al., 2021).

### Terapia de Aceptación y Compromiso



Este tipo de terapia, debido al aumento de casos que la emplean, aparece como una posibilidad para el tratamiento en esquizofrenia (García et al., 2004). Un estudio demostró ser más exitoso y efectivo que la aplicación únicamente del tratamiento habitual farmacológico, tras lograr la reducción de re-hospitalizaciones de pacientes con síntomas positivos (Bach & Hayes, 2002). No obstante, también cabe destacar ciertas limitaciones presentadas tales como: la cultura clínica en distintos contextos psiquiátricos (García-Montes et al., 2004), problemas por parte de los pacientes a la hora de cerrar los ojos en determinados ejercicios (Bloy et al., 2011) o falta de un conocimiento más amplio sobre previas intervenciones en esta terapia en psicosis (Bloy et al., 2011)

### Terapia Cognitivo-Conductual

Este tipo de terapia indica que las sensaciones, convicciones y emociones vivenciadas por los individuos están directamente conectadas con la forma de pensar que tienen (Jimenez y Maestro, 2002). A su vez tendrían en cuenta alguna de estas actuaciones (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009):

- a. Seguimiento del pensamiento, emociones o comportamientos asociados a la sintomatología (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).
- b. Estimulación de estilos alternativos de hacer frente a la sintomatología que presenta (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).
- c. Reducir el estrés (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).

En palabras de Vallina y Lemos (2001) el fin de este tipo de intervención es menguar aquella sintomatología psicótica que interfiere en una adecuada operatividad, ayudándole a comprender cómo lo cognitivo afecta a lo emocional y conductual, proporcionándole así nuevas formas más adaptativas a nivel cognitivo y comportamental (Muñoz y Ruiz, 2007).

La Terapia Cognitivo-Conductual aplicada en personas con esquizofrenia resulta ser relativamente eficaz sobre todo a la hora de trabajar con elementos relacionados con el comportamiento y actividad social (Echeburúa et al., 2011; Staring et al., 2013; Kim et al., 2016; Kukla et al., 2018; Guo et al., 2018; Liu et al., 2019; Pribadi et al., 2020; Kashani et al., 2021).

Un programa realizado por Gottlieb, Romeo, Penn, Mueser y Chiko (2013) llamado “Hacer frente a las voces”, el cual evalúa cuán efectiva es la Terapia Cognitivo-Conductual, mostró que un 80% de participantes terminaron que terminaron el programa, observaron que la sintomatología positiva se había reducido (López, 2019).

Este tipo de terapia en combinación con la farmacológica y la participación familiar en el proceso, muestran un resultado bastante más beneficioso mostrando así en la escala PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale) una reducida damnificación (Ótarola, 2022).

Por este motivo se decide ampliar el trabajo del abordaje de la esquizofrenia desde este modelo y así poder aportar más datos sobre su eficacia.

## **2. Identificación del paciente y motivo de consulta**

### **2.1. Identificación del paciente y motivo de consulta**

Para garantizar el anonimato del paciente, tal como se expresa en el Código Deontológico Artículo 40 (1981), se le denominará Felipe.

Felipe es un hombre de 35 años que acude a consulta refiriendo sentir malestar y ansiedad, ante diversas situaciones en su vida diaria. Por consecuencia estos dos estresores impiden llevar a cabo un adecuado funcionamiento en su ámbito psicosocial. El paciente refiere que el estado de ansiedad ha ido en aumento desde que fue diagnosticado de esquizofrenia.

El paciente es de origen latinoamericano, pero actualmente reside en Madrid con su madre y sus tres hermanos. Recibe algunas visitas por parte del padre con el que mantiene una buena relación,

pero no forma parte del núcleo familiar de convivencia principal. Es un hombre soltero, sin hijos, trabajador y con un nivel socioeconómico medio.

En 2007, a la edad de 19 años, fue diagnosticado de esquizofrenia y desde ese momento se encuentra bajo tratamiento farmacológico. Actualmente toma los fármacos Xeplio 100, Akineton 4 ret y Rivotril 0.5. Anteriormente no había asistido a terapia psicológica.

## 2.2. Descripción del problema y áreas afectadas

Felipe acude a terapia por primera vez refiriendo que en momentos determinados se siente más nervioso y angustiado. Sugiere encontrar una alternativa que le permita reducir su estado de ansiedad para poder llevar a cabo un buen desarrollo de sus actividades diarias.

En la primera sesión de la terapia, se le pregunta a Felipe sobre previas estrategias que haya llevado a cabo para reducir la ansiedad, afirmando que aplica:

- Tomar una tila ante situaciones donde aparece la ansiedad. Esto le funciona de forma puntual, ya que al cabo de un tiempo o pasado el efecto de la tila, pueden volver a aparecer estos episodios.
- Por otro lado, refiere realizar una actividad física (pasear) para reducir la ansiedad.
- Por último, explica que realiza una actividad cognitiva (contra hasta 10 o 20), para disminuir su estado de ansiedad.

A continuación, y tras la información recabada en la entrevista semiestructurada y los autorregistros, se ha podido observar como la ansiedad le genera malestar a nivel psicosocial. Esta ansiedad se puede plasmar en diversas áreas:

- **Área personal:** Felipe es consciente de su enfermedad y cómo esta puede afectar a su vida diaria. Refiere que, a pesar de ello, se siente desbordado ante ciertas situaciones, no pudiendo gestionar su ansiedad. El paciente expresa dudas ante la efectividad de la medicación. Refiere que, tras la micción, el efecto de esta se pierde, generando en él

ansiedad en forma de taquicardias de gran intensidad. Indica que invierte demasiado tiempo pensando en ello.

- **Área social:** cuenta con amistades en el trabajo con las que tiene muy buena relación y con las que puede contar siempre que requiera de ayuda.

Sin embargo, presenta dificultades conductuales con algunos compañeros debido a una inadecuada gestión emocional. A causa de ello expresa sentir inquietud y ansiedad.

Menciona determinadas situaciones donde más ansiedad experimenta.

- Discutir con algún compañero debido a un malentendido. Esto provoca que Felipe se altere y sienta ansiedad debido a una gestión inadecuada de la situación. A causa de esta mala gestión, le genera dolor físico ocasionando una elevada tensión en su zona del cuello y hombros.
- Problemas con la prestación de dinero con algunos compañeros, puesto que tras ser prestado no es devuelto. Esto funciona como otro estresor que le genera ansiedad. Como consecuencia aparece una elevada tensión muscular (cuello y hombros).

Así mismo, cabe mencionar la aparición de ansiedad a nivel social, concretamente en el comedor de su trabajo.

- **Área familiar:** Felipe refiere, que la relación tanto con su madre y sus hermanos como con su padre es muy buena, velando siempre por su bienestar.

A pesar de ello, siempre surgen pequeños conflictos. Por ejemplo, cuando la madre le solicita ayuda, él lo realiza, pero provoca el enfado de su madre a causa de una inadecuada gestión de la tarea. Debido a estas pequeñas disputas convivenciales reiteradas generan angustia en el paciente, dando lugar a una presión intensa en la zona de la cabeza.

