

Sara García González

LA ESQUIZOFRENIA, ESTUDIO DE TRES CASOS CLÍNICOS

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Carmen Hernández Martínez

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2024

El presente trabajo contiene información confidencial, por ello no puede ser compartido en su totalidad.

ÍNDICE

1. Fundamentación teórica
 - 1.1. Introducción
 - 1.1.1. Conceptualización histórica
 - 1.1.2. Manifestaciones clínicas
 - 1.1.3. Criterios diagnósticos y subtipos
 - 1.1.4. Epidemiología
 - 1.1.5. Curso
 - 1.1.6. Factores de riesgo y protectores
 - 1.2. Evaluación
 - 1.2.1. Evaluación psicopatológica
 - 1.2.2. Evaluación cognitiva
 - 1.2.3. Evaluación parámetros salud
 - 1.3. Intervención
 - 1.3.1. Intervención trabajo social
 - 1.3.2. Intervención enfermería
 - 1.3.3. Intervención psiquiatría
 - 1.3.4. Intervención psicología
2. Caso clínico 1
 - 2.1. Descripción del caso
 - 2.2. Análisis funcional
 - 2.3. Hipótesis diagnóstica
 - 2.4. Evaluación
 - 2.5. Diagnóstico
 - 2.6. Intervención
 - 2.7. Resultados post tratamiento y seguimiento

- 2.8. Discusión de los resultados
- 3. Caso clínico 2
 - 3.1. Descripción del caso
 - 3.2. Análisis funcional
 - 3.3. Hipótesis diagnóstica
 - 3.4. Evaluación
 - 3.5. Diagnóstico
 - 3.6. Intervención
 - 3.7. Resultados post tratamiento y seguimiento
 - 3.8. Discusión de los resultados
- 4. Caso clínico 3
 - 4.1. Descripción del caso
 - 4.2. Análisis funcional
 - 4.3. Hipótesis diagnóstica
 - 4.4. Evaluación
 - 4.5. Diagnóstico
 - 4.6. Intervención
 - 4.7. Resultados post tratamiento y seguimiento
 - 4.8. Discusión de los resultados
- 5. Limitaciones
- 6. Conclusiones
- 7. Referencias bibliográficas
- 8. Anexos
 - 8.1. Glosario siglas unidades terapéuticas
 - 8.2. Glosario siglas

1. Fundamentación teórica

1.1. Introducción

La esquizofrenia pertenece a los trastornos psicóticos. Suele manifestarse en la adolescencia o inicio de la adultez, con un inicio gradual o repentino, de carácter crónico aunque pueda mejorar. Se caracteriza por alteraciones en la percepción, el contenido del pensamiento, desorganización del comportamiento y lenguaje, los síntomas negativos, las habilidades sociales y cognitivas (Alanen, 2003).

1.1.1 Conceptualización histórica

Kraepelin acuñó el término demencia precoz a un deterioro progresivo de las esferas de la personalidad (voluntad, afectividad y depresión), de manera temprana y en un período corto de tiempo. Estableció dos subtipos de psicosis; la maníaco-depresiva considerada como curable y la demencia precoz sin cura (Huertas y Novella, 2010). Con la designación de otros autores propone tres categorías: la hebefrénica (alteraciones afectivas, en la desorganización del pensamiento y en la percepción), la catatónica (alteración en la voluntad, melancolía, manía y presencia de síntomas motores) y la paranoide (alteraciones en el juicio, como delirios y alucinaciones) (Romé y Kopelovich, 2019).

En 1911, Bleuler introduce el concepto de esquizofrenia, y da importancia a la interpretación de la psicopatología. Se cuestiona la existencia de múltiples tipos de esquizofrenia, el carácter precoz y el origen endógeno de la demencia precoz (Huertas y Novella, 2010). La define como una alteración en el pensamiento, los sentimientos y en la interacción social, que puede manifestarse tempranamente o no y su curso puede ser intermitente o crónico. Bleuler propone las 4 A: Asociaciones, reflejan una alteración en el pensamiento por falta de relación

entre conceptos. Afectividad, provocando un deterioro emocional con tendencia al retraimiento y aislamiento. Ambivalencia, donde hay una coexistencia de pensamientos que son opuestos. Autismo, caracterizado por una falta de motivación en las relaciones sociales (Kopelovich y Romé, 2020).

En 1950, Schneider, gracias a los conceptos previos presenta una denominación introduciendo los síntomas de primer rango (el pensamiento sonoro, las voces que dialogan, las alucinaciones auditivas, las voces que comentan las cimentaciones o la conducta, la influencia corporal, la difusión del pensamiento y las percepciones delirantes) y los síntomas de segundo rango (trastornos de la percepción, trastornos de intuición delirante, cambios depresivos/eufóricos y empobrecimiento emocional) (Huertas y Novella, 2010).

