



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Terapia de Focalización en alucinaciones persistentes: estudio de caso

Alumno: Juan José Imbernón Barbudo

Tutor: Prof. Dr. D. José Antonio Muela Martínez

Junio, 2018

Índice

Resumen	2
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Descripción de la demanda del cliente	7
Antecedentes históricos	7
Hipótesis surgidas en la entrevista y formulación de supuestos verificables	8
Técnicas de evaluación.....	9
Procedimiento	12
Objetivos	13
Resultados de la pre - evaluación.....	14
Intervención.....	19
Resultados de la post-evaluación.....	24
Seguimiento	28
Discusión	29
Referencias	33
Anexos.....	38

Resumen

Las experiencias psicóticas, como las alucinaciones, son fenómenos que ocasionan multitud de disfunciones en los distintos ámbitos de la persona que los padece. En muchos casos la medicación no consigue actuar sobre estos síntomas, lo que hace necesario la aplicación de tratamientos psicológicos. El objetivo de este estudio fue comprobar la eficacia de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales basadas en la *focalización y reducción de ansiedad* (Bentall, Haddock y Slade, 1994), sobre las alucinaciones de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia. Se tomaron medidas de sintomatología psicótica, alteraciones emocionales y calidad de vida. Tras la aplicación del tratamiento, se observó una mejora en la calidad de vida percibida por la paciente, así como una disminución en algunas dimensiones de su conducta alucinatoria y de los síntomas ansiosos y depresivos. Al final del presente trabajo se discuten los resultados y comentan posibles limitaciones del estudio.

Palabras clave: Focalización; Alucinaciones; Esquizofrenia.

Abstract

Psychotic experiences, such as hallucinations, are phenomena that cause different dysfunctions in distinct areas of the patients' life. In many cases medication fails to downregulate these symptoms, which makes the application of psychological treatments necessary. The aim of the present study was to verify the effectiveness of cognitive-behavioral techniques, based on the focus of hallucinations and reduction of anxiety (Bentall, Haddock y Slade, 1994), as a treatment for hallucinations of a patient diagnosed with schizophrenia. Measures of psychotic symptoms, emotional disturbances and quality of life were taken. After the application of the treatment, an improvement in the quality of life perceived by the patient was observed, as well as a decrease in some dimensions of hallucinations and in anxiety and depression symptoms. Results and limitations of the study are discussed at the end of the work.

Keywords: Focusing; Hallucinations; Schizophrenia.

Introducción

Las alucinaciones pueden definirse como un tipo de experiencia perceptiva que ocurre en ausencia de un estímulo apropiado, tiene la fuerza y el impacto de la percepción actual correspondiente, y no es sensible al control directo y voluntario de la persona que la experimenta (Slade y Bentall, 1988).

Las alucinaciones, concretamente, las auditivas, se han descrito en una gran variedad de trastornos psiquiátricos. Romme y Escher (1996) en un estudio con muestra de pacientes muy amplia, concluyeron que las alucinaciones auditivas se presentaban en el 53% de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia, en el 28% de los trastornos afectivos, en el 80% de los disociativos y en el 13% de los trastornos de personalidad.

También hay datos que demuestran que pueden aparecer en población general sin ningún diagnóstico psiquiátrico, concretamente, entre un 4 y 25% de la población informa haber presentado alucinaciones auditivas en algún momento de su vida (Perona-Garcelán, 2006). No obstante, tradicionalmente ha sido un síntoma asociado a la esquizofrenia. Se ha llegado a considerar como un síntoma de primer nivel en dicho trastorno en ausencia de patología orgánica (Morrison y Renton, 2001).

Sin embargo, al ser consideradas las alucinaciones auditivas como un síntoma dentro de un trastorno más general, hasta hace pocos años no se han empezado a desarrollar modelos y teorías específicas sobre las alucinaciones como proceso psicológico de pleno derecho, frente a la concepción tradicional de síndromes psiquiátricos. Así, diversos investigadores que estudian las alucinaciones como factor psicológico en sí mismo, han llegado a un consenso sobre su naturaleza. Entienden que las voces ocurren cuando la persona atribuye erróneamente su habla interna o eventos privados a una fuente externa al yo (Frith, 1995; Morrison, Haddock y Tarrier, 1995; Slade y Bentall, 1988). En este contexto, el término “habla interna” hace referencia al diálogo que una persona realiza consigo mismo para regular su propia conducta.

En favor de esta concepción existen evidencias como el hecho de que las alucinaciones auditivas tienden a asociarse con la subvocalización, ocurren de forma concurrente con el pensamiento verbal y tienden a bloquearse mediante tareas verbales simultáneas, como leer o hablar (Morrison y Renton, 2001; Perona-Garcelán, 2006).

Teniendo presente esta comprensión de las alucinaciones, se han desarrollado intervenciones psicológicas centradas en ellas como síntoma. En este sentido, aunque el tratamiento de primera elección para las alucinaciones, y en general para pacientes psicóticos, son los antipsicóticos, se ha demostrado que la farmacoterapia produce mejoras bastante limitadas (Cuevas-Yust, 2006; Lemos, Vallina, Fernández, Fonseca y Paino, 2011). Por un lado, actúan escasamente sobre los síntomas negativos, déficits cognitivos, funcionamiento social y calidad de vida. Además, muchos pacientes continúan presentando síntomas positivos persistentes y altas posibilidades de recaída, lo que resulta en un malestar continuo y discapacidad funcional (Gutiérrez, Ocampo y Gómez, 2008; Haddock, Slade, Bentall, Reid y Faragher, 1998). El grado de mejoría en los síntomas positivos en la esquizofrenia, tratados con antipsicóticos, es típicamente inferior al 20% (Lemos, 2011). Asimismo, casi el 4% de todos los esquizofrénicos que inicialmente responden a los medicamentos y continúan cumpliendo con la medicación son rehospitalizados cada mes, lo que conlleva un coste muy elevado para la sociedad. Hay muchas razones para la rehospitalización, pero un número importante proviene de la persistencia de alucinaciones auditivas y delirios (Sensky et al., 2000).

Por todos los motivos antes señalados, las intervenciones psicológicas se hacen necesarias y son ampliamente recomendadas como parte del tratamiento para personas que experimentan fenómenos psicóticos y más aún, cuando son refractarios a la medicación. Las alucinaciones, especialmente en la forma de “escuchar voces”, son una fuente frecuente de angustia e interferencia con el funcionamiento vital, lo que las convierte en un objetivo principal de las terapias psicológicas para la psicosis (Thomas et al., 2014).

En la actualidad, el tratamiento psicoterapéutico específico para las alucinaciones auditivas más destacado es la Terapia Integradora focalizada en las Alucinaciones, TIA (Jenner, Nienhuis, Wiersma, y Van de Willige, 2004; Jenner, 2017). Este programa integra técnicas procedentes de la Terapia cognitivo-conductual, terapia de sistemas, psicoeducación, formación en afrontamiento, rehabilitación y medicación. Sin embargo, desde el inicio, las intervenciones para las alucinaciones, dentro de un enfoque cognitivo conductual, se han clasificado en tres categorías dependiendo de las estrategias que siguen sus técnicas: las que fomentan la distracción de las alucinaciones, las que promueven focalizarse en las propias alucinaciones y las que persiguen una reducción de la ansiedad (Bentall et al., 1994; Slade y Bentall, 1988).

Lo primero a tener en cuenta es que las últimas mencionadas (las que enfatizan una reducción de la ansiedad), pueden integrarse con cualquiera de los otros dos enfoques por lo que no hay motivo para hacer una distinción especial. Sin embargo, los enfoques de distracción y focalización se podría decir que son mutuamente excluyentes, pues perseguir la distracción de un estímulo y al mismo tiempo prestarle atención es incompatible (y viceversa).

Varios autores en más de una ocasión han planteado la hipótesis de que la focalización tendría mayores beneficios a largo plazo en comparación con la distracción. Bentall et al. (1994) argumenta que las técnicas de distracción (por ejemplo, oír música o leer), aunque útiles para algunos pacientes, no producirían beneficios duraderos porque no abordan el desorden cognitivo fundamental implicado en las alucinaciones (la atribución errónea de eventos autogenerados a una fuente externa o ajena). De acuerdo con esta predicción, Nelson, Thrasher y Barnes (1991), en un estudio con veinte pacientes con alucinaciones crónicas, observaron que los beneficios de las técnicas de distracción generalmente eran de corta duración. Defendiendo además, que las técnicas de focalización, en las que existe un fuerte requerimiento para que los pacientes identifiquen sus voces como propias, tendrían más probabilidades de provocar cambios terapéuticos de larga duración, ya que este enfoque aborda directamente la causa supuesta de esta anomalía. A pesar de ello, Haddock et al. (1998), en un experimento en el que compararon la eficacia de ambos enfoques, encontraron una mejoría similar en cada uno de ellos en la gravedad de las alucinaciones. La diferencia fundamental recayó sobre la autoestima y la conciencia de enfermedad de los participantes, que se incrementaron sólo en el grupo de focalización. La autoestima disminuyó (con respecto al nivel previo) en el grupo de distracción. Hay que tomar con cautela estos resultados pues se trata de un estudio con muchas limitaciones y una muestra muy reducida.

En los últimos años, con el surgimiento de las “terapias de tercera generación”, se empieza a tener en cuenta una cuarta categoría (añadida a las tres previamente comentadas): la aceptación (y el compromiso) cuya bondad terapéutica se está comenzando a probar empíricamente. Podría argumentarse que, en cierta medida, la intervención de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso por sus siglas en inglés) en el campo de las alucinaciones auditivas es similar a la estrategia de focalización impulsada por Bentall y colaboradores (Bentall et al., 1994). El procedimiento propugnado por estos autores consiste en ir centrando la atención del paciente sobre diversos aspectos de las voces. Pues bien, lo que tendrían en

común ambos procedimientos (ACT y focalización) consiste en que los dos “evitan la evitación”. Focalizando la atención sobre diversos aspectos de las voces, es posible que se produzca también un cierto distanciamiento, pues se resalta el *proceso* más que el *contenido* de la alucinación (García y Pérez, 2001).

En el presente trabajo se toma un enfoque basado en la focalización similar al propuesto por Bentall et al. (1994). Este autor estudió a seis pacientes que presentaban alucinaciones auditivas resistentes a la medicación que se sometieron a una intervención psicológica basada en la focalización. El objetivo fue reducir la frecuencia de las voces y / o la angustia asociada a ellas mediante la atribución gradual de las voces a sí mismo. La intervención de focalización constó de las siguientes 3 fases. La primera, implicaba que los pacientes centraran su atención y discutieran la forma y las *características físicas de sus voces*. Cuando los pacientes se sintieron cómodos concentrándose en las características físicas de las voces, se les pidió que se centraran en su *contenido*. Luego se pasó parte de cada sesión discutiendo el contenido y relacionándolo específicamente con los pensamientos y sentimientos asociados. Finalmente, se prestó atención a las *creencias y pensamientos* de los pacientes sobre las voces. Tres de los pacientes mostraron evidencia de una disminución en la cantidad de tiempo dedicado a escuchar las voces, junto con una reducción en la angustia experimentada como consecuencia de las mismas. Ninguno de los pacientes experimentó un empeoramiento de los síntomas como resultado de la focalización.