- **Área laboral:** actualmente trabaja y refiere tener pequeños conflictos en determinados momentos en el trabajo a causa de diversas razones:

- Ante el inadecuado desarrollo de una actividad laboral, le indican que proceda a la corrección de dicha actividad. Esto genera la aparición de pensamientos y sentimientos de inutilidad. Estas ideas suelen aparecer con gran intensidad, desencadenando un bloqueo mental.
- Pensar que si no está realizando ningún trabajo en un momento determinado es una persona inútil ya que asocia inutilidad con la no realización de un trabajo. Estas ideas suelen manifestarse con gran magnitud originando nuevamente en el paciente un gran bloqueo emocional.

Una vez expuestas las áreas de conflicto que provocan angustia e inquietud en el paciente, cabría destacar una serie de conductas motoras como tartamudeo y temblores en las manos, observadas en las sesiones donde se llevó a cabo la entrevista semiestructurada.

### **3. Estrategias de Evaluación**

Para poder llevar a cabo un plan de tratamiento individualizado, se llevó a cabo una extendida evaluación durante las tres primeras sesiones. Los instrumentos empleados fueron:

#### Entrevista semiestructurada (Sesiones 1,2 y3)

Se llevó a cabo una entrevista clínica, la cual es definida como “el marco de interacción humana en la que el paciente y el terapeuta comparten información acerca de uno o varios problemas de salud con el objetivo de llegar a un diagnóstico y tratamiento, y como resultado de ello, la confianza del paciente, su familia y la comunidad” (Sueiro y de la Torre, 2006, p.167).

Concretamente se empleó la entrevista semiestructurada, en la que el terapeuta cuenta con una serie de preguntas pautadas pero que, a su vez, cuenta con la flexibilidad para poder redirigir la entrevista hacia aquellos temas de mayor interés u obviar aquellos que no sean tan interesantes en función de su enfoque (Morga Rodríguez, 2012).

#### Autorregistro

Se trata de un método de “self-monitoring” donde los pacientes han de registrar en una hoja de trabajo, cada situación experimentada y que le genere malestar tras aparecer, y así el terapeuta poder comprender mejor dichas situaciones y malestar generado (D’Uva et al., 2022).

Estos fueron llevados a cabo tras finalizar cada una de las sesiones como tarea para casa.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1970; Spielberg et al., 2008)

### **(Sesión 3)**

Se trata de uno de los primeros cuestionarios en ser validados y usados en España, tanto por profesionales de la salud psíquica como de la investigación (Buela-Casal et al., 2011).

Es el 7º inventario más usado por profesionales de la psicología en España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010) y resulta conveniente su uso en distintos grupos clínicos (Buela-Casal et al., 2011).

El STAI (Spielber, 1970) es un inventario de autoevaluación con una duración aproximada de 15 minutos, el cual consta de dos escalas con un total de 40 ítems:

- Ansiedad como estado (E): esta escala está formada por 20 ítems donde la persona indica cómo se siente en un determinado momento, midiendo así la hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y concretamente sentimientos de angustia y temor. Las puntuaciones obtenidas en Ansiedad Estado se acentúan como reacción ante la angustia y se reducen tras la aplicación de métodos de relajación (Buela-Casal et al., 2011).
- Ansiedad como rasgo (R): esta escala está formada por 20 ítems donde la persona indica cómo se siente regularmente, midiendo así su disposición a interpretar su realidad como peligrosa, afectando así también a su Ansiedad Estado (Buela-Casal et al., 2011).

Cada escala cuenta con un sistema de respuesta Likert de 4 puntos basados en magnitud (0 = rara vez/nunca; 1 = poco/a veces; 2 = bastante/frecuentemente; 3 = mucho/casi siempre). Cada subescala obtiene una puntuación que puede ir de 0 a 60 puntos. Se encontró que el grado de consistencia

interna es alto, presentando a su vez una fiabilidad entre el 0,84 y 0,93 (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011; Spielberg et al., 2008).

#### **4. Formulación clínica del caso.**

##### **4.1. Hipótesis de origen y mantenimiento**

Felipe acude a consulta refiriendo tener ansiedad ante diferentes áreas de su vida: a nivel personal, social, familiar y laboral. Por este motivo, se establece la ansiedad como la principal causa de la conducta problema.

A nivel personal, expresa dudas con respecto a la biotransformación del fármaco. Por ello presenta a nivel fisiológico taquicardias de elevada intensidad.

Desde el punto de vista social, presenta dificultades a la hora de comunicarse adecuadamente tanto en ámbito laboral como en lo social. Esta situación provoca en el paciente respuestas fisiológicas como tensión muscular en la zona del cuello y los hombros.

En el área familiar, refiere tener dificultades para comunicarse a nivel relacional tanto con la madre como con los compañeros de trabajo, generando en el paciente una respuesta fisiológica de presión intensa en la cabeza.

Por otro lado, a nivel laboral, indica tener pensamientos negativos acerca de su valía y utilidad en el trabajo. Aparecen pensamientos del tipo “si no hago bien mi trabajo, no valgo para nada”, “si no tengo trabajo para hacer, no valgo para nada”. Estos condicionantes actúan como respuesta cognitiva que se manifiestan con una elevada frecuencia.

Por último, tras lo observado en consulta en las sesiones de evaluación, aparecen respuestas a nivel motor como temblores y tartamudez. Estas respuestas a nivel motor no se dan frecuentemente ni con tanta intensidad, pero son percibidas.

Como conclusión podemos analizar y deducir que la ansiedad que presenta el paciente se encuentra en todas las áreas de su vida.

Cuestiones importantes para entender la situación que vive Felipe:

Variables moduladoras para cada una de las áreas problema:

- Área personal: padecer esquizofrenia funciona como una variable disposicional biológica y tener ansiedad funciona como una variable disposicional psicológica.
- Área social: presentar dificultades para la resolución de problemas, dificultades en las habilidades sociales, funcionan como variables disposicionales de conducta.
- Área familiar: la falta de comunicación asertiva a la hora de resolver posibles conflictos funciona como variable disposicional conductual.
- Área laboral: presentar reglas verbales del tipo “si no hago bien mi trabajo, no valgo para nada”, “si no tengo trabajo para hacer, no valgo para nada”, funcionan como variables disposicionales de conducta.

Variables de protección o fortalezas:

- Protección/Fortalezas: buena relación con su familia, amistades en el trabajo, por lo que Felipe cuenta con un gran y fuerte círculo social al que recurrir en el caso de necesitar ayuda.

#### 4.2. Análisis funcional del mantenimiento del problema

Felipe, con el propósito de disminuir o aliviar su ansiedad, lleva a cabo una serie de conductas para lograrlo. En este caso, tomarse una tila y darse una vuelta serían dos conductas motoras, e intentar contar hasta 10 o 20 sería una conducta cognitiva.