En 1980, Crow ofrece una aproximación al diagnóstico actual, aunque en desuso. Establece los síntomas tipo I (positivos) alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento y comportamiento, asociado a un mejor ajuste premórbido. Los síntomas tipo II (negativos) aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje, bloqueos, déficit en autocuidado, pérdida de motivación, anhedonia y retraimiento social (García y Bobes, 2013), presentando alteraciones cognitivas, un peor ajuste premórbido y peor pronóstico (Iraurgi y Landabaso, 2001).

1.1.2. Manifestaciones clínicas

La esquizofrenia es un síndrome heterogéneo, a continuación detallamos los síntomas característicos (Campero, Campos, Campero, 2009).

- Delirios, son creencias firmes y erróneas, fruto de una interpretación incorrecta de la realidad. Se clasifican en: persecutorias (ser vigilado por algún individuo o

grupo), referenciales (objetos, hechos, gestos, entre otras, que se dirigen a la persona), grandeza (presentar habilidades superiores), erotomaniaco (otra persona está enamorada del sujeto), nihilista (sucederá una catástrofe) y somáticos (preocupación por el funcionamiento del cuerpo) (APA, 2014).

- Alucinaciones, es la percepción de un estímulo sin estar presente, percibir las como reales, sin control voluntario y requiriendo de un nivel de consciencia adecuado. Se clasifican en diferentes modalidades sensoriales, la más común son las auditivas (voces externas conocidas o desconocidas), pero también se encuentran visuales, olfativas, gustativas y táctiles (APA, 2014).

- Pensamiento desorganizado, se percibe en el discurso y debe dificultar la comunicación gravemente. Por ejemplo, la conversación pasa de un hilo a otro (descarrilamiento), la respuesta a la pregunta puede no estar relacionada (tangencialidad) y discurso incoherente e incomprensible (APA, 2014).

- Comportamiento motor desorganizado y catatónico. Puede incluir desde actos infantiles hasta agitación impredecible, dificultando las actividades diarias. En el catatónico, hay una disminución de reactividad al entorno y pueden aparecer agitación, estereotipias, mutismo, negativismo, entre otros (APA, 2014).

- Síntomas negativos, predomina la expresión emotiva disminuida (expresiones faciales o corporales) y la abulia (dificultades para llevar a cabo las actividades por falta de motivación). También podemos encontrar la alogia (disminución en el lenguaje), la anhedonia (disminución para experimentar placer) y la asocialidad (falta de interés en las interacciones sociales) (APA, 2014).

- Alteraciones neuropsicológicas, en la esquizofrenia ciertas funciones cognitivas presentan mayor alteración. A continuación se detallan (Penadés y Gastó, 2010):

- La atención, presentan dificultades para procesar la información, responder adecuadamente, con rapidez y manteniendo el tiempo a estímulos verbales,

visuales y rechazando los distractores. En tareas complejas, hay una dificultad en el rendimiento de filtrado de la información (Penadés y Gastó, 2010).

- La memoria, se encuentra alterada la memoria semántica (Tamlym et al., 1992). Además, la memoria declarativa verbal y espacial y la episódica. Presentan alteración en el recuerdo libre, y muestran mejoras en tareas de reconocimiento. Las alteraciones en la atención influyen la función mnésica (Penadés y Gastó, 2009) y se asocian a dificultades en el progreso del tratamiento y la cronicidad del trastorno (Campero, Campos y Campero, 2009).

- Las funciones ejecutivas, inicialmente, presentan mayor dificultad en la planificación y la memoria de trabajo espacial. En etapas posteriores, aparece la alteración del pensamiento abstracto. También presentan alteraciones en la fluidez verbal, memoria de trabajo visual y verbal, flexibilidad cognitiva, estrategias contextuales y operativas, mayor tiempo de reacción y mayores errores en las tareas de interferencia (Penadés y Gastó, 2009). Otros estudios indican afectaciones en la inhibición, resolución de problemas, abstracción, razonamiento deductivo y categorización (Gaviria Gómez et al., 2017).

- La cognición social, presentan alteraciones en el procesamiento cognitivo de información psicosocial, en la capacidad de inferir las intenciones de otras personas (teoría de la mente) (APA, 2014) y dificultades para interpretar el contexto que puede ocasionar atribuciones erróneas (Penadés y Gastó, 2009).

1.1.3. Criterios diagnósticos y subtipos

La esquizofrenia pertenece al grupo espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los criterios diagnósticos son los siguientes: (APA, 2014).

Criterio A. Dos o más de los síntomas siguientes (1. Delirios, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado, 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico

y/o 5. Síntomas negativos), está presente durante una parte significativa y durante un periodo de un mes. Al menos uno de ellos ha de ser el punto 1-2-3.

Criterio B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

Criterio C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses (incluyendo al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales).

Criterio D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

Criterio E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

Criterio F. Si existen antecedentes de TEA o de un T. de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables están presentes durante un mínimo de un mes.

