

REMISIÓN Y RECUPERACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA

A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernández-Jiménez, E., Senín-Calderón, M.C., Rodríguez-Testal, J.F., Valdés-Díaz, M. y Benítez-Hernández, M.M.
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla

CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
Granada, 16 de Abril de 2010

Introducción: marco teórico

- Estilos de recuperación:



Integración

-Encajan la psicosis como una parte más de su experiencia vital.

-No la evitan; como recurso positivo para el autoconocimiento.

Dejar atrás

-Encapsulan la psicosis (encerramiento).

-Concepción de psicosis como elemento disruptivo.

Introducción: marco teórico (II)



Introducción: marco teórico (III)



Introducción: marco teórico (IV)

- **Aunando las terapias de conducta de segunda y tercera generación en psicosis:**
 - **Énfasis funcional del comportamiento humano.**
 - **No es tan relevante la presencia *per se* de sintomatología, sino que ésta sea vivenciada como egosintónica y no resulte incapacitante.**
 - **La evitación de la experiencia -el control sintomatológico- es el verdadero problema.**

Introducción: marco teórico (V)

- Aunando las terapias de conducta de segunda y tercera generación (II):
 - La exposición a los síntomas como oportunidad para reorientar la vivencia de los mismos.
 - La persona como *contexto* donde tienen cabida diversas experiencias más allá de las egodistónicas.
 - La *desliteralización* y el *distanciamiento comprensivo* como estrategia para neutralizar la *fusión pensamiento-acción* o *fusión cognitiva*.

Identificación de la paciente

- Ana de 23 años, era estudiante de Grado de Formación Profesional en Educación Infantil.
- Acude a consulta tras 6 meses de evolución por un primer brote esquizofrénico tipo paranoide. Sintomatología dominante positiva: ideas delirantes persecutorias, algunas de tipo somático (tener SIDA) y alucinaciones auditivas. La sintomatología negativa fue progresivamente haciéndose más visible (apatía). Sin desorganización comportamental.

Identificación de la paciente (II)

- **Acudía simultáneamente a Centro de Salud Mental Comunitario: psicoterapia grupal y talleres ocupacionales.**
- **Inicio de medicación dos meses antes de asistir a consulta.**
- **Tratamiento inicial neuroléptico (risperidona) que hubo de ser modificado (olanzapina y paroxetina).**

Cronograma de la intervención

Fecha	
10 / X / 2006	Inicio consulta
	Periodicidad semanal
1 / XII / 2008	Finalización tratamiento
Durante todo el año 2009	Seguimiento
	Periodicidad mensual
IX / 2009 – II / 2010	Terapia de grupo de HHSS
X / 2009	Retirada prueba medicación
XII / 2009	Retirada definitiva medicación
I / 2010	Cumplimiento de retest

Objetivos de la intervención

- Promover la comprensión del cuadro psicológico por parte de la paciente.
 - Normalizar experiencias psicóticas.
- Fomentar el autocuidado personal y autonomía.
- Promover estimulación cognitiva.
- Defusionar: persona#contenidos de las experiencias psicóticas.
- Reorientar las vivencias psicóticas hacia la egosintonía.
- Reorientar las vivencias afectivas asociadas al cuadro y a su situación vital.
- Mejorar habilidades sociales.
- Potenciar identificación de pródromos y afrontamiento de estresores y posibles recaídas futuras.
- Potenciar actividades recreativas y vocacionales.
- Mejorar la comunicación familiar y comprensión del cuadro psicológico.

A) PERSONAL (I)

Educación sobre el cuadro psicológico

1. Conocimientos acerca de la esquizofrenia

- **Contenidos más tratados: características del trastorno, etiología (vulnerabilidad-estrés), sobre-estimulación, comunicación confusa, hostilidad, críticas, agresividad, estilo de vida e ideas erróneas.**

2. Manejo de los síntomas

3. Síntomas positivos y negativos

1. Pródromos

2. Acontecimientos estresantes

3. Factores de riesgo

4. Manejo de la medicación

A) PERSONAL (II)

AUTOCUIDADO Y VIVENCIA CORPORAL

1. Preservación de la salud (estilo de vida sano)

- **Creencias sobre la salud y la enfermedad.**
- **Alimentación; higiene; ejercicio físico; nivel de actividad; sueño y descanso.**

2. Vivencia corporal

- **Bienestar físico; sexualidad.**

2. DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- **Resumir contenidos de medios de comunicación.**
- **Actividades con ordenador.**
- **Tareas de atribución de estados psicológicos.**

serie: los serrano.

Santi para no ir a la cárcel se tiene que quedar en una guardería a cargo de todos los niños. Pero éste incendia una papelera de la guardería pq se fumo un puro y ~~se lo~~ lo echó en la papelera. Santi salva a un niño que tiene asma y le da un ataque.