#### Tabla 1

##### *Análisis funcional del mantenimiento del problema*

<b>Estímulo Discriminativo (ED)</b>	<b>Respuesta Operante (RO)</b>	<b>Consecuentes (C)</b>
Preocupación pérdida efecto medicación tras ir al baño	Ansiedad	Dar una vuelta (Reforzamiento negativo)
Le piden dinero	Ansiedad	Dar el dinero (Reforzamiento negativo)



Estar sin trabajo + Pensamiento "Si no tengo trabajo, no valgo para nada"	Ansiedad	Dar una vuelta (Reforzamiento negativo)
Mucha gente en comedor	Ansiedad	Dar una vuelta (Reforzamiento negativo)
Discusión con compañero	Ansiedad	Contar hasta 10 o 20 (Reforzamiento negativo)
Discusión con madre	Ansiedad	Dar una vuelta (Reforzamiento negativo)
Ser regañado en el trabajo + Pensamiento "Si no hago bien mi trabajo, no valgo para nada"	Ansiedad	Tomar una tila (Reforzamiento negativo)

### Hipótesis de origen

En el caso de Felipe, resulta difícil establecer cadenas funcionales concretas que expliquen la hipótesis de origen.

En base al Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Cloninger (Cloninger, 1986), una hipótesis de origen del problema de Felipe podría ser: Tras ser diagnosticado de esquizofrenia aparecería la ansiedad.

Muchas personas con esquizofrenia experimentan síntomas de ansiedad y esta puede desempeñar un papel importante en su disfunción, llegando incluso a mantener la sintomatología psicótica (Smith et al., 2006). En el caso de Felipe, esta ansiedad se presenta debido a una inadecuada gestión del malestar que le generan determinadas situaciones relacionadas con diferentes áreas como la personal, social, familiar y laboral.

### Hipótesis de mantenimiento

Felipe experimenta un elevado nivel de ansiedad mantenido por un proceso de Reforzamiento Negativo (RN). Pone en marcha conductas que a corto plazo le funcionan pero que a largo plazo mantienen e incluso aumentan dicha ansiedad.

Tras lo planteado en el Análisis Funcional se puede observar como la ansiedad de Felipe se ve mantenida por la presencia de conductas desadaptativas a la hora de enfrentarse a aquellas

situaciones que le generan ansiedad. A continuación, se plantean cuáles podrían ser las consecuencias a medio y largo plazo si mantuviese dichas conductas desadaptativas.

Consecuencias a medio y largo plazo:

- Aumento de la ansiedad.
- Peor rendimiento en el trabajo.
- Aumenta la dificultad para hacer frente a las situaciones que le generan ansiedad.
- Aumento los conflictos tanto con los amigos y compañeros de trabajo como con la madre.

La ansiedad que tiene Felipe se mantiene e incluso aumenta debido a que todos los intentos puestos en marcha por él para reducirla funcionan de forma puntual. Logra aliviar la ansiedad a corto plazo mediante el reforzamiento negativo, pero a largo plazo esto puede desencadenar en un mayor aumento de esta e incluso poder generalizarse a más situaciones.

#### 4.3. Resultados de las pruebas de evaluación

Una vez administrado el “*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*” (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberg et al., 1970; Spielberg et al., 2008) Felipe obtuvo una puntuación directa de 56 en la escala Ansiedad Estado y una puntuación directa de 57 en la escala de Ansiedad Rasgo. Estas puntuaciones indicarían que Felipe tiene un nivel de ansiedad muy alto.

Añadido a esto, tras la información obtenida en las entrevistas, los autorregistros y el planteamiento del análisis funcional, esta ansiedad es desencadenada por una falta tanto de habilidades como destrezas para hacer frente a las situaciones que le generan malestar.

#### 4.4. Objetivos del tratamiento

El objetivo general del tratamiento es reducir ese nivel de ansiedad aplicando las técnicas adecuadas para que Felipe cuente con las herramientas que le permitan hacer frente a las situaciones que le generan ansiedad de forma adaptativa y así reducirla.

Junto a este objetivo general, se encuentran otros más específicos cuyo fin es lograr esa reducción de la ansiedad. Estos objetivos específicos son:

- Explicación del metabolismo del fármaco. Para este objetivo se emplearía como técnica la Psicoeducación.
- Aprender a relajarse. Para este objetivo se emplearán dos técnicas: la respiración diafragmática y la relajación muscular de Jacobson.
- Aprender a decir “no” cuando los compañeros le piden dinero. Para este objetivo se emplearán las habilidades sociales.
- Modificación de pensamientos de inutilidad (“Si no tengo trabajo, no valgo para nada”, “Si no hago bien mi trabajo, no valgo para nada”). Para este objetivo se emplea la Reestructuración cognitiva como técnica.
- Aprender a comunicarse adecuadamente, tanto con su madre como con sus compañeros de trabajo. Para este objetivo se emplea el entrenamiento en comunicación asertiva como técnica.
- Reducción de la ansiedad al estar rodeado de mucha gente en el comedor del trabajo. Para este objetivo se llevará a cabo una exposición en vivo.

## **5. Tratamiento**

### **5.1. Plan de tratamiento**

El desarrollo del tratamiento se fundamentó en la terapia cognitivo-conductual con el fin de disminuir la ansiedad, modificando aquellas conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas. Para ello se aplicaron una serie de técnicas para lograr dichos objetivos. Se llevarán a cabo un total de 14 sesiones, una por semana, con una duración aproximada de 45 minutos cada una.

Las sesiones de tratamiento con Felipe comenzaron el 7 de noviembre de 2022. Tras las tres primeras sesiones se plantearon tanto el objetivo general como los específicos expuestos en el apartado de objetivos del tratamiento.

En la siguiente tabla se recoge información de forma esquematizada acerca del número de sesiones, los objetivos a trabajar y las técnicas a emplear en cada una de ellas.

**Tabla 2**

*Cronograma de las sesiones del tratamiento*

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>
1	Inicio de recogida de información	Entrevista semiestructurada
	Comienzo establecimiento alianza terapéutica	Explicación del modo de trabajo y firmar documento del consentimiento informado
2	Explorar información relevante para el caso	Entrevista semiestructurada
	Propuesta realización autorregistro	Autorregistro
3	Explorar información relevante para el caso	Entrevista semiestructurada
	Medir nivel de ansiedad (medida pre-tratamiento)	Aplicación Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) de Spielber y cols. (1973, 1982)
4	Explicación metabolismo fármaco	Psicoeducación
	Aprender a relajarse	Respiración diafragmática
5	Trabajar el saber decir no	Habilidades sociales
	Aprender a relajarse	Relajación muscular de Jacobson
6	Trabajar el saber decir no	Habilidades sociales
	Aprender a relajarse	Respiración diafragmática
7	Modificar pensamiento de “Si no tengo trabajo, no valgo para nada”	Reestructuración cognitiva
	Aprender a relajarse	Relajación muscular de Jacobson