En la CIE-10 pertenece al grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes y encontramos 9 subtipos (paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, depresión post-esquizofrénica, residual, simple, otras esquizofrenias y esquizofrenia sin especificación) (CIE-10, 1992). La paranoide es la más frecuente, predominan las alucinaciones auditivas, las ideas delirantes paranoides y otras alteraciones perceptivas. No deben predominar las alteraciones del afecto, la volición, el discurso incoherente, el embotamiento, la incongruencia afectiva o los síntomas catatónicos (CIE-10, 1992).

1.1.4. Epidemiología

- La prevalencia es aproximadamente 0,3-0,7% aunque existen variaciones por grupo étnico, país u origen (APA, 2014). Otros estudios indican que en 2016 era 0,5-1,4% en la población general (Cardeillac, 2016) y en 2022 entre el 0,9-1,3% (Salazar y Pereira, 2022). La edad de inicio estaría comprendida entre los 15-35 años, con mayor incidencia en los 25 años (Líceá, Robles y Díaz, 2019).
- La incidencia anual es aproximadamente de 0,20 por 1000 (Salazar y Pereira, 2022). Más frecuente en hombres (4,5%) que en mujeres (2,9%), la edad influye siendo el doble entre los 20 y 49 años y posteriormente a los 65 años se equipara en género (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).
- El pronóstico empeora si el paciente presenta más síntomas negativos, déficits cognitivos, una mayor duración del trastorno y un peor ajuste premórbido (Serrano, Serrano y Serrano, 2012), y es más frecuente en hombres. Otros indicadores de mal pronóstico son: inicio temprano, inicio insidioso, evidencia de anomalías cerebrales, agresividad, estar soltero, viudo o separado (referencia de baja red familiar) y los antecedentes familiares (Sandín, 2023). En cambio, un mejor pronóstico influye en los síntomas del estado de ánimo y cuadros breves que afectan por igual a ambos sexos (APA, 2014). Otros indicadores son: inicio tardío, inicio agudo, predominio de síntomas positivos, estar casado (buena red familiar) (Sandín, 2023). Las mujeres presentan un mejor pronóstico por tener una mejor respuesta a los antipsicóticos (Serrano, Serrano y Serrano, 2012).
- La comorbilidad con el consumo de sustancias está alrededor de un 47% (Cardeillac, 2016). En primer lugar, el consumo de bebidas alcohólicas con un 30-40% (Líceá, Robles y Díaz, 2019), seguido del consumo de tabaco habitual, posteriormente el consumo de cannabis entre 13-40% (Cardeillac, 2016), la cocaína y finalmente otras drogas entre el 5-10% (Días y Ríos, 2015). También muestra comorbilidad con los trastornos de ansiedad, de pánico (APA, 2014) y

con el trastorno obsesivo-compulsivo con un 12-15% (Frías, Palma y Farriols, 2014). Existe un riesgo de un 10-13% de cometer un suicidio y entre un 20-40% de realizar un intento (Mejía, et al., 2011). Además, se ha asociado con afecciones médicas como aumento de peso, diabetes, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares y pulmonares (Jufe, 2014).

1.1.5 Curso

El curso del trastorno suele ser favorable en un 20% de los casos, ya que los síntomas suelen disminuir con los años, aunque en su gran mayoría los pacientes necesitan intervención crónica a lo largo de su vida (APA, 2014).

Un episodio psicótico se desarrolla en tres fases. La prodrómica, aparecen los primeros síntomas inespecíficos, sutiles y difíciles de percibir. Se puede confundir con síntomas depresivos o pueden pasar desapercibidos. Puede durar desde semanas a años. En ocasiones cuando el paciente se encuentra en fases más avanzadas, se identifica retrospectivamente. Posteriormente el episodio agudo, cuando los síntomas de psicosis son claros (alucinaciones, síntomas negativos...), en esta fase el entorno cercano percibe estas conductas y el paciente se muestra más desconfiado y reticente al tratamiento. Finalmente la recuperación, se entra en esta fase después del episodio psicótico y de recibir tratamiento. Los síntomas disminuyen o desaparecen, pero pueden persistir dificultades como cansancio o bajo estado de ánimo que dificultan realizar la rutina habitual. Es importante en esta fase continuar con el tratamiento (Parc de Salut Mar, 2018).

1.1.6. Factores de riesgo y protectores

El trastorno tiene una etiología multicausal, con una interacción entre la genética y el ambiente (Salazar y Pereira, 2022). A continuación, se detallan los factores.

Factores genéticos y fisiológicos, como la heredabilidad (60-80%) (Cardet, et al., 2013), los alelos de riesgo y desequilibrios en las reacciones químicas de la dopamina y el glutamato, entre otros (Líceá, Robles y Díaz, 2019).

Factores ambientales sociodemográficos, como crecer en entornos urbanos, pertenecer a grupos étnicos minoritarios y tener un nivel socioeconómico bajo (Tizón, et al., 2010). Factores ambientales obstétricos y perinatales, como nacer en invierno-primavera debido a una infección vírica en el segundo trimestre de embarazo (Saiz, et al., 2010), complicaciones en el embarazo, déficits nutricionales, estrés, diabetes materna, mayor edad paterna y parto con hipoxia.