Aunque como ya se ha dicho, existen intervenciones específicamente diseñadas para las alucinaciones y se está estudiando como síntoma aislado, no se puede obviar que generalmente forman parte de un cuadro más amplio de síntomas y sería difícil pensar en una intervención sobre las alucinaciones que no incluyese las actuaciones psicológicas diseñadas para esquizofrenia, en general con mayor soporte experimental. Destacan la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual (TCC), el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y el tratamiento asertivo comunitario. La adaptación de las terapias psicológicas a las psicosis ha cobrado impulso en los últimos 20 años y la eficacia de este tipo de intervenciones ha permitido su incorporación en las principales guías internacionales de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia (Perona-Garcelán, Cuevas-Yust, y Martínez, 2003; Perona-Garcelán, Gallach, Vallina y Santolaya, 2004).

En el presente trabajo se presenta un *estudio de caso* en el que se expone un procedimiento terapéutico de corte cognitivo-conductual con técnicas que enfatizan la focalización y la reducción de ansiedad, en una mujer con alucinaciones auditivas verbales diagnosticada de trastorno esquizofrénico.

Descripción de la demanda del cliente

La paciente (MJ, nombre supuesto) tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Actualmente, presenta alucinaciones auditivas y en ocasiones visuales. Ésta es la razón por la que busca asistencia psicológica, pues a pesar de estar tomando medicación antipsicótica, las voces persisten. Aparecen de manera recurrente y limitan su funcionamiento diario, creando disfunción y malestar. Como es lógico, el objetivo inicial de la paciente es conseguir la desaparición de dicha sintomatología alucinatoria, sin embargo, este objetivo se redefinió durante las sesiones.

Antecedentes históricos

MJ es una mujer de 41 años, casada desde los 28 (tras 3 años de convivencia con su pareja) y no tiene hijos. Es la menor de tres hermanas y cuenta con estudios primarios. Desde los 16 años de edad ha trabajado como limpiadora y cuidadora de ancianos y niños en diferentes viviendas, además de dedicarse a la recolección de aceituna en temporada. Cuando enfermó abandonó el trabajo y se ha mantenido en esta situación hasta la actualidad. Su actividad diaria se limita a realizar algunas tareas del hogar, aunque apenas puede completarlas todos los días ella sola. Muchos días su madre, que vive en el mismo bloque de edificios, le tiene que ayudar a limpiar, a cocinar y a realizar las compras.

Tras varios años de matrimonio sin conseguir quedarse embarazada, sobre el año 2006, la pareja decidió iniciar unos tratamientos de fertilidad. Los tratamientos resultaron ineficaces y MJ comenzó a sentirse cada vez más desmoralizada, incluso sus familiares la notaban “diferente”. Finalmente, abandonaron los tratamientos en 2009, MJ se encontraba muy desanimada y según su madre “se vino tanto abajo, se quedó como que no existía en el mundo, hubo un cambio radical”. Poco tiempo después, el día de su 33 cumpleaños (en 2009), en torno a las 20:00 horas MJ le dijo a su marido que iba a salir a comprar el pan. A las 23:00 horas aproximadamente MJ no había vuelto, ante la preocupación de todos, el marido confesó a la madre que MJ llevaba un tiempo cada vez más “rara”, decía cosas sin

sentido y refirió estar oyendo voces. Los familiares y el marido salieron en su búsqueda y la encontraron al cabo de unas horas en otra zona de la ciudad muy alejada de su casa andando sola. Aunque su marido quiso llevarla al hospital, los padres se negaron. A la mañana siguiente acudieron a los servicios ambulatorios de salud mental.

Actualmente, sus padres y marido tienen la firme creencia de que los tratamientos de fertilidad causaron la enfermedad de MJ, no solamente su reacción ante la ineficacia de los mismos y el estrés al que estuvo sometida por ello, sino que los efectos biológicos generados fueron los responsables.

A partir de este momento, MJ ha asistido a consulta de diferentes psiquiatras. Desde el inicio de la enfermedad no ha precisado ingreso hospitalario, el curso de la misma se ha mantenido estable, ni empeoramiento pronunciado de los síntomas, pero persistiendo de forma continua los fenómenos alucinatorios.

Cuenta con antecedentes familiares de esquizofrenia, todos por parte materna: una tía, un primo, un primo de su madre y el hijo de éste. No presenta otras afecciones médicas, salvo algo de sobrepeso originado tras los tratamientos de fertilidad. Dejó de fumar hace un año.

Hipótesis surgidas en la entrevista y formulación de supuestos verificables

A continuación se describen los cuatro tipos de supuestos hipotéticos que se pueden formular en Evaluación Psicológica y la deducción de enunciados verificables que se extraen de ellos, según Fernández-Ballesteros (2004):

- Hipótesis de semejanza: MJ presenta algunos síntomas compatibles con el trastorno esquizofrénico. Por tanto, la paciente debería obtener una puntuación en la *Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)* que indique la posible presencia de trastorno, dado que dicha escala es utilizada para la realización del diagnóstico de este trastorno.
- Hipótesis de cuantificación: MJ presenta alucinaciones auditivas de alta frecuencia e interferencia, y una idea delirante de baja frecuencia e interferencia por lo que la paciente debería obtener puntuaciones altas en la subescala de alucinaciones, y bajas o intermedias en la subescala de delirios, de la *Escala de Valoración de los Síntomas*

Psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS), ya que dicha escala se utiliza para la evaluación concreta de estos síntomas.

- Hipótesis de asociación predictiva: las alucinaciones auditivas se relacionan con alteraciones emocionales (Apiquian et al., 2001; Cuevas-Yust, 2006), de calidad de vida (Pinikahana, Happell, Hope y Keks, 2002; Urizar y Giráldez, 2008) y de conciencia de enfermedad (Haro, Ochoa y Cabrero, 2001). Por tanto MJ debería obtener puntuaciones altas en la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital anxiety and Depression Scale, HADS)*, bajas en la *Escala de Calidad de Vida de la OMS abreviada (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF)* y altas en la *Escala de evaluación del insight (Scale Unawareness of mental disorders, SUMD)*.

- Hipótesis de relación funcional: Dadas las características de MJ, se espera que una intervención basada en la focalización atencional de sus alucinaciones incrementará su tolerancia a las mismas, dando lugar a una mejora de la calidad de vida percibida, pudiendo además conllevar una disminución de las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). En última instancia se esperaría encontrar una mejoría en la topografía de las alucinaciones.

Técnicas de evaluación

Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS; Overall y Gorham, 1962). Tiene como objetivo valorar el estado mental actual del paciente. Se diseñó con objeto de valorar rápida y eficientemente los cambios producidos en pacientes psicóticos, aunque también se ha utilizado para el diagnóstico y para la clasificación sindrómica de este cuadro (subtipificación del trastorno esquizofrénico). Consta de 18 ítem con un rango de puntuaciones desde 0 (ausencia del síntoma) a 4 (muy grave). El marco de referencia temporal que normalmente se utiliza son los días previos a la entrevista (1 semana) y su aplicación se realiza a través de una entrevista semiestructurada. Proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos subapartados: síntomas negativos (retraimiento emocional, enlentecimiento motor, aplanamiento afectivo y desorientación) y síntomas positivos (desorganización conceptual, suspicacia, alucinaciones y contenido inusual del pensamiento). Se trabajó con la versión española de Sánchez, Ibáñez, y Pinzón (2005).

Escala de Valoración de los Síntomas Psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999). Evalúa distintas dimensiones de las alucinaciones auditivas y de los delirios (frecuencia, duración, gravedad e intensidad del estrés, controlabilidad, volumen, localización, contenido negativo y grado del mismo, creencias sobre el origen de la voces y perturbación). Cuenta con 17 ítem, es heteroaplicada y puntúa en una escala de 5 grados, donde 0 representa la ausencia del aspecto evaluado y 4 su grado máximo. No existen puntos de corte descritos, a mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas. Se trabajó con la versión española de González, Sanjuan, Cañete, Echanove y Leal (2003).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital anxiety and Depression Scale, HADS; Zigmond y Snaith, 1983) Es una prueba diseñada principalmente para valorar el grado en que la enfermedad principal que padece el paciente afecta a su estado emocional. Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que puntúan de 0 a 3. Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico. Se trabajó con la validación española de Herrero et al. (2003).

Escala de Calidad de Vida de la OMS abreviada (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998) proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español. La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 (versión extendida) y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert orientadas en una dirección positiva (a mayor puntuación, mayor calidad de vida) y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Cada área o dimensión puntúa de forma independiente y cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. La

prueba debe ser autoadministrada y el tiempo de referencia que contempla es de dos semanas previas. Se trabajó con la versión española de Lucas (1998).

Escala de evaluación del insight (Scale Unawareness of mental disorders, SUMD; Amador y Strauss, 1990) fue diseñada para valorar la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos, aunque también ha mostrado su utilidad en otros tipos de patologías. Es una escala estandarizada que se puntúa sobre la base de una entrevista semiestructurada directa con el paciente. Existen dos partes: La primera está formada por tres ítems que evalúan la conciencia de sufrir un trastorno mental, los efectos de la medicación y las repercusiones sociales de la enfermedad. Se valora mediante una escala tipo Likert de 6 puntos y que puntúan 0 = “no relevante” y entre 1 = “conciencia” y 5 = “No conciencia” (las puntuaciones intermedias de 2 y 4 no llevan etiqueta). La segunda evalúa dos aspectos: el nivel de conciencia y la atribución de 6 síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad). La evaluación se lleva a cabo con el mismo tipo de escala Likert que en el apartado anterior. Debe tenerse en cuenta que para valorar la atribución de un síntoma sólo deberían considerarse aquellos ítems de los que se tiene conciencia de enfermedad (puntuación en conciencia de enfermedad entre 1 y 3 puntos). Se trabajó con la versión española de Ruiz et al. (2008).

Diario de voces (autorregistro diseñado para este estudio). El diseño original de autorregistro pretendía registrar cada momento en que apareciera una voz, pero debido a las características específicas de las voces de MJ, que refiere escuchar continuamente, se hizo de la siguiente manera: al finalizar cada sesión, se le proporcionaba a MJ un nuevo autorregistro en blanco con los días de la semana en la cabecera (*Anexo 1*), su tarea consistió en marcar una “X” en la columna correspondiente al día en que se encontrase cada vez que apareciera la voz valorada como más angustiosa (que mayor ansiedad produce).