8	<p>Modificar pensamiento de “Si no hago bien mi trabajo, no valgo para nada”</p> <p>Aprender a relajarse</p> <p>Medida Inter-tratamiento</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Respiración diafragmática</p> <p>Aplicación Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) de Spielber y cols. (1973, 1982)</p>
9	<p>Saber comunicarse adecuadamente</p> <p>Aprender a relajarse</p>	<p>Entrenamiento en comunicación asertiva</p> <p>Relajación muscular de Jacobson</p>
10	<p>Saber comunicarse adecuadamente</p> <p>Aprender a relajarse</p>	<p>Entrenamiento en comunicación asertiva</p> <p>Respiración diafragmática</p>
11	<p>Reducir malestar y agobio al estar rodeado de mucha gente en el comedor del trabajo</p> <p>Aprender a relajarse</p>	<p>Inundación (jerarquía expuesta en el desarrollo de las sesiones)</p> <p>Relajación muscular de Jacobson</p>
12	<p>Reducir malestar y agobio al estar rodeado de mucha gente en el comedor del trabajo</p> <p>Aprender a relajarse</p>	<p>Inundación</p> <p>Respiración diafragmática</p>
13	<p>Reducir malestar y agobio al estar rodeado de mucha gente en el comedor del trabajo</p> <p>Medida Post-test</p>	<p>Inundación</p> <p>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) de Spielber y cols. (1973, 1982)</p>
14	<p>Devolución de los resultados del Inventario</p> <p>Feedback por parte del paciente</p>	<p>Sesión de devolución</p>

## 5.2. Descripción de las técnicas y sesiones

### Técnicas

- **Psicoeducación:** consiste en una técnica de tratamiento donde se facilita información, tanto a la persona en consulta como a su familia, sobre el trastorno, tratamientos y perspectivas basadas en evidencias científicas actuales y relevantes con el fin de abordar dicho trastorno (Godoy et al., 2020).
- **Habilidades sociales:** el objetivo de esta técnica es lograr que las personas desarrollen o adquieran esa capacidad para poder relacionarse con otras personas satisfactoriamente. Su proceso está basado en una serie de aprendizajes que enseñan cómo adquirir y hacer frente a las diversas situaciones sociales (Fernández et al., 2012).
- **Respiración diafragmática:** se trata de uno de los tipos de respiraciones más empleadas en la psicología clínica (Cortés, 2003). Se lleva a cabo poniendo una mano debajo de las costillas y la otra en el pecho, y el paciente concentrándose en la respiración ha de sentir como el abdomen y pecho suben y bajan (Cortés, 2003).
- **Relajación muscular de Jacobson (Bernstein y Borkovec, 1973):** Se trata de una de las técnicas más usadas y con mayor acierto a la hora de reducir la ansiedad y ayuda al paciente con esquizofrenia a que sepa enfrentarse a aquellas situaciones que le resultan más estresantes (Barnes et al., 1996). Esta técnica consta de dos fases. La primera consiste en que el propio paciente aplique él mismo cierta tensión sobre una serie de músculos que él decida. La segunda sería destensar ese grupo de músculos y prestar atención a cómo estos se van relajando poco a poco (Cautela et al., 1985). Las instrucciones que se le dan al paciente son (Cautela et al., 1985):

“Siéntese con una postura relajada y cuando se encuentre cómodo, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión. Siga la siguiente secuencia: Primero, tense los músculos lo más que pueda; subsecuentemente empiece a notar la sensación de tensión, conforme lo hace intente ir relajando esos músculos, sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos. Por

último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado”

(Cautela et al., 1985).

- Reestructuración cognitiva: se emplea con la finalidad de que el paciente, primeramente recibe ayuda por parte del profesional para poder identificar y cuestionar aquellas ideas poco adaptativas, poder así ser cambiados por unos más adecuados con el fin de reducir o eliminar el malestar que le generan las poco adaptativas tanto a nivel de emociones como de conductas (García y Linares, 2020).
- Inundación (exposición en vivo): esta técnica consiste en enfrentarse a aquellos estímulos del día a día que al paciente le generan malestar y ansiedad de forma directa y premeditada (Bados y García, 2011). La exposición a dichos estímulos ha de ser prolongada, evitando respuesta de escape (García et al., 2021). Mas et al. (2011) evidenció que este tipo de intervención resultaba efectiva para la reducción de respuestas ansiógenas.
- Entrenamiento en comunicación asertiva: se trata de una forma de saber comunicar nuestros pensamientos e ideas de una forma en la que no se atente contra los derechos de las otras personas (García et al., 2019). La asertividad engloba muchas habilidades sociales diferentes y consiste en defender nuestros derechos de una manera “educada” y sin vulnerar los derechos de los demás.

### Sesiones

**Sesión 1:** Presentación, explicación de las condiciones del proceso terapéutico y firma del documento de consentimiento informado, para así empezar a establecer la alianza terapéutica.

Una vez firmado el documento, se iniciaría la exploración y recopilación de información pertinente para poder establecer las bases del tratamiento. Para ello, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada.

**Sesión 2:** Recopilación de información. Tras finalizar la sesión, se sugiere a Felipe llevar a cabo un autorregistro después de cada sesión semanal, el cual se revisaría en la siguiente sesión. Se facilitó un cuaderno de registro, anotando:

- Situaciones problema, es decir, explicar de forma detallada la situación que había ocurrido y qué estaba haciendo.
- Por otro lado, indicar y describir aquellos pensamientos o emociones que tuvo tras la aparición de la situación problema.
- Por último, expresar las consecuencias que dichas ideas y emociones ocasionan en su funcionamiento conductual.

**Sesión 3:** Recogida de información. Tras finalizar esta sesión, se procedió a administrar el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (*STAI*) de Spielber y cols. (1973, 1982), con el cual se evaluó su nivel de ansiedad.

**Sesión 4:** Trabajo con el “miedo a perder el efecto de la medicación tras ir al servicio”. Para ello, se aplicó la técnica psicoeducación, explicando al paciente el metabolismo del fármaco debido a su inseguridad y miedo a eliminar el medicamento posterior a la micción. Se le insiste que el medicamento tiene su vida media en el organismo y que su proceso en el cuerpo es distinto al de la micción, ya que cada uno lleva a cabo un recorrido distinto. Fue importante para la terapia aclarar cualquier tipo de duda del paciente y proporcionarle tranquilidad con respecto a ello.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la técnica de respiración diafragmática en dos partes:

- Por un lado, la técnica Psicoeducación: se explicó cómo funciona la ansiedad y sus tres niveles de respuesta. A continuación, se le indica la gran utilidad de dicha técnica para reducir la sintomatología a nivel fisiológico ya que produce un aumento de volumen y presión del oxígeno al entrar al cuerpo, llenar los pulmones y activar el Sistema Nervioso Parasimpático, sistema encargado de relajar y reposar nuestro cuerpo (Villarreal-Ríos, 2018).



- Tras la explicación se procede a poner en práctica la técnica.

**Sesión 5:** Se trabaja el objetivo de saber decir “no”, aplicando la técnica de habilidades sociales.

Se explica en qué consiste esta técnica para posteriormente ponerla en práctica mediante el Roleplaying, aplicado a las dos situaciones expuestas en la tabla de tratamiento.