Factores tóxicos, el consumo de cannabis y otras drogas (Cardeillac, 2016).

Factores estresantes y de un alto grado de emoción expresada es un factor de riesgo para padecer un trastorno psicótico (Serrano, Serrano y Serrano, 2012).

Otro factor de riesgo es padecer una experiencia traumática, con mayor frecuencia de tipo interpersonal (abuso físico y sexual) (Castro, et al., 2015).

Finalmente, los pacientes EMAR (estados mentales de alto riesgo), presentan mayor riesgo a desarrollar un trastorno psicótico. Caracterizado por síntomas psicóticos atenuados, historia de síntomas psicóticos breves y limitados, antecedentes familiares y bajo nivel funcional persistente (Llovera et al., 2012).

Estos factores aumentan el riesgo a padecer el trastorno, pero no son la causa.

Hay factores protectores como la medicación antipsicótica, una red social, afectiva y estable emocionalmente (Guízar, Saracco y Fresán, 2012). La prevención ante pródromos, resolución de conflictos, autoestima, gestión del estrés, comunicación familiar y una correcta intervención terapéutica (Rebolledo y Lobato, 2005). Realizar actividades de ocio, ocupación laboral o educativa, evitar el consumo de tóxicos y de situaciones estresantes (Tourinho, et al., 2007).

1.2. Evaluación

1.2.1. Evaluación psicopatológica

La evaluación psicopatológica en la esquizofrenia comprende una entrevista diagnóstica general, seguida de pruebas específicas para valorar sintomatología, y finalmente, pruebas para evaluar la actividad global y la impresión clínica.

Evaluación diagnóstica

- Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del DSM-5 (SCID) (First, et al. 2006). Entrevista para guiar al profesional a realizar el diagnóstico clínico basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 y CIE-10. Dividida en módulos de diagnóstico para adaptarse a las necesidades del profesional.
- Cuestionario para trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS) (Endicott y Spitzer, 1978). Es una entrevista semiestructurada para los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Aporta información sobre la duración, el curso o la gravedad de los síntomas. Consta de dos partes, se centra en la crisis actual o del último año y en la historia psiquiátrica previa. Además, consta de cinco dimensiones a evaluar; delirios, alucinaciones, trastorno formal del pensamiento, conducta extravagante y escala de evaluación global (Arévalo y Vizcarro, 1989).

Evaluación síntomas concretos de la esquizofrenia

- Escala de los Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) (Kay et al., 1987), versión española (Peralta et al., 1994). Es una escala para la esquizofrenia y evalúa tres síndromes; positivo, negativo y psicopatología general de manera dimensional y categorial. Además, la escala opcional compuesta da información sobre el grado de predominancia de un síndrome sobre el otro (López, 2004).

Evaluación síntomas asociados a la esquizofrenia y trastornos psicóticos

- Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS) (Young, et al., 1978), versión validada en castellano (Colom, et al. 2002). Es una escala heteroaplicada que se utiliza para cuantificar los síntomas maníacos y consta de once ítems: euforia, hiperactividad, impulso sexual, sueño, irritabilidad, expresión verbal, trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje, trastornos del contenido del pensamiento, agresividad, apariencia y consciencia de enfermedad.
- Cuestionario de sesgos cognitivos para la psicosis (CBQ) (Peters et al., 2014). Cuestionario autoaplicado de 30 preguntas para valorar 5 tipos de sesgos cognitivos (salto a conclusiones, pensamiento dicotómico, internacionalización, razonamiento emocional y catastrofización) (Corral, et al., s.f.).
- Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R) (Foa et al., 2002) versión española (Fullana, et al., 2005). Es un inventario formado por 18 ítems que corresponden a seis subescalas (lavado, comprobación, orden, neutralización, acumulación y obsesiones) con el objetivo de poder obtener información sobre conductas y pensamientos obsesivos (Malpica, et al., 2009).
- The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein, et al., 1994). Es un instrumento autoaplicado que consta de 28 preguntas en escala Likert y evalúa cinco traumas en la infancia y adolescencia (abuso sexual, abuso emocional, abuso físico, abandono físico y abandono emocional) (Ordoñez, et al., 2016).
- Escala de Depresión de Calgary (CDS) (Addington, et al., 1992) escala que valora depresión en esquizofrenia. Consta de 9 ítems (depresión, desesperanza, autodepreciación, ideas culpables de referencia, culpa patológica, depresión matutina, despertar precoz, suicidio y depresión observada). La puntuación es de 0-27 puntos, siendo el punto de corte de depresión con 6 puntos.
- Escala de Impresión Clínica Global para esquizofrenia (ICG-ESQ) validada por (Haro, et al., 2003), evalúa la gravedad y el grado de mejoría o empeoramiento

global. Se utiliza tras una entrevista clínica y se aplica inicialmente y como seguimiento después de una intervención psicológica o farmacológica.