Formulación general de las voces (autorregistro diseñado para este estudio). La ficha, está formada por 4 columnas a completar: la primera (nº) hace referencia al número del suceso simplemente para constatar que se trataba de diferentes voces, la segunda (¿Quién es?) se refiere a qué o a quién representa esa voz, la tercera (¿Qué suele decirme?) explora la temática principal de que trata esa voz y la última (ansiedad 0-10) hace referencia al grado de ansiedad de 0 a 10 que le genera escuchar esa voz.

También se llevó a cabo un *registro* en cada consulta sobre cuánto le habían interferido o molestado las voces la semana previa. Simplemente MJ tenía que hacer esta valoración en una escala de 0 a 10 (donde 0 es nada y 10 lo máximo) al principio de cada sesión.

Entrevista con la paciente destinada a recabar información sobre su historia vital, desarrollo de enfermedad, intereses y otros aspectos relacionados con la enfermedad que los instrumentos no contemplan.

Entrevista con la madre destinada a recabar información sobre los mismos aspectos que en la entrevista a la paciente con el fin de corroborar dicha información y tener en cuenta las discrepancias. Además se establecieron dos puntos de referencia en una escala de 0 a 5 donde cero fuera el peor momento de la enfermedad de su hija y 5 el mejor.

Entrevista con la psiquiatra destinada a recoger aspectos relacionados con la medicación de MJ y poner en común los resultados la evaluación.

Procedimiento

El contacto con la paciente se produjo a través de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Jaén Sur, donde también se llevaron a cabo todas las sesiones del estudio. El proceso de selección tuvo lugar de la siguiente manera: En primer lugar se explicó a una de las psiquiatras de este centro el trabajo que se pretendía hacer, desglosando las fases del programa de intervención, entonces del conjunto de pacientes que están bajo su atención, ella seleccionó a quien según su opinión, podría beneficiarse y tener mayor predisposición a participar. Una vez la psiquiatra lo comentó con su primera candidata (MJ), el investigador de este trabajo se reunió con ella para explicarle qué es lo que se pretendía llevar a cabo y proponerle participar. Tras esto, a MJ se le administró un consentimiento informado (*Anexo 2*) y se explicó más detalladamente en qué iba a consistir el trabajo que íbamos a realizar conjuntamente en las próximas semanas, así como la duración prevista y lo que se pretendía conseguir. Los objetivos establecidos fueron los siguientes:

- Objetivo general:

Tomando como punto de partida la hipótesis de relación funcional enunciada, el objetivo principal del programa es incrementar la tolerancia a la presencia de voces de manera que la persona pueda experimentar mayor bienestar y mejor funcionamiento diario.

- Objetivos específicos:

1. Que tras la intervención, incrementen las puntuaciones en la *Escala de Calidad de Vida de la OMS abreviada (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF)*.
2. Que tras la intervención, disminuyan las puntuaciones en la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital anxiety and Depression Scale, HADS)*.
3. Que tras la intervención, disminuyan las puntuaciones en la *Escala de evaluación del insight (Scale Unawareness of mental disorders, SUMD)*.
4. Que tras la intervención, disminuyan las puntuaciones en la *Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)*.
5. Que tras la intervención, disminuyan las puntuaciones en la *Escala de Valoración de los Síntomas Psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS)*.

Una vez MJ se mostró conforme con la propuesta realizada, comenzó el proceso, al que se hará referencia como intervención y donde también se incluyen las fases de evaluación.

La intervención contó con un total de 13 sesiones, de una hora aproximada de duración, una vez por semana, por lo que se extendió a lo largo de 4 meses aproximadamente. En la tabla 1 se resume el programa de intervención, las sesiones en las que tuvieron lugar cada una de las fases y una breve descripción de las mismas. Como se aprecia en la tabla, la transición de una fase a otra fue gradual a través de las sesiones.

Tabla 1. Descripción del programa

Fase de Intervención	Sesiones	Descripción (técnicas/procedimiento)
Pre-evaluación	1 - 2	Entrevista a la paciente, entrevista a la madre, entrevista a psiquiatra y administración de instrumentos: BPRS, PSYRATS, WHOQOL-BREF, HAD, SUMD, autorregistros.
Relación terapéutica	1 - 2	Contextualización o normalización de la experiencia, temas neutros y Principio de las 2 realidades.
Psicoeducación	3	Epidemiología, síntomas, factores., modelo de vulnerabilidad - estrés
Focalización	4 - 5	1º Características físicas de las voces 2º Contenido de las voces 3º Pensamientos y suposiciones relacionados con las voces
Reducción de ansiedad	6 - 10	Exposición en imaginación a las voces
Post-evaluación	11 - 12	Entrevista a la paciente, entrevista a la madre, entrevista a psiquiatra y administración de instrumentos: BPRS, PSYRATS, WHOQOL-BREF, HAD, SUMD, autorregistros.

Resultados de la pre - evaluación

A continuación se presentan los resultados de la pre-evaluación que tuvo lugar en las 2 primeras sesiones. Las puntuaciones concretas en cada instrumento se detallan en el *Anexo 3*.

La *Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS; Overall y Gorham, 1962)* indicó la presencia de trastorno leve o “caso probable” (13). La puntuación para los **síntomas negativos** fue baja (4). Derivada de un aislamiento emocional leve (1), ocasionalmente no hace comentarios recíprocos, parece preocupada o sonríe de manera forzada, pero se involucra espontáneamente con el entrevistador la mayor parte del

tiempo. MJ presenta un enlentecimiento motor moderado (2) con unos movimientos corporales y del habla reducidos en comparación con la mayoría de personas, un embotamiento afectivo leve (1), el rango emocional es reservado pero muestra expresiones faciales y un tono de voz apropiados que se encuentran dentro de los límites normales. Por último, no se encontraba desorientada ni confusa (0).

Por su parte, la puntuación para los **síntomas positivos** fue mayor (6), producto principalmente de la presencia muy grave de alucinaciones (4) presentes durante todo el día, con contenido desagradable e interfiriendo en la mayoría de áreas de funcionamiento. También existe en ocasiones un contenido inusual del pensamiento (2) con gran convicción, sin interferencia con su funcionamiento. No existen desorganización conceptual (0) ni suspicacia (0).

Con respecto al resto de áreas evaluadas, cabe mencionar la existencia de un humor depresivo moderado (2) sintiéndose MJ triste o infeliz frecuentemente pero capaz de funcionar si se esfuerza en ello. La ansiedad psíquica era leve (1), informes de algo de molestia debida a preocupaciones no excesivamente frecuentes pero algo más que en la mayoría de personas. Las demás áreas se mostraron ausentes: Preocupación somática (0), Autodesprecio y sentimientos de culpa (0), Tensión-ansiedad somática (0), Manierismos y posturas extrañas (0), Grandeza (0), Hostilidad (0), Falta de cooperación (0), Excitación (0).

La *Escala de Valoración de los Síntomas Psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS)* confirmó la presencia de alucinaciones. MJ informó de que escuchaba 4 tipos de voces diferentes. Las voces aparecían en primera, segunda y tercera persona (por ejemplo: “soy muy malo”, “te vas a enterar”, “él es bueno”), ocurrían todos los días con una frecuencia continua, constante durante todo el día (4) y por tanto una duración máxima (4). MJ las situaba unas ocasiones dentro de la cabeza y otras fuera pero cerca de los oídos (2). Consideraba que la intensidad de las voces era más baja que su propia voz, sin llegar a ser susurros (1). Atribuía su origen solamente a causas externas, 100% de convicción (4). El contenido de las voces era de carácter negativo y desagradable mayoritariamente (3) y de alto grado, ya que implicaban amenazas personales, por ejemplo dañar al yo o a la familia (4). Informó de que se presentaban igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes (2), siendo muy angustiantes en cuanto a intensidad, aunque admite que podría sentirse peor (3). La interferencia que las voces provocaban en la vida del paciente era también de cantidad moderada (2), llegando a causar perturbación en sus responsabilidades diarias y relación con

otras personas. Creía, tener algún control sobre las voces pero solo ocasionalmente, la mayoría de las veces eran incontrolables (3). Además de auditivas, las alucinaciones también se presentaban en la modalidad visual, siendo su topología similar a la modalidad auditiva. MJ refiere que la mayoría de las veces que oye voces simultáneamente ve la imagen de quién provienen, por tanto son poco menos frecuentes que las auditivas.

Por otra parte, en cuanto a la evaluación de delirios, MJ presenta una creencia irracional que podría catalogarse de idea delirante. Concretamente, en el momento de la evaluación, MJ mantiene la convicción plena de que existe un espíritu maligno que escoge a una persona de cada provincia, totalmente al azar, para provocarle “lo malo que le va a pasar a ella”, esto es, que su marido la va a asesinar y luego se suicidará. Entonces MJ entiende que las voces que percibe son producidas por dicho espíritu, tanto las que le avisan de lo que le va a suceder como las que no. Sin embargo, refiere pensar en ello menos de una vez a la semana (0), durante unos pocos segundos (0), provocándole angustia ligera (1) en unas pocas ocasiones (1). Y, a pesar de que presenta un 100% de convicción de que su creencia es auténtica y verdadera (4), no trastorna su vida (0).

La *escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)* mostró altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Concretamente las puntuaciones obtenidas para la subescala de ansiedad y depresión fueron de 14 y 12 respectivamente, de un máximo de 21 para cada una. Siguiendo los criterios establecidos en este instrumento, el caso de esta paciente sería considerado como problema clínico tanto en depresión como en ansiedad. Sin embargo, teniendo en cuenta que esta escala fue diseñada para valorar cómo afecta una enfermedad predominante al área emocional, se podrían interpretar estos resultados como que en el momento de la evaluación, los síntomas predominantes y que causaban un mayor malestar, es decir las alucinaciones auditivas, provocaban además un gran malestar emocional reflejado en las altas puntuaciones depresivas y ansiosas.

La *Escala de Calidad de Vida de la OMS abreviada (WHOQOL-BREF)*. Es interesante mencionar que a la pregunta previa de ¿En la actualidad, está enferma? MJ contestó: “Sí”. Y a la de “Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?, MJ contestó: “Escucho Voces”. Las puntuaciones se registran mediante una escala tipo Likert de 0 a 5, y orientadas en una dirección positiva (a mayor puntuación, mayor calidad de vida). En las 2 preguntas globales que incluye la escala, calidad de vida global y Salud general, las

puntuaciones fueron 2 y 2 respectivamente. En cuanto a las puntuaciones en las 4 dimensiones de calidad se han transformado a una escala de 0-100 siguiendo los baremos del propio manual del instrumento. Así pues, las puntuaciones de las dimensiones de Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente fueron de 31, 13, 19 y 25 (sobre 100) respectivamente. En general las puntuaciones muestran una calidad de vida baja, a excepción de 3 ítems puntuados con un 4, todos los demás fueron puntuados en 2 o 1.