La idea principal es que el paciente aprenda una nueva forma de relacionarse con sus compañeros gestionando adecuadamente las relaciones sociales y de esta manera reaccionar de forma acorde a sus ideas, por ejemplo, negarse a la prestación de dinero, ya que le genera malestar y ansiedad, ya que sus compañeros no le devuelven la prestación.

En la segunda parte de la sesión, se procede a llevar a cabo la técnica de relajación muscular de Jacobson en dos partes:

- En primer lugar, se explica en qué consistía la técnica y lo beneficiosa que resulta a la hora de trabajar la ansiedad.
- En segundo lugar, se procede a explicar los pasos de esta y a ponerla en práctica.

**Sesión 6:** En esta sesión se pone en práctica lo trabajado en la sesión anterior sobre las habilidades sociales y comentar con el paciente cómo se sintió tras poner en práctica lo aprendido. Felipe menciona que, a pesar de no ser capaz de negarse a la prestación de dinero por parte de sus compañeros, en determinados momentos, le estaba resultando muy útil lo aprendido, indicando que con la práctica poco a poco podría mejorar su situación.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la respiración diafragmática.

**Sesión 7:** Esta sesión se trabaja la modificación del pensamiento “Si no tengo trabajo, no valgo para nada” mediante la técnica de reestructuración cognitiva.

- En primer lugar, se analiza con el paciente la concordancia entre su pensamiento y la realidad. El paciente refiere ser una persona muy trabajadora, que disfruta con su trabajo.

Por ello presenta mucha ansiedad en determinados momentos donde no se realiza ninguna labor.

- A continuación, se puso en práctica un debate socrático para cuestionar dicho pensamiento y modificarlo por otros más ajustados a la realidad.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la relajación muscular de Jacobson.

**Sesión 8:** Esta sesión se enfoca en la modificación del pensamiento “Si no hago bien mi trabajo, no valgo para nada” mediante la técnica de reestructuración cognitiva.

- En primer lugar, se explora junto a Felipe que tan ajustado estaba este pensamiento con la realidad. Ante esto indica que es una persona muy trabajadora, que le gusta mucho su trabajo, pero le genera mucha ansiedad cuando se encuentra sin trabajo para hacer.
- A continuación, se puso en práctica un debate socrático para cuestionar dicho pensamiento y modificarlo por otros más ajustados a la realidad.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la respiración diafragmática.

**Sesión 9:** Aplicación de la técnica del entrenamiento en comunicación asertiva para trabajar una comunicación adecuada.

Se explicaría a Felipe en qué consiste la comunicación asertiva y posteriormente se pondría en práctica. Por ello se sugeriría al paciente pensar en una situación conflictiva con su madre, donde aparece un estilo comunicativo agresivo y explicar cómo se sintió tras el conflicto. Como consecuencia de ello, el paciente expresa malestar e intranquilidad.

A través del roleplaying, se pusieron en práctica formas de comunicación asertiva hacia su madre.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la relajación muscular de Jacobson.

**Sesión 10:** Aplicación de la técnica del entrenamiento en comunicación asertiva para trabajar una comunicación adecuada.

Se explicó en qué consiste la comunicación asertiva. A continuación, se pondría en práctica dicha técnica, sugiriendo al paciente pensar en una situación conflictiva con sus compañeros de trabajo, donde aparece un estilo comunicativo agresivo y explicar cómo se sintió tras ello. Como consecuencia de ello, Felipe refiere sentir malestar e inquietud.

Mediante el roleplaying, se practicaron formas de comunicación asertiva hacia sus compañeros.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la respiración diafragmática.

**Sesión 11:** Reducción de la angustia y malestar al estar rodeado de mucha gente en el comedor del trabajo. Se aplicaría la técnica de inundación.

Se explicó a Felipe que el objetivo es exponerse al estímulo fóbico en vivo sin escapar, experimentando en un primer momento cierto grado de ansiedad.

Los pasos de la técnica son:

- Entrenamiento de relajación como respuesta contraria a situaciones que le generan ansiedad. Como se puede observar, en las sesiones previas, se estuvo trabajando técnicas de relajación para que Felipe adquiriese estrategias y herramientas, para poder llevar a cabo la técnica de la inundación.
- Hacer un listado de estresores ordenados jerárquicamente, relacionados con la ansiedad que presenta al estar rodeado de mucha gente e ir exponiéndose a ellos. En este caso, no se pudo realizar un listado de jerarquía de estresores ya que solo presentaba ansiedad ante esta situación en concreto, comer en el comedor del trabajo.
- Por último, se explicaría la posibilidad de que aparezca respuesta de escape al exponerse directamente al estímulo ansiógeno. Durante el proceso se le acompañaría y en el caso de aparecer respuesta de escape, debería volver lo antes posible a exponerse.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la relajación muscular de Jacobson.

**Sesión 12:** Se procedería a continuar trabajando la reducción del malestar y angustia al estar rodeado de mucha gente en el comedor.

En la segunda parte de la sesión, se procedió a llevar a cabo la respiración diafragmática.

**Sesión 13:** Se concluiría el trabajo de la reducción del malestar y ansiedad presentados por Felipe al estar rodeado de mucha gente en el comedor.

Para finalizar esta sesión, se procedería a administrar el cuestionario STAI (Spielberg, 1970), con el que se comprobaría si el objetivo general de reducir la ansiedad se vio satisfecho.

**Sesión 14:** Última sesión. Se planteó en un principio la devolución de los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario en la sesión anterior y obtener feedback por parte de Felipe.

## **6. Valoración del tratamiento**

El plan de intervención propuesto para el caso de Felipe consta de un total de 14 sesiones, de las cuales sólo se pudieron llevar a cabo 8 sesiones debido a un abandono de la terapia por parte del paciente.

### **6.1. Adherencia al tratamiento**

Desde el inicio del proceso, Felipe se mostró con mucha disposición, implicación y motivación al cambio. A lo largo de las sesiones hubo un gran compromiso por parte del paciente por realizar las tareas que debía realizar fuera de las sesiones, los autorregistros. Esto facilitó que se pudiera llevar a cabo una buena recogida de la información y lograr una buena alianza terapéutica. Por ello se obtuvo buena adherencia al tratamiento.

A pesar de que el paciente refería encontrar mejoras y estar motivado con el tratamiento, en la sesión nº9 no acudió. Tras varios días sin saber sobre la inasistencia del paciente, Felipe se puso en contacto para explicar el motivo por el que no acudió a la sesión.

Cada mes, Felipe tiene cita con su psiquiatra, el cual revisa su medicación. En su última cita, la dosis de la medicación fue aumentada, pero Felipe refiere sentirse peor, alterando su estado de ánimo (más depresivo). Su madre expresa una preocupación excesiva por el reajuste del tratamiento farmacológico y por el estado de ánimo depresivo de su hijo. A causa de esta situación, la madre del paciente solicitó una baja médica para Felipe.

Se intentó establecer comunicación con la madre para conocer los motivos por los que Felipe decidiera abandonar la terapia, pero se negó al diálogo. Se limitó a comunicar que debido al estado de ánimo de su hijo Felipe, decidió finalizar las sesiones.