- Escala de evaluación de la Actividad Global (EEAG) (APA, 2014). Escala heteroaplicada, que aporta una puntuación sobre la actividad del paciente.
- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS) (Lindenmayer, et al., 2003). Es un instrumento heteroaplicado que consta de dos subescalas, la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del riesgo suicida debido a las intervenciones terapéuticas (Bobes, et al., 2011).

1.2.2. Evaluación cognitiva

En la esquizofrenia, tal y como hemos comentado, se muestran alteraciones en las funciones cognitivas. Por ello, se administran las siguientes escalas.

Evaluación capacidad intelectual

- Escala Wechsler de inteligencia para adultos; subtest semejanzas (WAIS-IV) (Wechsler, 2014). Esta escala consta de cuatro dimensiones para obtener el coeficiente intelectual global (velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, comprensión verbal y razonamiento perceptivo). Para realizar el cribado se administra el subtest semejanzas, consta de dos palabras que representan objetos y el sujeto debe determinar qué tienen en común.

Evaluación neuropsicológica

- MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) (Nuechterlein et al. 2008). Consiste en la administración de 10 pruebas neuropsicológicas (TMT-A, BASC, HVLT-R, Cubos de Corsi, Letras y números WAIS-IV, Mazes subtest, BVMT-R, Fluencia Verbal, MSCEIT y CPT) con el objetivo de evaluar la velocidad de procesamiento, la atención-vigilancia, la memoria de trabajo, el aprendizaje

verbal y visual, el razonamiento, la resolución de problemas y la cognición social. Posteriormente, genera una información sobre el estado global del caso.

- Stroop Test de Colores y Palabras (Golden, 2020). Consta de tres pruebas, el sujeto debe leer la lámina de 60 palabras (ejemplo, azul). En la segunda, debe decir el color de las x (XXXX) y en la tercera debe nombrar el color de la tinta (azul). Evalúa la flexibilidad mental, la atención dividida y la inhibición.

- The Trail Making Test B (TMT-B) (Reitan, 1958). Consiste en conectar números y letras alternadamente en orden ascendente y alfabético respectivamente, evaluando flexibilidad cognitiva y atención dividida en el menor tiempo posible.

- Teoría de la mente Hinting Task (Corcoran et al., 1995). Consta de diez historias que el profesional lee al paciente, que contiene un mensaje implícito para medir la teoría de la mente.

1.2.3. Evaluación parámetros salud

La evaluación de enfermería consiste en una entrevista para conocer las variables sociodemográficas y los antecedentes personales. Posteriormente, se realiza una evaluación dietética (peso, talla, IMC, frecuencia cardíaca y registro alimentario 24h), del ejercicio físico (Cuestionario internacional de la actividad física, IPAQ) (Román, 2013), los hábitos tóxicos y las habilidades de la vida cotidiana (Life Skills Profile, LSP) (Rosen, et al., 1989). Por último, una analítica de la muestra genética, la función tiroidal, la hepática, los lípidos y la prolactina.

1.3. Intervención

Para el abordaje de este trastorno se realiza una intervención multidisciplinar. Basándonos en las intervenciones validadas en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Ministerio de Sanidad y

Consumo, 2009) y el Programa de atención específica a los trastornos psicóticos incipientes (PAE-TPI) (Generalitat de Catalunya, 2018).

1.3.1. Intervención trabajo social

La intervención de trabajo social se realiza en función de las necesidades u objetivos planteados del paciente, para resolver aspectos como obtener el grado de discapacidad, formación y empleo u otras gestiones sociales o familiares.

1.3.2. Intervención enfermería

La intervención de enfermería incluye administrar el tratamiento farmacológico inyectable, supervisar la organización de los fármacos y la adherencia al tratamiento. Orientar sobre los hábitos saludables: alimentación, realización de ejercicio, tiempo de ocio y la importancia de eliminar los hábitos tóxicos. Además, de realizar sesiones grupales de psicoeducación en dichos temas.

1.3.3. Intervención psiquiatría

La intervención psiquiátrica realiza seguimiento del estado del paciente, su tratamiento y seguimiento farmacológico (antipsicóticos y fármacos complementarios). Realiza sesiones de psicoeducación grupal con el psicólogo sobre identidad y psicosis, síntomas, tratamiento y señales de alarma y recaída.

1.3.4. Intervención psicología

Incluye diferentes intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente. A continuación, se detallan las intervenciones grupales:

- La psicoeducación proporciona información específica sobre el trastorno para el paciente y la familia, abordando la identidad, psicosis, sintomatología,

tratamientos y señales de alarma. Es fundamental en el tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares, reduciendo el estrés y la prevención de recaídas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

- El entrenamiento en habilidades sociales interviene en la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de las emociones, la percepción del contexto, la capacidad de respuestas adaptadas y el refuerzo social. Disminuye el estrés y las dificultades en las interacciones sociales, además de mejorar las estrategias de afrontamiento en dichas situaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

- El entrenamiento metacognitivo grupal, tiene como objetivo cambiar la estructura cognitiva de la ideación delirante en psicosis, incrementar la consciencia sobre los errores cognitivos y establecer estrategias de resolución de problemas. Consta de ocho módulos para trabajar los errores cognitivos típicos de la esquizofrenia y dos módulos opcionales sobre autoestima y el manejo del estigma. Consta de una tarjeta roja, con datos de personas e instituciones para contactar en caso de necesitar ayuda y una tarjeta amarilla para utilizar cuando se sientan ofendidos, que consta de tres preguntas; ¿Cuál es la evidencia?, ¿Puntos de vista alternativos? E incluso si es así... ¿Estoy exagerando?