La escala de evaluación del insight (Scale Unawareness of mental disorders, SUMD) reflejó una conciencia global de 10 (donde 15 sería una ausencia completa de conciencia y 3 conciencia plena), por tanto MJ presenta una escasa conciencia global de enfermedad. En cuanto a la subescala de conciencia de síntomas la puntuación fue de 3, es decir, conciencia intermedia. Esta puntuación es producto de que hay síntomas que tiene conciencia de poseer, como las alucinaciones (1), la anhedonia (1) y el embotamiento afectivo (2) y otros para los que no existe tal conciencia como los delirios (5), trastorno del pensamiento (5) y asociabilidad (4). Dentro de los síntomas para los que presentan una conciencia entre plena (1) e intermedia (3), se evalúa la atribución que hace de ellos. Así pues, para las alucinaciones no hace atribución ninguna a la enfermedad (5) y una atribución intermedia (3) para anhedonia y embotamiento afectivo.

Formulación general de las voces (autorregistro diseñado para este estudio): A continuación, en la tabla 2 se representa dicho registro realizado por MJ, las voces se encuentran ordenadas de mayor a menor frecuencia.

Tabla 2. Formulación general de las voces de MJ

Nº	¿Quién es?	¿Qué suele decirme?	Ansiedad (0 – 10)
1	Marido	Avisa, me hace reír, llorar, habla sobre el día a día	8
2	Música	Música variada	1
3	Abuela	Avisa	7
4	Niños	Risas	5

Es necesario especificar que cuando MJ escribe “marido” o “abuela” hace referencia a una voz que es similar a la de estos familiares pero que “no es la de ellos”. Afirma que siempre puede diferenciar cuando se trata de una voz real o de una de “estas voces”. Cuando

emplea la palabra “avisa” hace referencia a cuando le hablan de “lo malo que le va a pasar”. Utiliza frecuentemente esta expresión (“lo malo que me va a pasar”) para referirse a una serie de acontecimientos que las voces (principalmente la del marido) le dicen que va a sufrir. De forma resumida, le dicen que su marido la va a matar y después se matará él.

Registro semanal del malestar o interferencia causada por las voces: La puntuación total del malestar experimentado es de 21, resultado de sumar la puntuación de cada voz (8, 7, 5, 1).

Entrevista con la paciente: Además de lo especificado en el apartado de Antecedentes históricos, de la entrevista se extrajo más información. En los primeros momentos de la enfermedad, el impacto de las alucinaciones en MJ fue máximo. MJ no hablaba prácticamente en todo el día, ya que estaba totalmente pendiente al contenido de las voces y éstas estaban presentes en todo momento. Se podría decir que las voces captaron por completo la atención y la energía de MJ. Además, su convicción de que esas voces eran reales era absoluta y por tanto obedecía su contenido. Lo que representaban las voces y su contenido ha sido igual desde el inicio hasta el momento de la evaluación. Destacando la que representa a su marido, mucho más frecuente que el resto, incluyendo en bastantes ocasiones el contenido más desagradable que le especifica con gran detalle cómo será su muerte y la de su marido. Le dice que todo esto tendrá lugar un sábado por la noche, lo que provoca que este día todas las semanas sea el más angustioso para MJ y cuando peor es el contenido de las voces.

En la actualidad, MJ afirma haber aprendido a “vivir con las voces”, ya no consiguen que esté callada todo el día, absorba en ellas y obedeciendo lo que le dicen. Sin embargo, sí continúan provocándole ansiedad, sobre todo la que representa a su marido, manteniéndola inactiva gran parte del día. Señala que son las culpables de que su vida haya cambiado drásticamente y esté tan limitada.

Entrevista con la madre: Aquí se registró la concordancia entre las percepciones que MJ y su madre tienen sobre el problema de MJ. La madre señala además, que antes de la enfermedad, su hija era una persona muy extravertida y alegre, dedicaba su tiempo libre a salir con su marido y amigos y a la costura. Tras la enfermedad dejó de salir, sus redes sociales disminuyeron y abandonó la costura. En último lugar, se le pidió que en una escala de 0 a 5 donde 0 fuera el peor momento de la enfermedad de su hija y 5 el mejor, intentara identificar y recordar esos dos extremos. El peor momento lo sitúa en las dos primeras

semanas, y el mejor, en torno a una época del año pasado cuando compraron una casa en el campo, tras lo cual volvió de nuevo a un estado de ánimo un poco más bajo.

Entrevista con la psiquiatra: Aquí se registró el tratamiento farmacológico que recibe MJ actualmente, éste lo componen dos antipsicóticos (Aripiprazol 15mg/día, Risperidona solución 2cc/día) y un ansiolítico opcional (Ketazolán 15 mg si precisa). Anteriormente también tomaba un antidepresivo (Fluoxetina 40 mg/día) retirado desde hace un año. Se informa que la medicación ha permitido atenuar su sintomatología y estabilizarla, pero no ha actuado sobre las alucinaciones auditivas, ya que solamente consiguió bajar su volumen. Como indica la psiquiatra el caso de MJ no es uno de los casos de “psicosis” con una sintomatología extremadamente grave, en ella no existe un gran distanciamiento de la realidad, posee un contacto interpersonal adecuado y preserva en gran medida sus capacidades cognitivas. Sin embargo, señala que las alucinaciones generan interferencia en la vida de MJ y le provocan alteraciones emocionales, opinando que un abordaje psicológico de las mismas podría aportarle grandes beneficios de salud y calidad de vida.

Tras observar estos resultados, se corroboran las hipótesis de semejanza, de cuantificación y de asociación predictiva, y queda formulada la hipótesis de relación funcional. Así, los resultados de evaluación obtenidos apoyan la idoneidad de la intervención propuesta. A continuación se describe detalladamente dicha intervención.

Intervención

Existen algunos elementos comunes a todas las sesiones, en primer lugar se exploraba cómo se encontraba la paciente, posibles eventos, cambios o hallazgos que quisiera mencionar, a continuación se revisaban las tareas para casa, y al final de la sesión se proponían nuevas tareas para casa. Entre las tareas siempre se incluía el autorregistro (diario de las voces), en ocasiones se acompañaba de alguna otra actividad, y más adelante se añadió la práctica de exposición en imaginación.

Las dos primeras sesiones, además de para la **pre-evaluación** (administración de instrumentos y recabar información relevante), se destinaron a establecer una buena **relación terapéutica**, que tan imprescindible es con este tipo de pacientes (Morrison y Barratt, 2010). De esta forma, se habló de temas neutros y se contextualizaron las experiencias de MJ. Y lo más importante, se presentó el *principio de dos realidades*, propuesto en la terapia

integradora focalizada en las alucinaciones (Jenner et al., 2004, Jenner, 2017), con el objetivo de evitar que los pacientes que escuchan voces se sientan ignorados o invalidados cuando el terapeuta duda de la realidad de sus experiencias alucinatorias. Se planteó desde el inicio de la terapia que existen dos realidades, una de las cuales es la del paciente, a quien se considera un experto en la escucha de voces aceptando desde el primer momento las alucinaciones auditivas como experiencias reales. La otra realidad es que “yo” no escucho realmente las voces. Cuando los pacientes aceptan esta propuesta de dos realidades en la que ellos son unos “expertos con experiencia” también aceptan de forma indirecta las responsabilidades que implica este cargo. Entre ellas, enseñar al terapeuta cómo es su percepción con total lujo de detalles, mejorando así la colaboración y el cumplimiento de las tareas para casa.

En la segunda sesión se le dedicó un tiempo extra al autorregistro realizado como tarea para casa pues suele tener unos efectos paradójicos. MJ vino sorprendida porque cuando realizó el esfuerzo atencional de registrar la voz preescrita, ésta apareció con bastante menos frecuencia que la semana previa. Como estaba previsto, se le explicó el efecto psicológico producido: cuando intentamos no pensar en algo, evitar que un evento privado tenga lugar o sacarlo de nuestra cabeza, suele coger más fuerza y presentarse en mayor medida provocando mayor angustia. Sin embargo cuando perdemos mínimamente el miedo a que aparezca o incluso deseamos que se presente, paradójicamente se hace menos frecuente, “pierde fuerza”. Para potenciar su comprensión, se realizó el *ejercicio del oso blanco*: se le dijo repentina y repetidamente “¡no pienses en un oso blanco, por nada del mundo pienses en un oso blanco! Inmediatamente MJ soltó una carcajada evidenciando que había comprendido lo que había ocurrido esa semana con el autorregistro. A la vez sirvió para que empezara a entender la filosofía que se pretendía instaurar, perdiendo el miedo a que aparezcan las voces y dejando de querer evitarlas éstas perderían fuerza (generando menos malestar e incluso siendo menos frecuentes o no tan negativas). Además fue una manera de que momentáneamente viera un cambio simple y rápido, fortaleciendo la adherencia a terapia.

El siguiente componente de la intervención fue la **psicoeducación**, introducido en la tercera sesión. Se realizó de una forma poco directiva, primero se indagaba el conocimiento que MJ tenía sobre cada temática y después se le proporcionaba la información de forma ilustrativa mediante una presentación por ordenador para también romper con algunas creencias y prejuicios formados en torno a la enfermedad.

El primer tema a tratar fue la *epidemiología*, se facilitaron datos de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia y se compararon con la de otras enfermedades como Diabetes, Alzheimer, Esclerosis múltiple y Distrofia muscular, comúnmente (y MJ en particular) pensadas como más presentes en la población. El siguiente tema que se abordó fue la *tipología de síntomas* en esquizofrenia propuesta por Liddle (1987). De forma general, se presentó la distinción entre síntomas positivos donde se incluirían alucinaciones y delirios, síntomas negativos donde se destacan aplanamiento afectivo, alogia, avolición y anhedonia/asociabilidad y por último, síntomas desorganizados que incluirían trastornos formales del pensamiento, conducta extravagante y afecto inapropiado. Después se informó sobre *etiología*. Teniendo presente el desconocimiento que existe sobre esta enfermedad, sí hay algunos datos que se conocen. La influencia genética juega un importante papel en la vulnerabilidad a desencadenar esta enfermedad (así como factores de personalidad, evolutivos, etc.) pero sobre todo se hizo mucho hincapié en el papel del estrés como factor precipitante. Se presentó una gráfica que representa claramente el modelo de vulnerabilidad-estrés. Este apartado fue en el que más énfasis se hizo y justificó la realización de un ejercicio en la siguiente sesión dedicado a evaluar posibles estresores actuales en la vida de MJ.