Se ha podido observar, cómo esta variable (reajuste de la medicación y el estado de ánimo del paciente) desencadenó el abandono del tratamiento y, por ende, la alteración de su resultado.

## 6.2. Consecución de los objetivos

A pesar de que no se pudieron llevar a cabo todas las sesiones propuestas y así obtener una buena medida post-test del cuestionario aplicado para medir el nivel de ansiedad, se cuenta con autorregistros recogidos durante las sesiones y una medida inter-tratamiento realizada en la sesión nº8.

Los objetivos planteados en el caso de Felipe fueron:

- Objetivo general: reducción del nivel de ansiedad
- Objetivos específicos: explicación del metabolismo del fármaco, aprender a relajarse, aprender a decir “no”, modificación de pensamientos de inutilidad, aprender a comunicarse adecuadamente, reducción de la ansiedad al estar rodeado de mucha gente en el comedor del trabajo.

Debido al abandono de la terapia no se pudieron trabajar objetivos como “aprender a comunicarse adecuadamente” y “reducción de la ansiedad al estar rodeado de mucha gente en el comedor del trabajo”.

Sin embargo, el resto de los objetivos sí pudieron trabajarse con Felipe. La última información con la que se cuenta es el autorregistro revisado en la sesión nº8, viéndose un progreso entre la primera y última sesión. También se cuenta con la aplicación del cuestionario inter-tratamiento que se llevó a cabo en esa última sesión.

A continuación, se expone en una tabla el autorregistro que se realizó en un primer momento Felipe en comparación con el último autorregistro que realizó.

**Tabla 3**

*Tabla comparativa de autorregistro entre la primera y última sesión*

<b>Primer autorregistro</b>			
<b>Fecha</b>	<b>Situación</b>	<b>Pensamiento/Emoción</b>	<b>Conducta</b>
<b>14/11/22</b>	Compañero le pide dinero	Sentimiento de ansiedad por no saber cómo decirle que no	Le presta el dinero
	Estar sin trabajo	Aparece pensamiento "Si no tengo trabajo no valgo para nada"	Dar una vuelta
	Ser regañado en el trabajo	Aparece pensamiento "Si no hago bien mi trabajo, no valgo para nada"	Tomar una tila
<b>Último autorregistro</b>			
<b>Fecha</b>	<b>Situación</b>	<b>Pensamiento/Emoción</b>	<b>Conducta</b>

9/01/23 Compañero le pide dinero Sentimiento de tranquilidad Sabe comunicar adecuadamente que no va a prestar más dinero

Estar sin trabajo para hacer Aparece pensamiento "Si no tengo trabajo, no pasa nada. Espero a que haya más trabajo o pregunto por si puedo ayudar en algo" Quedarse y esperar pacientemente en su puesto de trabajo

Ser regañado en el trabajo Aparece pensamiento "Si no he hecho bien mi trabajo, rectifico y lo mejoro" Aceptar que puede cometer fallos y buscar solucionarlos

En cuanto a la información recogida en los autorregistros se puede observar cómo Felipe a lo largo de las sesiones ha ido modificando aquellas conductas que le generaban ansiedad debido a la falta de estrategias y herramientas para poder resolverlas de una forma más adaptativa. Se puede apreciar un gran cambio entre el primer y último autorregistro. Esta mejora no fue únicamente percibida en el papel, también en las sesiones.

Cierto es que desde un primer momento se mostró con mucha disposición e implicación hacia el tratamiento. Tras observar por sí mismo los cambios que se estaban produciendo, esta disposición e implicación fue en aumento, por lo que no se termina de comprender el abandono de la terapia por parte de Felipe. El paciente verbaliza, como "Gracias a lo que estoy trabajando y aprendiendo en terapia, me está ayudando a poder hacer frente a lo que me generaba ansiedad, de una mejor forma". Así mismo, se observan mejoras en el ámbito social y laboral.

En el ámbito personal se observaron mejoras. Tras la sesión nº4, enfocado en la técnica de Psicoeducación, en la que se explicó el metabolismo de los fármacos, Felipe logró estar más tranquilo y expresa que esa situación ya no generaba tanta ansiedad.

Además de los autorregistros, también se cuenta con la aplicación del cuestionario STAI (Spielberg, 1970), del cual se obtuvieron medidas pre-tratamiento e inter-tratamiento.

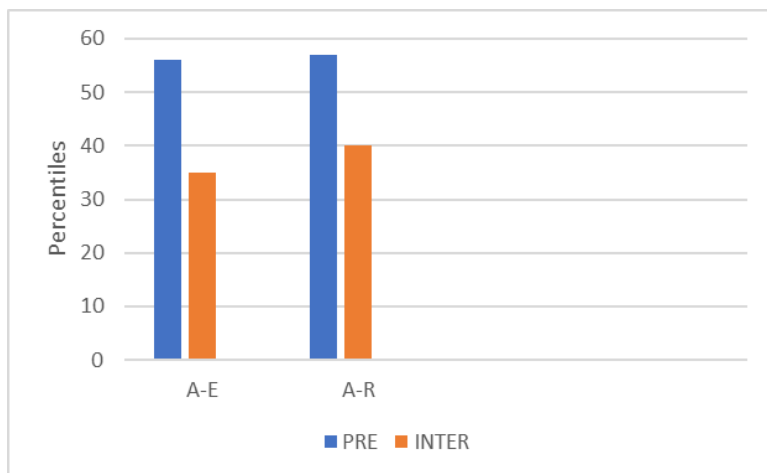
- Pre-tratamiento: Felipe obtuvo una puntuación directa de 56 en la escala Ansiedad Estado y de 57 en la escala Ansiedad Rasgo. Esto indica que tiene un nivel de ansiedad muy alto.
- Inter-tratamiento: Felipe obtuvo una puntuación de 29 en la escala de Ansiedad Estado y de 32 en la escala Ansiedad Rasgo. Esto indica que tiene un nivel de ansiedad muy alto.

A pesar de que las puntuaciones obtenidas en las medidas pre e inter-tratamiento siguen indicando un nivel muy alto de ansiedad, se puede observar cómo estas puntuaciones han disminuido, indicando una pequeña mejoría en cuanto al nivel de ansiedad del paciente.

A continuación, se muestra una gráfica donde se plasma la evolución positiva del paciente.

**Figura 1**

*Medidas pre-tratamiento e inter-tratamiento*



## 7. Discusión y conclusiones

Tener esquizofrenia está relacionado con la presencia o aparición de trastornos depresivos y ansiógenos (Amador et al., 2019). Esta ansiedad experimentada puede desempeñar un papel importante en cuanto a la disfunción y alteración del funcionamiento de la persona que la padece (Lysaker y Whithney, 2005). Por este motivo y por lo expuesto por Felipe, el objetivo general del



trabajo es reducir el nivel de ansiedad del paciente mediante la consecución de objetivos más específicos, descritos en el apartado nº4, directamente relacionados con la reducción de la ansiedad y comprobar la eficacia de la terapia Cognitivo-Conductual para la reducción de dicha ansiedad en un caso de esquizofrenia.