A continuación, detallamos cada módulo que se utiliza para la intervención grupal e individuales en las sesiones (Barrigón, Rubio, & Ruiz-Veguilla, 2009).

Módulo 1. Acusar y atribuirse el mérito, trabajar con patrones atribucionales disfuncionales considerando tres opciones ante una situación (uno mismo, los demás y factores situacionales) evitando la tendencia de una única explicación.

Módulo 2 y 7. Saltar a conclusiones, no caer en las primeras impresiones, para evitar errores y dar importancia a invertir tiempo en la solución.

Módulo 3. Cambiar creencias, en la psicosis los pacientes pueden aferrarse a creencias incluso cuando las pruebas indican lo contrario.

Módulo 4 y 6. Empatizar, trabajar en la detección e interpretación de las expresiones faciales y en deducir las intenciones de otras personas en función del contexto (teoría de la mente). Para sacar conclusiones cuando se conozca la totalidad de la información para que la conclusión sea más acertada. Además, se trabaja la mala interpretación de los pensamientos de otras personas.

Módulo 5. Memoria, exceso de confianza en los errores. Por ejemplo, se muestra una imagen y posteriormente un objeto y se debe decir si el objeto se encontraba o no en la imagen. Si el objeto es asociado aumenta la probabilidad de que aparezca un recuerdo falso, puede dificultar el recuerdo verdadero.

Módulo 8. Estado de ánimo, los pensamientos disfuncionales pueden iniciar y mantener la depresión. Si los pensamientos negativos molestan, no hay que intentar eliminarlos de manera activa, sino dejar que pasen.

Módulo opcional 1 y 2. Autoestima y estigma. Se trabaja en no centrarse únicamente en los aspectos negativos o débiles, sino en los puntos fuertes. En el segundo, consciencia de la estigmatización y la influencia en la autoestima, ofrecer información sobre la frecuencia del trastorno en la población general.

A nivel individual se realizan tres intervenciones, rehabilitación neuropsicológica, terapia cognitivo conductual para el paciente y sus familiares y el entrenamiento metacognitivo que hemos comentado anteriormente.

- Rehabilitación neuropsicológica con el programa Rehacop (Ojeda y Peña, 2010). Consta de cuadernillos para el profesional con instrucciones, soluciones y un algoritmo para orientar sobre el nivel de inicio. Para el paciente consta de cuadernillos con un cuestionario de quejas cognitivas, tablas de seguimiento, tareas para casa y tareas para trabajar las funciones cognitivas que se muestran alteradas con diferentes grados de dificultad (atención, aprendizaje y memoria,

lenguaje, funciones ejecutivas, actividades diarias, habilidades sociales, cognición social y psicoeducación). Está basado en restaurar la función dañada, la compensación de la función perdida y la optimización de las funciones residuales. Los autores nos indican que para estimular todas las áreas debería realizarse, un mínimo de tres meses, un mínimo de tres sesiones individuales a la semana y una duración entre 30 y 50 minutos (Ojeda, et al., 2012).

- La terapia cognitivo conductual trabaja las ideas delirantes, alucinaciones, minimiza el riesgo de recaídas y las dificultades sociales. Interviene en la autoestima y la estigmatización, mediante las relaciones o revaloraciones de sus pensamientos, percepciones, creencias, sentimientos o acciones de sus síntomas. Prevalece reducir los niveles de estrés y no tanto eliminar los síntomas del trastorno (Gleeson y Mcgorry, 2009). En definitiva, se pretende reducir el malestar para mejorar el funcionamiento, promoviendo nuevos aprendizajes para obtener pensamientos más adaptativos (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013). Primeramente, se establece una buena alianza terapéutica, normalizando las ideas psicóticas, pudiendo cuestionarlas y generando nuevas alternativas (Gutiérrez, et al., 2008). Reducir la convicción de creencias a través del cuestionamiento periférico (realizar preguntas al delirio, mostrando la escasa evidencia y proponiendo alternativas) y la puesta a prueba de la realidad utilizando experimentos conductuales (Gleeson y Mcgorry, 2009) (realizar pruebas empíricas sobre la evidencia de las creencias) (Perris y Mcgorry, 2009). Posteriormente, se utilizan estrategias de afrontamiento para minimizar los síntomas afrontando las adversidades cognitivas, conductuales, psicológicas, y ambientales (Perris y Mcgorry, 2009). Mediante respuestas racionales (frases racionales que el paciente repite para controlar la ansiedad) y la distracción (ejercicios matemáticos, contar objetos...) (Gleeson y Mcgorry, 2009).