Raúl empieza a dar clases en el colegio supuestamente de videos pq lo que realmente enseña es a ser líderes con los niños. Esta clase es solo para niños. Pero Yoli quiere entrar en esta clase, la dejan asistir y ésta lleva una grabadora para saber qué es lo que enseña en sus clases. Escuchan ~~que~~ lo de la cinta pq Choni la encuentra en la papelera, y le suspenden las clases a Raúl. Susana se quiere ir a Tlilan con su padre, pero a éste se le olvida que su hija va a ir y se va con su mujer de crucero. Susana tiene que hacer un debate para el colegio; a éste le ayuda Fiti.

B) ACTIVIDAD

4. ACTIVIDAD FUNCIONAL

- 1. Hábitos de independencia (hacer la compra, cocinar, ir al Centro de Salud Mental).**
- 2. Uso de transportes públicos y retomar conducción.**

5. HABILIDADES SOCIALES



Desarrollar estilo interaccional asertivo para ser generalizado a la relación con las alucinaciones y aminorar malestar afectivo (Birchwood *et al.*, 2004).

6. ACTIVIDAD LABORAL Y DE OCIO

- 1. Rehabilitación vocacional**
- 2. Desarrollo de aficiones e intereses**

TAREAS DE LA CASA	- la cama	SÍ	<input checked="" type="radio"/> NO	- poner y quitar la mesa	<input checked="" type="radio"/> SÍ	NO	Dificiles o fáciles ¿Por qué? Fregar los platos al mediodía Otras, ¿cuáles?
	- de compras	SÍ	<input checked="" type="radio"/> NO	- hacer recados	SÍ	<input checked="" type="radio"/> NO	
	- recoger el cuarto	SÍ	<input checked="" type="radio"/> NO	- bajar la basura	SÍ	<input checked="" type="radio"/> NO	
	- doblar/guardar ropa	<input checked="" type="radio"/> SÍ	NO				

ESTUDIO

CUIDADO PERSONAL	- Me he levantado a las:	8:30							
	- Me he acostado a las:								
	- Ducha	<input checked="" type="radio"/> SÍ	NO	- Coger un autobús	SÍ	NO	- Ir sola a la farmacia	SÍ	NO
	- Relajación/respiración	SÍ	<input checked="" type="radio"/> NO	- Educación sobre la enfermedad	SÍ	NO	- Ir sola al psicólogo	SÍ	NO
	- Escrito de películas	<input checked="" type="radio"/> SÍ	NO	- Deporte (natación / gimnasia)	SÍ	NO			
	- Juegos de ordenador	SÍ	<input checked="" type="radio"/> NO	- Paseo (tiempo: _____)	SÍ	NO			
	- Juegos (dominó, letras)	<input checked="" type="radio"/> SÍ	NO	- Ir sola al médico	SÍ	NO			
	- Síntomas que he experimentado:	que me dicen garía							
	- Efectos de la medicación:								

MEDICACIÓN (anotar si me he acordado yo o me lo han tenido que recordar)	10:00	
	15:00	Te acordé yo.
	22:00	

AFICIONES	- Lectura:	
	- Música:	
	- Otras:	

ACTIVIDAD SOCIAL	* He llamado a ... (anota los nombres):	
	* He salido con ... (¿cuánto tiempo? ¿Cómo te lo pasaste?):	
	* He visitado ...	
	* He ido a (el club / asociación / _____) (¿cuánto tiempo? ¿Cómo te lo pasaste?):	
	* He conversado acerca de ...	

LO MEJOR DE HOY HA SIDO ... Hacer la alfombra. Ir y venir sola del hospital.

C) EMOCIONAL

ASPECTOS EMOCIONALES INDIVIDUALES

- 1. Autoestima**
- 2. Desarrollo emocional**
- 3. Conocimiento y modulación de emociones**

7. TRABAJO CON LA FAMILIA

- 1. Expresión emocional y comunicación**
 - Emoción expresada, sobreimplicación materna.**
- 2. Dificultades manejo del trastorno**

Técnicas específicas: manejo de síntomas positivos

Síntomas positivos	Técnicas aplicadas
Ideas delirantes de persecución	<ul style="list-style-type: none">-Autorregistro: tarjeta de pensamientos-Diálogo socrático-Análisis de pruebas a favor/en contra-Distracción (estrategia preliminar)-Experimento conductual: exposición vivo
Idea delirante somática (SIDA)	<ul style="list-style-type: none">-Diálogo socrático-Análisis de pruebas a favor/en contra
Idea delirante de difusión de pensamiento	<ul style="list-style-type: none">-Experimento conductual en consulta
Alucinaciones auditivas	<ul style="list-style-type: none">-Distracción (estrategia preliminar)-Focalización: reatribución
Negativismo	<ul style="list-style-type: none">-Experimentos conductuales

FECHA Y HORA 30-1-2007

8'15

LOS PENSAMIENTOS SON
SOBRE:

- me van a hacer daño SÍ NO
- sexo SÍ NO
- otros ¿Cuáles?