El ejercicio consistió básicamente en que MJ redactara una lista con las cosas que ella consideraba que le estresaban actualmente. A continuación, se le pidió que escribiera al lado qué ocurría con las voces en esos momentos de estrés (por muy leves que fueran). La respuesta fue clara, “aumentan y me dicen cosas más malas”. Así se estableció una conexión personalizada entre el estrés y las alucinaciones. Esto permitió reforzar la psicoeducación y realizar un análisis funcional muy básico (*Anexo 4*) que justificaba el tipo de intervención.

En este momento comenzaron a introducirse ejercicios cuyo principal objetivo fue la **focalización**. De la misma manera que hizo Bentall et al. (1994), frecuentemente se realizaron saltos de una etapa a otra según las necesidades de la paciente. Cuando MJ fue consciente del grado de implicación que se necesitaba y el detalle con el que se iban a tratar las voces, se mostró un poco reticente pues admitía nunca haber hablado con tanta profundidad del tema. Para que comprendiera el motivo y la necesidad de hacerlo se empleó *el símil de las heridas y el agua oxigenada*. Se explicó que muchas veces para curar una herida se echa agua oxigenada, que escuece pero sana, en este caso tratar en profundidad las voces (focalización) y la exposición en imaginación sería el agua oxigenada y la herida obviamente las alucinaciones. A partir de aquí MJ se mostró plenamente colaborativa.

En la primera parte de la focalización se pretende que la paciente se centre en las *características físicas de las voces* básicamente describiendo diferentes parámetros como número, volumen, tono, acento, sexo aparente del que habla y ubicación en el espacio. Para potenciar el efecto de esta fase se incluyó un ejercicio que consistió en dibujar la forma que tendría la persona principal que le habla, lo que no resultó especialmente difícil ya que en ocasiones también eran visuales. El siguiente paso, o 2º fase, consistió en abordar el *contenido de las voces*. Como se explicó en apartados anteriores, muchos de los instrumentos y formas de evaluación se diseñaron y se administraron para que en sí mismos fueran una forma de focalización, es decir, como parte de la intervención. Ejemplo de esto es el instrumento PSYRATS, y autorregistro de formulación general de las voces, que habían servido para empezar a tratar las características físicas y el contenido de éstas. El siguiente ejercicio de la segunda fase consistió en verbalizar el contenido específico de cada voz, para después pasar a escribirlo en papel literalmente, tal y como MJ lo percibe. Estas 2 primeras fases transcurrieron entre la cuarta y quinta sesión.

La última parte de la focalización se utilizó para explorar *creencias y pensamientos sobre las voces*. Esta fase se llevó a cabo de forma algo diferente a Bental et al. (1994). Mientras que estos autores le dieron un enfoque más parecido a una reestructuración cognitiva, donde el objetivo era cambiar las creencias desadaptativas formadas en torno a las voces, aquí se empleó un enfoque menos directivo alejado por completo del desafío directo de sus creencias. En los momentos en que se mencionaban ese tipo de creencias simplemente se hacían preguntas abiertas que provocaran en MJ alguna duda y la animaran a seguir preguntándose y cuestionándose a sí misma. Así se prolongó de forma espontánea hasta la sesión 10. El principal objeto de esta fase fue la creencia formada en torno a la causa de las voces, sobre un espíritu maligno que la eligió por azar y se las provoca. Cuando manifestaba alguna duda y no mantenía la creencia al 100%, se potenciaba esta duda animándole a buscar pruebas en contra y a favor de que fuera la enfermedad y no el espíritu el responsable de sus alucinaciones. Otra forma de abordarlo fue mantener silencio y que MJ comentara en voz alta lo que le decían en ese momento. Después se exploraban las similitudes de ese contenido con experiencias internas (pensamientos, sentimientos, miedos, deseos, opiniones...). Para seguir potenciando esa atribución de las voces a sí misma y no al exterior, se relacionó la lista de estresores que redactó MJ, donde predominaban miedos anticipatorios, con sus voces más angustiantes que le avisaban de que algo malo iba a suceder. Así, MJ observó una relación y una similitud clara entre eventos que consideraba propios (estresores) y ajenos (voces).

También se le animó a diferenciar las características de las alucinaciones y las sensaciones externas, por ejemplo, a diferencia de una voz real, la alucinación no disminuye ni cambia de dirección a medida que uno se mueve, ni tiene eco o se altera en habitaciones pequeñas.

Se detectó otra creencia desadaptativa en torno al pronóstico: MJ a menudo pensaba que las voces podrían cesar algún día, que tal y como le aparecieron se marcharían. Con respecto a esta creencia hubo más directividad, explicándole que esa posibilidad es mejor no contemplarla, es muy poco frecuente que esto suceda y se estableció una frase que repetir cuando se ponía de manifiesto esa creencia: “Es muy probable que esté toda mi vida escuchando voces, y voy a aprender a vivir con ellas”.

MJ también tenía la percepción de que las voces eran una barrera gigante en su vida, otorgándoles mucho poder. A la pregunta “¿Qué has dejado de hacer por las voces?”, respondió: “vivir”. Inmediatamente se le dio una hoja de papel y se pidió que escribiera todo eso a lo que se refería con “vivir”. Escribió 2 cosas, dejar de trabajar y de salir los sábados con su marido, aunque levemente, sirvió para que tomara conciencia de que las voces no tenían tanto poder como creía. Para trabajar sobre esta creencia, en lugar de generar creencias alternativas más adaptativas, se realizó un ejercicio experiencial tomado de la terapia de aceptación y compromiso para psicosis (Thomas, Morris, Shawyer y Farhall, 2013). Se le indicó que cogiera el bolígrafo mientras repetía “no puedo coger el bolígrafo”, tras hacerlo varias veces, en sesiones siguientes se elaboró incluyendo poco a poco el contenido de las voces (“si coges el bolígrafo te vas a enterar”) y pensamientos relacionados con ellas (“no puedo coger el bolígrafo mientras oigo voces”, “mientras las voces hablan no puedo coger el bolígrafo ni hacer nada”). Así, se pretendía desmontar la creencia de que no puede hacer nada por culpa de las voces.

En torno a la sesión 5 se comenzó a elaborar una jerarquía de **exposición**, con el propósito de que la aproximación al contenido objeto de exposición fuera gradual. Para ello, se recurrió a lo que quedó registrado en algunos de los ejercicios realizados previamente. La clasificación de las 4 voces en cuanto a ansiedad ya estaba hecha gracias al autorregistro de formulación general de las voces. El siguiente paso fue ordenar el contenido específico de cada voz con ayuda de la actividad en la que MJ tuvo que escribir literalmente el contenido. Así pues MJ solo tuvo que puntuar la ansiedad que le producía escuchar cada una de las oraciones escritas. En el *Anexo 5* se representa el contenido específico de la jerarquía.

Antes de comenzar la exposición se repasó la justificación de la misma, se presentó la curva de la habituación que suele producirse con respecto a la ansiedad en una exposición para que MJ entendiera su propósito.

En cada ejercicio de exposición lo primero era alcanzar un estado de reposo, no se realizó una relajación como tal, sino una exploración corporal centrando la atención en las sensaciones. La primera exposición en imaginación tuvo lugar en la sesión 6. Se comenzó por la voz menos angustiante, esta es la de carácter musical, concretamente el primer ítem lo ocupó la canción que menos ansiedad le generaba, de hecho le agradaba. Para pasar de un nivel al siguiente se tomó como criterio que la ansiedad experimentada fuera igual o menor a 3 valorado en una escala sobre 10. Así, en la sesión 8, se alcanzó el último ítem, que se trataba de ese contenido que tanto le angustiaba y que relataba con mucho detalle cómo iba a ser su asesinato. Tras varios intentos, el punto más bajo de ansiedad al que se llegó en este último ítem finalmente fue de 4. Se consideró poco probable poder disminuir aún más la ansiedad del último elemento de la jerarquía pues era extremadamente desagradable y difícilmente ante un contenido tan angustiante puedan generarse niveles bajos de ansiedad, así pues, la exposición concluyó. Uno de los factores que dificultaron el proceso de exposición fue el hecho de que MJ continuaba oyendo una voz de fondo mientras realizaba la exposición en imaginación. La mayoría de las veces era una voz más baja de lo habitual que le decía “te vas a enterar”.

En la última sesión previa a la post-evaluación tuvo lugar una nueva reunión con la madre de MJ. El objetivo principal fue recibir un feedback sobre el estado de MJ y el posible cambio percibido por parte de alguien que tenía un trato diario con ella. Además, durante esta sesión con la madre, también se abordaron otros temas sobre creencias desadaptativas o sobre el problema de la paciente.

Resultados de la post-evaluación

La evaluación post-test presentó las mismas características que las descritas para la evaluación inicial. A continuación, se comentan los resultados para cada una de las pruebas, una vez finalizado el tratamiento, y en comparación tanto cuantitativa como cualitativa con los obtenidos antes del inicio del mismo.

Diario de voces (autorregistro diseñado para este estudio) y registro del malestar o interferencia semanal. Se obtiene una disminución de la interferencia del 75% aproximadamente al descender la puntuación total de 21 a 5. También desaparecen dos de las voces, reduciéndose en un 50% el número de voces.

Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS). La puntuación directa se redujo a 11 tras la intervención (frente a 13 pre-tratamiento), manteniendo la consideración de trastorno leve o “caso probable”. Viéndose una disminución de un punto en alucinaciones y en humor depresivo.

En la *Figura 1* se presentan los resultados pre- y post-intervención para la subescala de alucinaciones de la *Escala de Valoración de los Síntomas Psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS)*. Con objeto de facilitar la percepción de los resultados solo se han incluido en la figura aquellas áreas en que ha habido alguna variación. MJ continuaba escuchando alucinaciones durante todo el día. Una diferencia importante con respecto al pre-test, recae sobre el número de voces. Actualmente y desde hace un mes y medio aproximadamente no escucha las voces que representaban a su abuela y a unos niños. Por tanto, de las 4 voces que refería oír anteriormente, ahora se limitan a 2, la que representa a su marido y la musical. Se observa un descenso tras la intervención en la cantidad de contenido negativo, pasando de presentar la mayoría de las voces (más del 50%) un contenido negativo o desagradable (3), a presentarse únicamente en ocasiones (1) concretamente, sólo los sábados por la noche aparece el contenido angustioso. Por el mismo motivo, ha disminuido la cantidad de angustia (2), pues antes se extendía durante toda la semana prácticamente. Otro cambio positivo se encuentra en la creencia sobre la procedencia de las voces (3). Actualmente MJ mantiene una convicción del 50% de que las voces son ocasionadas por factores externos mientras que anteriormente su convicción era del 100% (4) sin cuestionarse que eran ocasionadas por un espíritu maligno. Por último, fruto de estos cambios percibidos por MJ, el trastorno causado por las voces en la vida del paciente también ha disminuido (en un punto).