Para finalizar, se realiza un soporte familiar, que incluye psicoeducación, seguimiento de la evolución, recomendaciones y resolución de dudas.

7. Referencias bibliográficas

Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. (1990). *A depression rating scale for schizophrenics*. *Schizophrenia Research*, 3, 247-251.

[https://doi.org/10.1016/0920-9964\(90\)90005-R](https://doi.org/10.1016/0920-9964(90)90005-R)

Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Recuperado de: https://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2020/07/LA_ESQUIZOFRENIA-Sus-origenes-y-trat.pdf

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arévalo, J. y Vizcarro, C. (1989). Emoción expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. *Análisis y modificación de conducta*. Vol 15. Nº 43.

Barrigón, M.L., Rubio, J.L. y Ruiz-Veguilla, M. (2009). *Entrenamiento metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC)*. Volumen 6.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>.

Bobes, J., Giner, J. y Saiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Fundación española de psiquiatría y salud mental.

- Campero-Encinas, D., Campos-Lagrava, H., y Campero Encinas, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica*, 12(2), 32-37.
- Cardeillac, (2016). Cannabis y esquizofrenia: Revisión de la literatura de los últimos quince años. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(1), 33-44.
- Cardet Escalona, M., Álvarez Estrabao, O., & Reyes Vega, J. (2013). Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con la esquizofrenia. *Correo Científico Médico*, 17(2), 130-138.
- Castro, M.P., Perona, S., Senín, C. y Rodríguez, J.F. (2015). Relación entre trauma, disociación y síntomas psicóticos positivos. *Acción Psicológica*, 12 (2), 95-108.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García-García M, Reinares M, Torrent C, Goikolea JM, Banús S, Salamero M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: Validez y fiabilidad de la Escala Young. *Medicina Clínica*; 119(10):366-71.
- Corral, L., Labad, J., Ochoa, S., Cabezas, A., Valero, J. y Gutiérrez, J.A. (sin fecha). *Cuestionario de sesgos cognitivos* (Peters et al) versión española.
- Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 17(1), 5-13
- Espiño Díaz, I., & Ramos Ríos, R. (2015). Actualización en esquizofrenia ultrarresistente al tratamiento. Recuperado de: www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2018/03/Actualizaci%C3%B3n-en-esquizofrenia-ultrarresistente-al-tratamiento_opt.pdf#page=28

- Spitzer, R.L. (2016). *SCID-5-CV: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version*. Arlington: American Psychiatric Association. Print.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment*, 14, 485-495.
- Frías, Á., Palma, C., & Farriols, N. (2014). Neurocognitive impairments among youth with pediatric bipolar disorder: a systematic review of neuropsychological research. *Journal of affective disorders*, 166, 297-306.
- Fullana, MA., Tortella, M., Caseras, X., Andi6n, O., Torrubia, R., Mataix D. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory--revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005;19(8):893-903. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.10.004. Epub 2004 Dec 10. PMID: 16243637.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-R6ssler, A., Schultze-Lutter, F., ... & McGuire, P. (2013). The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 70, 107-120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
- García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2013). Ante el nuevo reto de identificar el s6ndrome negativo de la esquizofrenia. *Revista de psiquiatr6a y salud mental*, 6(4), 141-143. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.09.002>
- Gaviria, A., Queralt, G., Mart6nez, M., Novillo, L., & Salcedo, N. (2017). Alteraciones neurocognitivas en la esquizofrenia. An6lisis factorial. *Medicina UPB*, 36(2), 123-132. <https://doi.org/10.18566/medupb.v36n2.a04>

Generalitat de Catalunya. (s.f.). Consens per a la millora dels processos d'atenció a persones amb trastorn psicòtic incipient. Salut Integral Barcelona. Recuperado de https://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/salut-mental-adiccions/Consens-PAE-TPI-DEFINITIU.pdf

Editorial Desclée de Brouwer. (2009). Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana: Un manual de tratamiento. ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral-proquest-com.sabidi.urv.cat/lib/urv/detail.action?docID=3193994>].

Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The schedules for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.

Freund, N., García, P.R., Harkous, C.A., Brañas, A. y Pelaz, A. (2012). Caso Clínico. Estado mental de alto riesgo (EMAR). Vulnerabilidad genética y trauma infantil. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*.

Golden, C. J. (2020). STROOP. Test de Colores y Palabras – Edición Revisada (B. Ruiz-Fernández, T. Luque y F. Sánchez-Sánchez, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.