La intervención que se llevó a cabo con el paciente tuvo únicamente una duración de 8 sesiones, de las cuales tres se destinaron a la recogida de información. A pesar de la brevedad de la intervención sí se pudieron llegar a observar ciertas mejoras.

En primer lugar, es de interés resaltar los pequeños pero importantes cambios obtenidos sobre los niveles de ansiedad del paciente tras la aplicación del cuestionario *STAI* (Spielberg, 1970), pues su nivel descendió 18 puntos en la escala Ansiedad Estado y 17 puntos en la escala Ansiedad Rasgo.

Por último, obtuvo cambios significativos en diferentes objetivos específicos: comprensión del metabolismo del fármaco, aprender a relajarse, aprender a decir “no” y la modificación de pensamientos de inutilidad.

En relación con el abandono de terapia por falta de adherencia, caben destacar una serie de factores desencadenantes (Vicens y Tort, 2005):

- **Factores relacionados con el paciente:** rechazo de la esquizofrenia, desconfiar en la intervención o terapeutas, una reacción negativa ante el tratamiento farmacológico, presentar sentimientos negativos ante el trastorno, el estigma social ante dicha enfermedad y el aislarse socialmente (García, 2015). Por ejemplo, el no cumplimiento de los tratamientos por parte de aquellos pacientes que tienen esquizofrenia continúa siendo un inconveniente a la hora de mantener la adherencia a este, cuyo porcentaje de adhesión se encuentra entre el 43-78% (Osterberg et al., 2005).

- **Factores relacionados con la enfermedad:** evolución del trastorno, posibles comorbilidades, elementos propios de la patología esquizofrénica, nivel de gravedad de esta y subtipo de esquizofrenia (García, 2015).
- **Factores relacionados con el entorno del paciente:** destacarían dos aspectos importantes a mencionar. Por un lado, el estado comportamental tanto del ámbito familiar como del entorno del paciente hacia este. El entorno familiar puede funcionar tanto como factor de protección como factor de recaída. El segundo aspecto sería la relación establecida entre el paciente y el terapeuta (García, 2015).

Concretamente en el caso de Felipe, el entorno familiar del paciente sería el principal motivo de abandono de la terapia.

Como consecuencia del reajuste de la medicación, la madre percibe alteraciones comportamentales y emocionales en su hijo, por lo que solicita una baja médica al psiquiatra para que Felipe evite cualquier situación que le pueda generar malestar. Por ello el paciente evita salir de su domicilio.

Debido al contrato de confidencialidad que se firmó en un primer momento, no se le podría comunicar a la madre todas las sesiones terapéuticas realizadas con Felipe y así poder comunicarle la importancia de la continuidad del tratamiento.

Plantear a la madre del paciente la existencia evidencias empíricas acerca de los beneficios del trabajo conjunto entre la farmacología y la psicoterapia

### Limitaciones

Tal y como se mencionó antes, la intervención se vio suspendida tras el abandono por parte de Felipe en la octava sesión. Por este motivo, la propuesta de tratamiento no pudo realizarse según lo planteado, no pudiendo intervenir en áreas conflictivas a nivel familiar y social.

### Conclusiones y valoración personal

A pesar de que se obtuvieron algunos resultados positivos, es importante destacar que sólo se llevaron a cabo un total de 8 sesiones, de las cuales, las tres primeras fueron destinadas a recopilar información, para obtener, conocer y plantear una estrategia de prevención de recaídas. Además, es importante destacar que a pesar de que el nivel de ansiedad ha disminuido entre las medidas pre e inter-tratamiento, Felipe sigue presentando un alto nivel de ansiedad.

En el caso de que retomara la terapia sería importante llevar a cabo un seguimiento adecuado para evitar que estos niveles puedan volver a los iniciales.

## 8. Referencias bibliográficas

- Alanen, Y. (2003). La esquizofrenia. *Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid.*
- Alegre, R. H., Aranda, M. B., Marzo, L. G., Catalán, M. C., Loras, M. J. T., & Rojo, E. N. (2021). Esquizofrenia paranoide. A propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación, 2*(12), 363.
- Amador, A. G. L., Saavedra, D. R., Garfia, C. X. D., & Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río, 6*(11), 34-39.
- American Psychiatric Association (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Andreasen, N. C., Arndt, S., Alliger, R., Miller, D., & Flaum, M. (1995). Symptoms of schizophrenia: Methods, meanings, and mechanisms. *Archives of general psychiatry, 52*(5), 341-351.
- Antona, C. J., García-López, L. J., Yela, J. R., Gómez, M. A., Salgado, A., Delgado, C., & Urchaga, J. D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología conductual, 14*(2), 183-200.
- Aust, J., & Bradshaw, T. (2017). Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 24*(1), 69-83.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición.
- Baldares, M. J. V. (2013). Esquizofrenia: detección oportuna en atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica, 70*(606), 295-301.
- Barceló Martínez, M. (2019). Terapia Cognitivo-Conductual en un caso de Esquizofrenia.

- Bermúdez, K., Aviña, V., Chiquet, R., Sánchez, F., & Olivas, S. (2020). Efecto del Entrenamiento en Habilidades Conductuales sobre el establecimiento de habilidades sociales en niños con autismo. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 28(1), 23-34.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.
- Brown, L. F., Davis, L. W., LaRocco, V. A., & Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(3), 224-242.
- Cáceres-Bonilla, M. I. (2016). Estudio comparativo entre las intervenciones de reestructuración cognitiva y mindfulness en la disminución de ansiedad y aumento del autocontrol en personas con esquizofrenia.
- Cambra, P. R. (2021). Trastorno mental grave, pacientes con esquizofrenia. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(3), 72.
- Cartón, M. M. S., Cartón, M. S., & Vázquez, M. S. (2012). Factores pronósticos en la esquizofrenia. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (11), 98-105.
- Castrillón, D. A., & Borrero, P. E. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de psicología*, 8(1), 79-90.
- Castro, R., & Dueñas, C. (2022). Inteligencia Emocional y Ansiedad en tiempos de pandemia: Un estudio sobre sus relaciones en jóvenes adultos. *Revista Ansiedad y Estrés*, 28(2), 122-130.
- Chien, W. T., & Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 205(1), 52-59.

Cortés, D. X. P. (2003). Influencia de la respiración diafragmática en la motricidad fina. *Acta Colombiana de psicología*, (10), 83-95.

Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18.

De Psicólogos, G. D. C. O. (1988). Código Deontológico del Psicólogo 3.1. *Recuperado de: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/Codigodeontologico.pdf>*.

De Psiquiatría, S. E. (1998). Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia.

Del Castillo, J. S. T., Santos, A. M. A. C., Amon, A. L. P., & Caicedo, M. C. A. (2022). Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 6(4), 12-25.

Díaz Luján, P. (2019). *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia* [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna] Archivo digital. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15396>

D'Uva Pezzente, M., Llavayol Guerra, V. N., Miguez Llorente, M., & Pirez Mascheroni, F. (2022). Paciente Presente.