Por otro lado, en el control percibido sobre las voces, la puntuación se ha incrementado con respecto al pre-test. Anteriormente MJ tenía alguna duda sobre si podía ejercer algún control sobre las voces y, en la actualidad, afirma con rotundidad no tener ninguno.

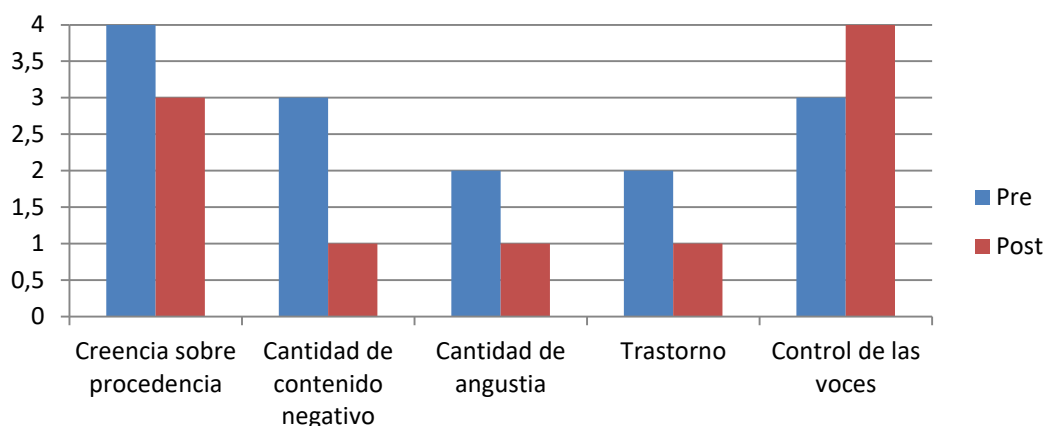


Figura 1. Puntuaciones pre- y post-tratamiento en las subescalas, en las que hubo alguna variación, de la *Escala de Valoración de los Síntomas Psicóticos (PSYRATS)*.

En la *Figura 2* se presentan los resultados pre- y post-intervención para la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital anxiety and Depression Scale, HADS)*. En la evaluación Pre aparecen altos niveles de sintomatología ansiosa (12 puntos) y depresiva (14 puntos). Sin embargo, las puntuaciones obtenidas en la evaluación Post para la subescala de ansiedad y depresión fueron de 5 y 4 puntos respectivamente, de un máximo de 21 para cada una. Siguiendo los criterios establecidos en este instrumento, el caso de esta paciente habría pasado a ser considerado como normal tanto en depresión como en ansiedad, una diferencia muy pronunciada con respecto al pre-test donde se consideró problema clínico.

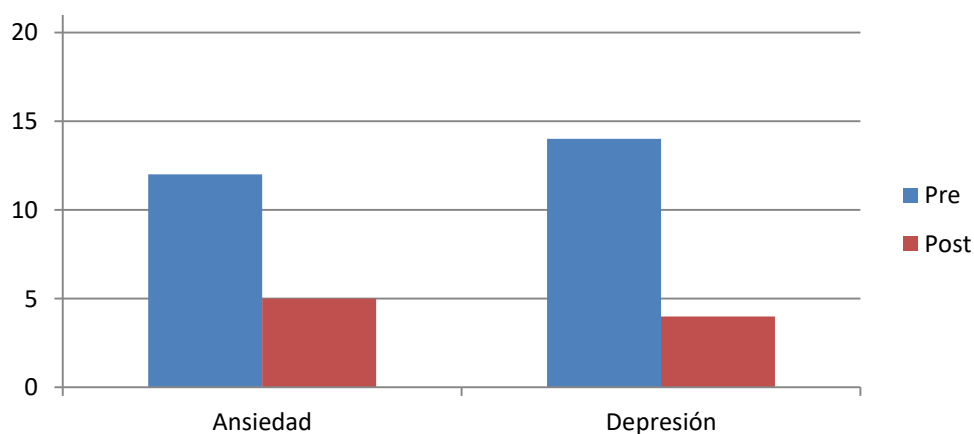


Figura 2. Puntuaciones pre- y post-tratamiento en la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)*.

En la *Figura 3* se presentan los resultados pre- y post-intervención para la *Escala de Calidad de Vida de la OMS abreviada (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BRE)*. Cabe mencionar que, en la evaluación post, a la pregunta previa de ¿En la actualidad, está enferma? MJ contestó: “Sí”. Y a la de “Si tiene algún problema con su salud,

¿Qué piensa que es?, MJ contestó: “Esquizofrenia”. Hay que recordar que en la pre-evaluación su respuesta a esta última pregunta fue “escucho voces”. En las 2 preguntas globales que incluyen la escala, calidad de vida global y Salud general, las puntuaciones post fueron 2 y 2 respectivamente (la misma que en la evaluación pre). Sin embargo, las puntuaciones post de las dimensiones Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente experimentaron un aumento siendo 50, 38, 50 y 63 (sobre 100) respectivamente. Se obtiene una mejoría en todas y cada una de estas dimensiones sobre las puntuaciones pre, reflejando un aumento de la calidad de vida percibida por la paciente que va de casi 20 puntos en Salud física hasta los casi 60 en ambiente.

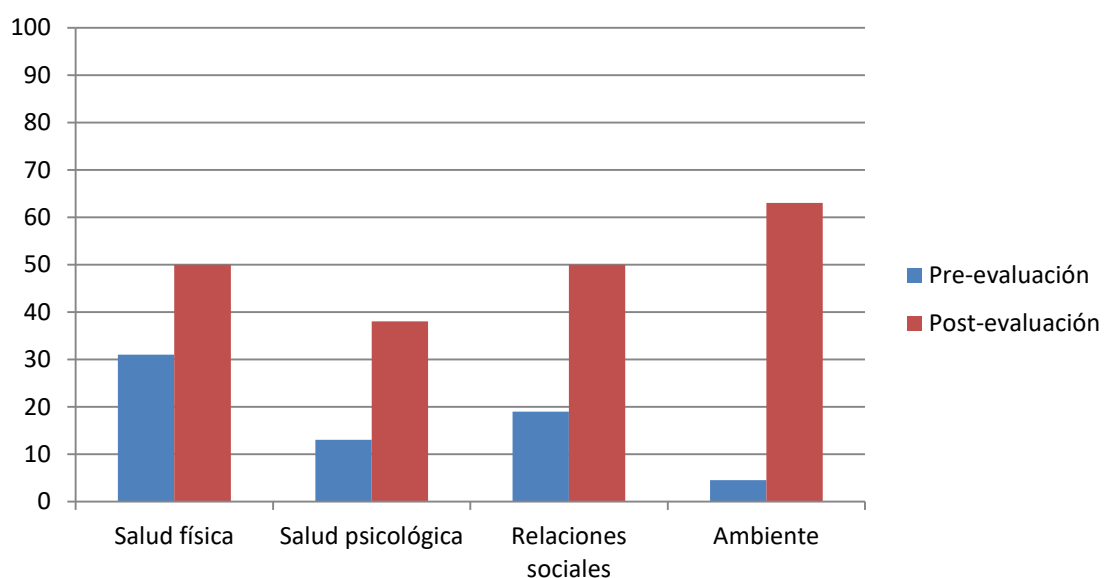


Figura 3. Puntuaciones pre- y post-tratamiento en las dimensiones de la *Escala de Calidad de Vida de la OMS abreviada (WHOQOL-BRE)*.

La escala de evaluación del insight (*Scale Unawareness of mental disorders, SUMD*) reflejó una conciencia global de 8 puntos en la evaluación post (donde 15 sería una ausencia completa de conciencia y 3 conciencia plena), frente a los 10 que presentaba en la evaluación pre; por tanto, MJ sigue presentando poca conciencia global de enfermedad pero con una puntuación ligeramente menor. En cuanto a la subescala de síntomas, los cambios encontrados se sitúan en las alucinaciones donde ya existía una conciencia plena y la atribución del síntoma a la enfermedad ha pasado de nula (5) a intermedia (3).

Entrevista con la paciente: MJ afirma estar más animada, con más energía y autonomía en su día a día. Ya desde las últimas sesiones refiere escuchar las voces “más flojillas y menos ofensivas” y destaca que la voz más angustiada solo aparece los sábados por

la noche cuando antes también aparecía varias veces durante la semana. Transmite que su asistencia a terapia le ha reportado beneficios en diversas áreas.

Entrevista con la madre: La madre señala que desde que empezó a venir a terapia la ve más animada pero “le falta todavía más empuje, que por ella misma tire para delante”. Se recordaron los momentos de la enfermedad que estableció como mejor y peor en la pre-evaluación, etiquetados como 5 y 0 respectivamente. A continuación, se le pidió que estableciera en esa misma escala el estado actual de MJ. Su respuesta fue un 5, “porque la veo igual que en esos meses del año pasado que estaba más animadilla, con más energía”.

Entrevista con la psiquiatra: MJ asistió a consulta psiquiátrica previamente a la terapia psicológica, una vez durante la misma, y otra, una vez finalizada. La psiquiatra informó de que durante todo el periodo no se modificó la medicación. Tras una valoración, el principal avance que destaca, hace referencia al uso del ansiolítico opcional (Ketazolán 15 mg) que MJ tenía prescrito para ocasiones puntuales en que sintiera mucha ansiedad. Desde que llevaba unas semanas asistiendo a terapia hasta la actualidad no ha tenido que recurrir a este fármaco ninguna vez, lo que no ocurría meses antes. Señala también su psiquiatra haber observado mejoría en cuanto a sus actividades cotidianas, MJ se encarga más autónomamente de las tareas domésticas, y que presenta un mayor bienestar subjetivo. Otro avance enfatizado por la psiquiatra es la disminución de la intensidad y el malestar generado por las alucinaciones.

Seguimiento

Se acordó con el paciente llevar a cabo dos sesiones de seguimiento, a los seis y a los nueve meses, con el objetivo de abordar posibles dificultades surgidas tras la finalización del tratamiento y comprobar si se mantenían las mejorías encontradas. Así mismo, se insistirá para que se aumente la práctica en casa de la exposición en imaginación pues sin ella, las mejorías encontradas en este trabajo pueden no mantenerse en el tiempo.

Discusión

En el presente estudio de caso, se ha trabajado con una paciente que presenta alucinaciones, principalmente auditivas, mediante técnicas que fomentan la focalización de la atención en las voces y promueven la reducción de la ansiedad asociada a éstas. Estos síntomas resisten a la medicación antipsicótica creando malestar emocional e interferencia en su vida cotidiana.

La evaluación puso de manifiesto lo que se formuló en las hipótesis: la presencia de trastorno leve o “caso probable”, alucinaciones persistentes (molestas e interfirientes), escasa conciencia de enfermedad, síntomas depresivos y ansiosos, y baja calidad de vida.