- Guízar Sánchez, Diana Patricia, Saracco Álvarez, Ricardo, & Fresán Orellana, Ana. (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud mental, 35*(4), 339-344.
- Gutiérrez Ciceri, C., Ocampo Saldarriaga, M. V., & Gómez Franco, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: Una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37*(1), 164-174. Bogotá, D.C., Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Haro, et al. (2003) The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*; 416: 16-23.
- Iraurgi, I. y Landabaso, M. (2001). Sintomatología positiva y negativa en trastornos psicóticos inducidos por sustancias. *Norte*. Vo. IV N° 11.
- Jufe, G. S. (2014). La esquizofrenia según el DSM-5. En Goldchluk et al. (Eds.), *DSM-5: Luces y sombras* (pp. 36-42). *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 113*, XXV.
- Kay SR, A. Fiszbein L, Opler A (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull 13*, 261-276.
- Kopelovich, M., & Romé, M. (2020). El grupo de las esquizofrenias en Bleuler. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/138019/CONICET_Digital_Nro.5ec7049a-e4e9-4eac-8c9f-b7000728e04b_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Lícea Amador, A. G., Robles Saavedra, D., Diaz Garfia, C. X., & Juárez Chávez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico De La Escuela Superior Tepeji Del Río, 6*(11), 34-39. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>

- Lindenmayer, J. P., Czobor, P., Alphas, L., Nathan, A. M., Anand, R., Islam, Z., & InterSePT Study Group. (2003). The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophrenia research*, 63(1-2), 161-170.
- López, M. D. S. M. (2004). Utilidad de la escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) en el seguimiento de enfermería en centro de salud mental. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (1), 8.
- Luchinger, M. M., Ojeda, P. S., & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza. com*, 8, 15-25.
- Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Godoy, A., & Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(2), 217-226.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219.
<https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a3>
- Nuechterlein, K., & Green, M. (2006). MCCB: matrices consensus cognitive battery *MATRICES Assessment*. Los Angeles.
- Ojeda N., Peña J., Bengoetxea E., García A. (2010) Rehacop: Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis. *Congreso virtual de psiquiatría*.
<https://psiquiatria.com/trabajos/19cof945441.pdf>.

- Ojeda N, Peña J, Bengoetxea E, García A, Sánchez P, Segarra R, et al. (2012). REHACOP: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis. *Revista Neurologia*; 54: 337-42.
- Organización Mundial de la Salud: CIE-10 (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ordoñez, N., Fonseca, E., Paino, M., García, L., Pizarro, J.P. y Lemos, S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo* Vol. 37(1), pp. 36-44.
- Parc de Salut Mar. (2018). Guía de primeros episodios psicóticos [Guía en línea]. Parc de Salut Mar. Recuperado de: https://www.parcdesalutmar.cat/media/upload/arxius/ETEP/guia_primers_episodis_psicotics.pdf
- Penadés, R. y Gastó, C. (2010). Las alteraciones neurocognitivas en la esquizofrenia. El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia (Ed.) (pàgs. 73-108). Herder.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53(1), 31-40.
- Perris, C., & McGorry, P. D. (2009). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico. Editorial Desclée de Brouwer. [Enlace del libro: <https://ebookcentral-proquest-com.sabidi.urv.cat/lib/urv/detail.action?docID=3194551>]

- Peters, E. R., Moritz, S., Schwannauer, M., Wiseman, Z., Greenwood, K. E., Scott, J., Garety, P. A. (2014). Cognitive biases questionnaire for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(2), 300–313. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs199>
- Rebolledo, S. y Lobato, M.J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Aula médica Ediciones.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271-276. doi: 10.2466/pms.1958.8.3.271.
- Román Viñas, B., Ribas Barba, L., Ngo, J., & Serra Majem, L. (2013). Validity of the International Physical Activity Questionnaire in the Catalan population (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 27, 254-257.
- Romé, M. y Kopelovich, M. (2019). La demencia precoz en Kraepelin. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/142589/CONICET_Digital_Nro.d0ee8086-effb-49a3-8eb7-a290d19b2e26_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Saiz Ruiz, J., Vega Sánchez, D. C. de la, & Sánchez Páez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
- Salazar, A.M. y Pereira, A.J. (2022). Esquizofrenia: más allá del etiquetamiento sintomático. Edición Miller Alejandro Gallego Cataño, Bogotá.
- Sandín, B. (2023). La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Editorial Sanz y Torres.

- Serrano, M.M., Serrano, M.C. y Serrano, M. (2012). Factores pronósticos en la esquizofrenia. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (11), 98-105.
- Spielberger, C. D., et al. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Tamlyn, D., McKenna, P. J., Mortimer, A. M., Lund, C. E., Hammond, S., & Baddeley, A. D. (1992). Memory impairment in schizophrenia: Its extent, affiliations and neuropsychological character. *Psychological Medicine*, 22, 101-115.
- Tizón, J. L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomà, M., Pérez, C., Pareja, F., Sorribes, M., Marzari, B., Quijada, Y., & Catalá, L. (2010). Psychosis and social differences: Comparing psychosis prevalence between two socially differentiated urban settings. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 193-218.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E. y Fernández, J. (2007). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Editorial Glosa.
- Wechsler, D., Uribe Ferirari, M. C., & Moreno Zarco, G. (2014). *Wais-IV: Escala Wechsler de inteligencia para adultos-IV: manual de aplicación*. México: El Manual Moderno.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978 Nov;133:429-35.
[doi: 10.1192/bjp.133.5.429](https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429). PMID: 728692.