Fernández, J. M. O., & Abril, E. C. (2021). Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: un estudio de revisión sobre su eficacia. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 362-372.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.

García, C., & Linares, N. (2020). Efecto de la reestructuración cognitiva sobre las distorsiones cognitivas de los adolescentes frente al duelo por fallecimiento de sus padres. *Boletín Médico de Postgrado*, 36(1), 38-42.

García Grau, E., Fusté Escolano, A., Ruiz Rodríguez, J., Arcos, M., Balaguer Fort, G., Guzmán Pérez, D., & Bados López, A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

García, M. C. P. (2015). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Revista de enfermería y salud mental*, (1), 16-22.

Gil-Olarte, P., Gómez-Molinero, R., Ruiz-González, P., & Guil, R. (2019). Inteligencia emocional y ansiedad en mujeres. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 4(1), 45-56.

Giraldez, S. L. (1986). Esquizofrenia: ¿Enfermedad crónica? I. Consideraciones teóricas. *Estudios de psicología*, 7(25), 37-53.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.

González-Panzano, M., Borao, L., Herrera-Mercadal, P., Campos, D., López-del-Hoyo, Y., Morillo, H., & García-Campayo, J. (2019). Habilidades de mindfulness y cognición social en la predicción de la sintomatología afectiva en la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo y participantes no clínicos [Mindfulness and social cognition skills in the prediction of affective symptomatology in schizophrenia, obsessive-compulsive disorder and nonclinical participants]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1), 9–17. <https://doi.org/10.5944/rppc.24170>.

Hesse, B. M., Sánchez, C. A., ORTIZ, M. Á. C., & PAREJA, M. Á. V. (2005). Entrenamiento en relajación con pacientes esquizofrénicos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 385-394.

Jiménez, J. F., & Maestro, J. C. (2002). Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Monografías de psiquiatría*, 2, 29-37.

Juan, J. S. (1972). Esquizofrenia Paranoide. *Revista Médica de CoMa Rica XXXIX*, 434, 33-42.

Kuaik, I. D., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.

Lagomazzini-Mellado, B., Salgado-Palacios, P. M., & AM, I. V. G. Asociación entre esquizofrenia y tabaquismo.

Lara Villarreal, M. A. (2019). Beneficios de la Respiración consiente contra la ansiedad generalizada y el estrés.

Lluch, M. T., Fornés, J., Rodríguez, A., & Giner, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(1), 1-45.

López Campos, J. (2019). Curso evolutivo y tratamientos de la esquizofrenia.

López, L. Y., Rodríguez, A. I. S., Mañas, I. M., Becerra, I. G., & Justo, C. F. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfunless. *Psychology, Society & Education*, 8(1), 3.

López-Navarro, E., & Al-Halabí, S. (2020) ¿Es posible una respuesta de atención plena o mindfulness ante las experiencias psicóticas?

Martínez-González, L., Olvera-Villanueva, G., & Villarreal-Ríos, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(2), 99-104.



Meehl, P. E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of personality disorders*, 4(1), 1-99.

Miranda, A. L., López Jaramillo, C., García Valencia, J., & Ospina Duque, J. (2003). El uso de endofenotipos en el estudio del componente genético de la esquizofrenia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32(3), 237-248.

Montes, J. M. G., & Álvarez, M. P. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-66).

Morga Rodríguez, L. E. (2012). Teoría y técnica de la entrevista.

Muñoz Molina, F. J., & Ruiz Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(1), 98-110.

Navarro Bayón, D., & Carrasco Ramírez, O. (2009). Relación entre síntomas psicóticos, estados emocionales negativos y años de evolución en personas con esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2), 197-204.

Olive Arias, O. (2022). *Características clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con riesgo suicida* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

OMS. (febrero de 2022). Capítulo 6: Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo. Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1683919430>

Otárola, P. E. (2022). Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(3), 139-144.

Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.

Pareja, M. Á. V. (2006). Atención plena. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 231-254.

Pérez Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*.

Pucha Pacurucu, E. A., & Vázquez Gavilanes, M. G. (2019). *Eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de JACOBSON frente a reestructuración cognitiva de BECK en pacientes que presentan ansiedad en CENTERAVID* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).

Robles, A. F., & Toquero, R. M. (2001). Afrontamiento de la ansiedad en esquizofrenia a través de la relajación. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (163), 21-34.

Ruiz Quiroz, G. E. (2022). *Factores relacionados a la esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020*. [Tesis de doctoral, Universidad Nacional de Cajamarca] Archivo digital. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4839>

Salaberría, K., Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (1995). Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastornos de ansiedad: ¿un camino discontinuo? *Boletín de Psicología*, 48, 67-81.

Sánchez, D. P. G., Álvarez, R. S., & Orellana, A. F. (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*, 35(4), 339-344.

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.

Solano, R. T., & Martínez, E. M. P. (2022). Tratamiento cognitivo-conductual para la mejora de las relaciones interpersonales en el trastorno límite de personalidad. *Revista Electrónica Entrevista Académica (REEA)*, 4(10), 75-90.

Soria-Guerra, F., Tárraga-Marcos, M., Madrona-Marcos, F., Romero-de Ávila, M., & Tárraga-López, P.

J. (2021). Uso de técnicas alternativas o de relajación como terapia al dolor crónico. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(10), 1308-1321.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. *Madrid: Tea*, 1.

Sueiro, M. C., & de la Torre, A. C. (2008). Entrevista clínica: modelos teóricos y un poco de práctica. *Cuadernos de atención primaria*, 15(2), 167-171.

Tobar, M. D. (2017). Calidad de vida en esquizofrenia.

Toro, A. M. C., & Torrecillas, F. L. (2006). Relación entre personalidad y esquizofrenia: Modelo de Cloninger. *Pensamiento psicológico*, 2(6), 47-60.

Tortosa Rodenas, A. (2020). *Programa en Psicoeducación y Bienestar para Personas con Esquizofrenia en Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva* [Trabajo de fin de grado, Universidad Católica de Valencia] Archivo digital  
[https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1381/TFG\\_TORTOSA\\_RODENAS\\_ANDR\\_EA.pdf](https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1381/TFG_TORTOSA_RODENAS_ANDR_EA.pdf)

Valencia, M., Ortega-Soto, H. A., & Gómez, L. (2004). Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera parte. *Salud Mental*, 27(3), 47-53.

9. ANEXOS

N.º 124

**STAI**

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	P D = 30 + - =
A / R	P D = 21 + - =

Apellidos y nombre ..... Edad ..... Sexo .....  
 Centro ..... Curso/Puesto ..... Estado civil .....  
 Otros datos ..... Fecha .....

**A-E INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**  
 Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.; Madrid-2 - Depósito legal: M. - 20.080 - 1982.

**A-R**

**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien .....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente .....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar .....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros .....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto .....	0	1	2	3
26. Me siento descansado .....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada .....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas .....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia .....	0	1	2	3
30. Soy feliz .....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente .....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo .....	0	1	2	3
33. Me siento seguro .....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades .....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico) .....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho .....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia .....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos .....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable .....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**