En cuanto a la posible existencia de delirios, se detectó una creencia que podría catalogarse de delirante. Sin embargo, no se ha considerado un síntoma en sí mismo ni un elemento independiente que merezca una intervención específica. Principalmente porque MJ no dedica tiempo a ello, no le preocupa y tampoco parece causar ninguna interferencia en su funcionamiento diario. Además, se trata de una creencia que se ha formado en torno a la causa de las alucinaciones y posiblemente se haya generado como explicación a éstas por lo que se ha contextualizado dentro del fenómeno alucinatorio y no delirante. De esta manera, se esperó que si las voces mejoraban y aumentaba el insight, también lo hiciera esta creencia. Asimismo, una parte importante de la tercera fase de focalización, se destinó a trabajar este aspecto.

Podría pensarse que, debido esta creencia irracional formada en torno a la causa de las alucinaciones, la relación de MJ con las voces es desigual. El hecho de pensar que hay un espíritu “superior” responsable de que escuche voces, considerándolo social o jerárquicamente dominante, puede provocar un mayor sentimiento de vulnerabilidad, de indefensión e incluso sometimiento, aceptando en ocasiones como verdad irrefutable las amenazas que percibe. Esto provoca que MJ intente controlar las voces y hacer esfuerzos por no oírlas. La no consecución de éste objetivo estaría reforzando por sí misma esos sentimientos de incontrolabilidad, indefensión, vulnerabilidad y, en última instancia, el mantenimiento de las voces. Por este motivo la filosofía introducida en el presente trabajo no fomenta el control, sino que pretende que la paciente abandone esa lucha y en cierta medida, aprenda a vivir con ellas.

Así pues, el programa de intervención propuesto para actuar sobre las afecciones mencionadas, se compuso principalmente de técnicas que fomentaban la focalización de la atención en las voces (Bentall et al., 1994), concretamente en sus características físicas, en el contenido y en los pensamientos formados en torno a ellas. La adición de la técnica de exposición en imaginación que es congruente con la focalización abandonando estrategias de distracción o evitación, persiguió la habituación a las voces presentando un claro componente de reducción de ansiedad. Todo esto se acompañó de psicoeducación sobre esquizofrenia.

Tras la implementación de dicho programa se produjeron algunos cambios en MJ. En primer lugar, destacan las mejoras en la topografía de las alucinaciones (número de voces, malestar asociado, cantidad de contenido negativo, interferencia y creencia sobre la procedencia). Estos hallazgos son congruentes con otros estudios, pues la mayoría de los que abordan las alucinaciones tienen como objetivo la reducción de sus parámetros, ya sea mediante la modificación de creencias (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002), terapia de focalización (Bentall et al., 1994; Haddock et al., 1993), técnica de exposición (Persaud y Marks, 1995) o aplicación de un programa de rehabilitación de los procesos atencionales (López-Luengo, González, Muela, Rodríguez y González, 2010; Valmaggia, Bouman, y Schuurman, 2007). Estos últimos estudios que entrenan los procesos atencionales, encuentran un aumento en el control percibido por la paciente sobre las voces, que contrasta con lo encontrado aquí, donde MJ perdió sensación de control con respecto a la pre-evaluación. Este hecho podría explicarse por la filosofía de intervención, en los estudios mencionados se fomenta el control y en el presente trabajo se intenta que abandone esos intentos de control.

Se observa también, un cambio en MJ en torno a su concepción del problema. Aunque levemente, MJ ahora es más consciente de que su problema podría encuadrarse dentro de las diferentes variedades de esquizofrenia. Es posible que la psicoeducación sea uno de los responsables de estos cambios y también han podido influir las técnicas de focalización. No obstante, existe la posibilidad de que MJ haya respondido de ésta manera por cuestiones de discapacidad social, fruto de las horas dedicadas a tratar estos aspectos.

En cualquier caso, se ha encontrado una importante reducción en los niveles de ansiedad y depresión experimentados por MJ, corroborado por la percepción de su madre y evidenciado en el hecho de que ha prescindido del ansiolítico opcional. Esta mejora apoyaría la idea de que el padecimiento de estos síntomas en ella podría ser secundario a un síntoma principal, en este caso, las alucinaciones. De manera que el abordaje de éstas, ha podido

provocar la mejora de los síntomas emocionales. No se puede pasar por alto que, el mero hecho de asistir a terapia como tarea que la mantiene activa una vez en semana, podría haber provocado una mejora de su estado anímico.

Sin embargo, el objetivo principal y esencial del presente trabajo reside en la calidad de vida percibida por la paciente, que como observamos en los resultados ha aumentado en gran medida en todas sus dimensiones.

Son pocos los estudios que teniendo como objeto de intervención las alucinaciones, se interesan por registrar su impacto emocional y en la calidad de vida, tal y como se hace en el presente trabajo. Algunos de estos estudios, que encuentran mejoras tanto en la topografía de las voces, como en calidad de vida, depresión y ansiedad, son los que implementan el Tratamiento Integrado centrado en las Alucinaciones (HIT por sus siglas en inglés) (Jenner et al., 2004; Wiersma, Jenner, Van de Willige y Nienhuis, 2004) o los que emplean la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Thomas et al., 2013; Shawyer et al., 2012). Tiene sentido, pues por un lado el tipo de intervención propuesta aquí, integra diferentes técnicas (sin llegar a conformar la “HIT”) y, por otro, presenta una comprensión del fenómeno alucinatorio similar a la introducida en ACT.

Resumiendo, se corrobora la hipótesis de relación funcional, dado que una intervención basada en la focalización atencional de las alucinaciones ha incrementado la calidad de vida percibida por la paciente. Además conlleva una disminución de las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión) y una mejoría de algunos parámetros en la topografía de las alucinaciones

No obstante, este trabajo presenta varias limitaciones. La principal de ellas, va en relación con la validez externa, que a menudo recae sobre el diseño de caso único. La influencia que las diferencias individuales de cada paciente puedan tener sobre los resultados hace difícil la generalización de los mismos. Además, al ser un programa que incluye diferentes técnicas, es difícil discernir la influencia de cada una sobre los resultados. Por otro lado, el proceso de selección de la paciente presenta un sesgo importante, pues la psiquiatra escogió una de las personas que, según su criterio, parecía tener mayores posibilidades de beneficiarse de este tipo de tratamiento. La paciente, a pesar de presentar síntomas psicóticos persistentes que no desaparecían con medicación, no presentaba un deterioro grave en otros aspectos de salud mental, concretamente, sus capacidades cognitivas estaban bastante

preservadas, algo infrecuente en la mayoría de pacientes que presentan sintomatología de éste tipo (Pardo, 2005). Esto hace pensar que, lo que puede ser una ventaja a nivel terapéutico, puede convertirse en una limitación a efectos de representatividad, pues quizás, el “éxito” de este tipo de intervención quede restringido a personas con un nivel de cognición bastante preservado.

Otro asunto importante es que es imprescindible tener en cuenta que, como ya se ha comentado, a menudo las alucinaciones forman parte de un conjunto de síntomas más amplio que a veces se denominan esquizofrenia. Por tanto, con estos pacientes hay que contemplar siempre la posibilidad de llevar a cabo tratamientos integrados de esquizofrenia que incluyan aspectos farmacológicos, psicológicos, sociales y familiares. No obstante, hay casos en que, a pesar de ir acompañadas de más síntomas, las alucinaciones resistentes son el motivo principal de la disfunción de la persona, por lo que podrían contemplarse intervenciones específicas sobre las alucinaciones (como la descrita aquí), especialmente cuando por motivos de coste temporal o económico no puedan llevarse a cabo intervenciones completas y elaboradas. Dentro de éstas últimas, las estrategias cognitivo-conductuales parecen efectivas aunque los resultados deben tomarse con cautela (Van der Gaag, M., Valmaggia, L.R. y Smit, F. 2014). Por otra parte, en mi opinión, las nuevas terapias como la de aceptación y compromiso parecen prometedoras en este campo.

En conclusión, dado que este tipo de intervención puede resultar beneficiosa para personas que experimentan alucinaciones resistentes al tratamiento farmacológico, y que la investigación desarrollada en este ámbito es escasa, parecen necesarios ensayos controlados aleatorizados con muestras mayores y más representativas, que evalúen la efectividad de diferentes técnicas por separado y el potencial terapéutico de integrarlas.

Referencias

- Amador, X.F. y Strauss, D.H. (1990). The scale to assess unawareness of mental disorder. Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
- Apiquian, R., Fresán, A., Ulloa, R. E., García-Anaya, M., Lóyzaga, C., Nicolini, H. y Ortega-Soto, H. (2001). Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión. *Salud Mental*, 24, 25-29.
- Bentall, R.P., Haddock, G. y Slade, P.D. (1994). Cognitive Behavior Therapy for Persistent Auditory Hallucinations: from theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24, 267-292.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). El proceso como procedimiento científico I: el proceso descriptivo-predictivo. En R. Fernández Ballesteros (Dir.), *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Frith, C.D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico*. Barcelona: Ariel (edición original, 1992).
- García, J. M. y Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472.
- González, J.C., Sanjuan, J., Cañete, C., Echanove, M.J. y Leal, C. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: la escala PSYRATS. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 10-17.
- Gutiérrez, C., Ocampo, M.V. y Gómez, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1, 164-174.

- Haddock, G., Bentall, R.P. y Slade, P.D. (1993). Psychological treatment of chronic auditory hallucinations: Two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 335-346.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. y Faragher, E. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Haddock, G., Slade, P.D., Bentall, R.P., Reid, D. y Faragher, E.B. (1998). A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 339-349.
- Haro, J.M., Ochoa, S. y Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2, 103-108.
- Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Jenner, J.A. (2017). *Terapia integradora focalizada en las alucinaciones*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Jenner, J.A., Nienhuis, F.J., Wiersma, D. y Van de Willige, Q., (2004). Hallucination Focused Integrative Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 133-145.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Fonseca, E., y Paino, M. (2011). *Psychology in Spain*, 15, 33-47.
- Liddle, P.F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 151, 145-151.

- López-Luengo, B., González, A., Muela, J. A., Rodríguez, Á. y González, C. (2010). Aplicación de un programa de rehabilitación de los procesos atencionales en el tratamiento de alucinaciones auditivas. *La Atención (VI): un enfoque pluridisciplinar*, 151-159.
- Lucas, R. (1998). Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon.
- Morrison, A.P. y Barratt, S. (2010). What are the components of CBT for psychosis? A delphi study. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 136–142.
- Morrison, A.P. y Renton, J.C. (2001). Cognitive therapy for auditory hallucinations: A theory-based approach. *Cognitive and Behavioral Practise*, 8, 147-160.
- Morrison, A.P., Haddock, G. y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Nelson, H.E., Thrasher, S. y Barnes, T.R. (1991). Practical ways of alleviating auditory hallucinations. *BMJ*, 302, 327-330.
- Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Rev Psiquiatr Urug*, 69, 71-83.
- Perona-Garcelán, S. (2006). Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apuntes de Psicología*, 24, 83-110.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia *Psicothema*, 14, 26-33.
- Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C. y Martínez López, M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en delirios y alucinaciones. En Pérez, J., Fernández, C., y Amigo, I. (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 81-106). Madrid: Pirámide.

- Perona-Garcelán, S., Gallach, E., Vallina, O. y Santolaya, F. (2004). *Tratamientos Psicológicos y Recursos Utilizados en la Esquizofrenia: Guía Breve para Profesionales y Familiares (Tomo I)*. Ed. 1. Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.
- Persaud, R. y Marks, I. (1995). Pilot study of exposure control of chronic auditory hallucinations in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 167, 45-50.
- Pinikahana, J., Happell, B., Hope, J. y Keks, N. A. (2002). Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 103-111.
- Romme, M. y Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. En G. Haddock y P.D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.
- Ruiz, A.I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J.M., Cuppa, S. y García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr*, 3, 111-119.
- Sánchez, R., Ibáñez, M.A. y Pinzón, A. (2005). Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric. *Biomédica*, 25, 120-128.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M. y Barnes, T. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry*. 57, 165-172.
- Shawyer, F., Farhall J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., Lerner, C., Thomas, N., Castle, D., Mullen, P. y Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 1-12.
- Slade, P. D. y Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception. A scientific analysis of hallucinations*. London: Croom Helm.

- Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., Van der Gaag, M., Bentall, R.P., Jenner, J., Strauss, C., Sommer, I.E., Johns, L.C., Varese, F., García-Montes, J.M., Waters, F., Dodgson, G. y Simon McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological Therapies for Auditory Hallucinations (Voices): Current Status and Key Directions for Future Research. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 202–212.
- Thomas, N., Morris, E.M.J., Shawyer, F, y Farhall J. (2013). Acceptance and commitment therapy for voices. En: Morris, E.M.J., Johns, L.C. y Oliver J.E., eds. *Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis*. Chichester, UK: Wiley.
- Urizar, A. C. y Giraldez, S. L. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20, 577-582.
- Valmaggia, L., Bouman, T. y Schuurman, L. (2007). Attention Training With Auditory Hallucinations: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice* 14, 127-133.
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L.R. y Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156, 30–37.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref Quality of Life Assessment. *Psychol Med*, 28, 551-8.
- Wiersma, D., Jenner, J.A., van de Willige, G., y Nienhuis, F.J. (2004). Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 194-201.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital anxiety and Depression Scale (HADS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anexos

Anexo 1. Autorregistro (diario de voces)

[illegible]

Anexo 2. Consentimiento informado

Sevilla, 6 de agosto 2009

BOJA núm. 152

Página núm. 81

Hoja 2/5

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. * LOS MÁS FRECUENTES: * LOS MÁS GRAVES: Aumento de la ansiedad asociada en el inicio * LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:	
SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: En caso de empeorar su sintomatología, inmediatamente se reajustará la medicación por parte de su psiquiatra	
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): Este estudio forma parte del Trabajo Final del Master en Psicología General Sanitaria, de la Universidad de Jaén.	
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: - A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. - A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento. - También pueden hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.	

001530

Hoja 4/5

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
------------------	-------------

2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1 DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (solo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
Juan José Imbernon Barbudo	15/02/2018	
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO
Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno. - ☒ SI ☐ NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir durante el curso de intervención. - ☐ SI ☒ NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco. - ☐ SI ☒ NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento. - ☒ SI ☐ NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico. NOTA: Márquese con una cruz. En <u>Juén</u> a <u>22</u> de <u>febrero</u> de <u>2018</u> EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad de, de la paciente) Fdo.: <u>X X X</u> Fdo.:

001530

Hoja 5/5

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN	
Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad de/de la paciente)
Fdo.: _____	Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	
Yo, D/Dña. _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias de que ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad de/de la paciente)
Fdo.: _____	Fdo.: _____

001530

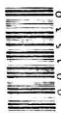
JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de _____ de _____ de _____ (BOJA n° _____ de fecha _____) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO <i>USMC Jaén Sur</i>		SERVICIO DE <i>Salud Mental</i>
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*)	
Este documento sirve para que usted, o quien le represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto. * Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.		
1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:		
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE: <i>Intervención psicológica sobre las alucinaciones</i>		
CÓMO SE REALIZA: <i>Mediante técnicas exclusivamente psicológicas</i>		
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: 		
EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: - <i>Mejora de la calidad de vida</i> - <i>Mejora de su relación con las alucinaciones</i> - <i>Mejora del estado anímico</i>		
OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: - <i>Continuar con la medicación exclusivamente</i> - <i>Recibir otro tipo de intervención psicológica</i>		



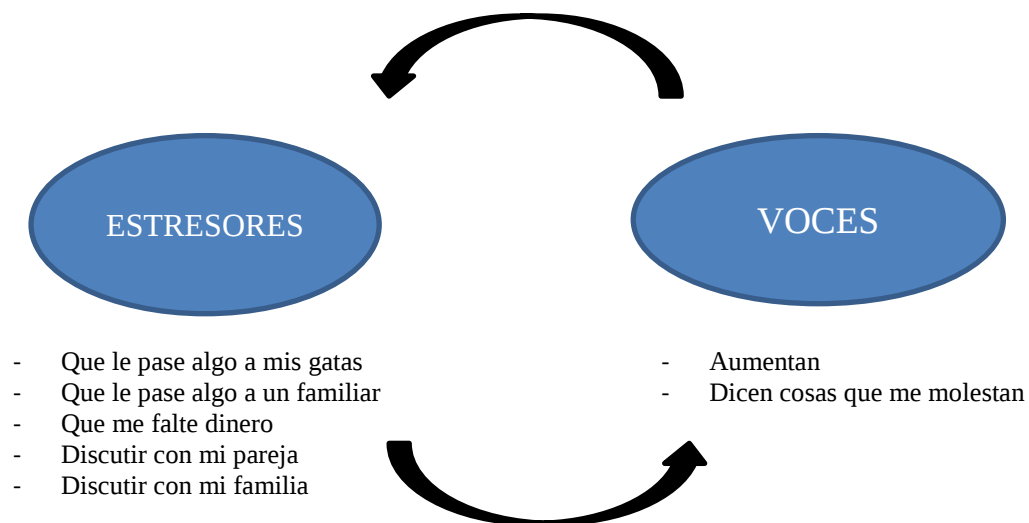
Anexo 3. Puntuaciones de instrumentos

Escala	Dimensión/item	Puntuación	
		Pre	Post
BPRS	Preocupación somática	0	0
	Ansiedad psíquica	1	1
	Aislamiento emocional	1	1
	Desorganización conceptual	0	0
	Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	0
	Tensión. Ansiedad somática	0	0
	Manierismo y posturas extrañas	0	0
	Grandeza	0	0
	Humor depresivo	2	1
	Hostilidad	0	0
	Susplicacia	0	0
	Alucinaciones	4	3
	Enlentecimiento motor	2	2
	Falta de cooperación	0	0
	Contenido inusual del pensamiento	2	2
	Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	1
	Excitación	0	0
	Desorientación y confusión	0	0
	<i>Síntomas negativos</i>	4	4
	<i>Síntomas positivos</i>	6	5
	<i>TOTAL</i>	13	11
PSYRATS	Frecuencia	4	4
	Duración	4	4
	Localización	2	2
	Intensidad	1	1
	Creencia sobre procedencia	4	3
	Cantidad de contenido negativo	3	1
	Grado de contenido negativo	4	4
	Cantidad de angustia	2	1
	Intensidad de la angustia	3	3
	Trastorno	2	2
	Control de las voces	4	4

HAD	<i>Ansiedad</i>	14	5
	<i>Depresión</i>	12	4
WHO	Calidad de vida global	2	2
	Salud general	2	2
	<i>Salud Física</i>	16	21
	Actividades de la vida diaria	2	2
	Dependencia de fármacos	4	2
	Energía y fatiga	2	2
	Movilidad	2	5
	Dolor y malestar	4	5
	Sueño y descanso	1	3
	Capacidad de trabajo	1	2
	<i>Salud Psicológica</i>	9	15
	Imagen corporal y apariencia	1	2
	Sentimientos negativos	4	2
	Sentimientos positivos	1	3
	Autoestima	1	3
	Espiritualidad/Religión	1	3
	Aprendizaje/memoria/concentración	1	2
	<i>Relaciones sociales</i>	5	9
	Relaciones personales	2	3
	Apoyo social	2	3
	Actividad sexual	1	3
	<i>Ambiente</i>	16	27
	Recursos económicos	1	2
	Libertad y seguridad	2	3
	Asistencia social y medica	4	4
	Ambiente del hogar	1	4
	Oportunidad de adquirir nueva info.	2	3
	Actividades de ocio	2	4
	Entorno físico	2	4
	Transporte	2	3
SUMD	Conciencia de poseer un trastorno	4	3
	Conciencia de los efectos de la medicación	3	2
	Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno	3	3
	mental		

	Conciencia de poseer alucinaciones	1	1
	Atribución de las alucinaciones a la enfermedad	5	3
	Conciencia de poseer delirios	5	5
	Atribución de los delirios a la enfermedad	-	-
	Conciencia de poseer trastornos del pensamiento	5	5
	Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad	-	-
	Conciencia de poseer embotamiento afectivo	2	2
	Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad	3	3
	Conciencia de poseer anhedonia	1	1
	Atribución de la anhedonia a la enfermedad	3	3
	Conciencia de poseer asociabilidad	4	4
	Atribución de la asociabilidad a la enfermedad	-	-

Anexo 4. Estresores y Voces



Anexo 5. Jerarquía de exposición en imaginación

Voz	Ítem
(Música)	1º- “Súbeme la radio” 2º- “Bamboleo”
(Niños)	3º -“JAJAJA”
(Abuela)	4º -“Javi es muy bueno” 5º -“Ten cuidado, lo que te va a pasar es muy malo”
(Marido)	6º -“Soy bueno” 7º -“Soy muy malo” 8º -“Ten cuidado conmigo que soy muy malo, vas a flipar, te vas a enterar, te voy a hacer una barbaridad” 9º -“La hora va a ser de 2 a 6 de la madrugada, en sábado que es tu día preferido” 10º -“Te voy a hacer una barbaridad, empezaré por los dedos de los pies cortándotelos, luego los de las manos, te voy a clavar un cuchillo en tus partes, luego te cortaré la lengua y para terminar un cuchillo en el corazón”