SIGO LEYENDO ➡

RECUERDA QUE LOS PENSAMIENTOS:

- ➔ SON SÍNTOMAS DE MI ENFERMEDAD
- ➔ SON IDEAS O CREENCIAS DE COSAS QUE ME DAN MIEDO
- ➔ NO PUEDEN HACERME DAÑO, SÓLO SON IDEAS, NO HECHOS
- ➔ NO VOY A CONTARLOS, PUEDO SOPORTARLOS
- ➔ NO ME PASARÁ NADA AUNQUE ME MOLESTEN MUCHO

AUNQUE NO TENGA MUCHAS GANAS,

➡ VOY A RELAJARME

* SI CONSIGO RELAJARME ESTARÉ BIEN

* VOY A RELAJARME EN MI HABITACIÓN, PUEDO HACERLO SOLA

➡ VOY A DISTRAERME CON ...

¿Cómo te sientes? ¿cómo te afecta?

- Me pongo muy nerviosa
- Creo que me van a hacer daño.

¿Cómo sabes que es cierto?

- No sé que es cierto.
- Nunca me ha pasado nada.

¿Algo te hace pensar que estás equivocada?

- Sí, que nunca me han hecho daño.

¿Qué haces?

- Relajarme y pensar en otras cosas.

Técnicas específicas: manejo de los síntomas negativos (II)

- Conceptualizados como conductas de seguridad: patrón del *trastorno de evitación experiencial*.

Síntomas negativos	Técnicas aplicadas
Asociabilidad	-Experimentos conductuales: exposición a situaciones temidas. -Planificación de actividades.
Inactividad	

Resultados pre-postratamiento (II)


BPRS-E (Lukoff <i>et al.</i> , 1986)	PRE-	POST-
1. Preocupación somática	5	1
2. Ansiedad psíquica	6	2
15. Tensión, ansiedad somática	4	1
12. Excitación	2	1
3. Depresión	5	1
4. Culpabilidad	1	1
19. Conducta suicida	2	1
13. Retardo motor	2	1
14. Afecto aplanado	6	1
22. Elación	2	1
23. Hiperactividad motora	2	1
24. Distraibilidad	1	1
5. Hostilidad	4	1
6. Susplicacia	6	1
7. Contenido inusual pensamiento	1	1
8. Grandiosidad	2	1
9. Alucinaciones	2	1
11. Desorganización conceptual	2	1
16. Manierismos y posturas	1	1
17. Negativismo	4	1
18. Aislamiento emocional	2	1
20. Autoabandono autonegligencia	1	1
21. Comportamiento bizarro	1	1
10. Desorientación	1	1

Otros Instrumentos	PRE-	POST-
DAS (Weissman y Beck, 1978). TOTAL:	172*	81
DAS-Dependencia	44*	22
DAS-Logro	79*	20
DAS-Autonomía	20	17
BAI (Beck <i>et al.</i> , 1988)	38*	1
somático-vegetativo (>media)	19	1
cognitivo-afectivo (>media)	19	0
BDI (Beck <i>et al.</i> , 1979)	(grave) 34*	0
PSWQ (Meyer <i>et al.</i> , 1990)	62	44
REF (Lenzenweger, 1996; 1997)	26*	0

MIPS (Millon, 1994)	PRE-	POST-
Expansión	58	77
Preservación	59	18
Modificación	46	49
Adecuación	32	26
Individualidad	9	25
Protección	73	56
Extraversión	58	96
Introversión	44	9
Sensación	76	61
Intuición	25	38
Pensamiento	32	15
Sentimiento	60	52
Sistematización	33	44
Innovación	25	35
Retraimiento	41	9
Sociabilidad	45	69
Indecisión	76	9
Discrepancia	18	15
Conformismo	69	60
Sumisión	47	25
Dominio	4	21
Descontento	4	4
Aquiescencia	78	78
Impresión positiva	4	2
Impresión negativa	5	0
Consistencia	1	4
Ajuste	40	61

MCMI (Millon, 1987; 1997)	PRE- (II)	POST- (III)
Esquizoide	59	1
Evitativa	45	1
Depresiva		1
Dependiente	95**	7
Histriónica	93**	94**
Narcisista	65	75*
Antisocial	56	49
Agresiva (sádica)	46	46
Compulsiva	107**	39
Negativista (pasivo-agresivo)	43	12
Autodestructiva	43	1
Esquizotípica	89**	1
Límite	63	1
Paranoide	58	1
Trastorno ansiedad	83*	1
Trastorno somatomorfo	89**	1
Trastorno bipolar	52	51
Dependencia de alcohol	47	41
Dependencia sustancia	53	31
Estrés postraumático		1
Trastorno pensamiento	86**	1
Depresión mayor	59	1
Trastorno delirante	39	1
Sinceridad	65	23
Deseabilidad social	93**	80*
Devaluación	60	9

Discusión

- Remisión total: escasa manifestación sintomatológica sin incapacitación funcional. 
- No hay integración: no se encajan todas las piezas, siguiendo la “metáfora del puzzle” (Pérez, 1996).
 - No hay una *aceptación* de que todas sus vivencias psicológicas sean legítimas.
 - Sólo se permite autoexplicaciones menos estigmatizantes (en términos de depresión y estrés).

Referencias

- 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.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., *et al.* (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant voice in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34, 1571-1580.
- Drayton, M., Birchwood, M. y Trower, P. (1998). Early Attachment Experience and Recovery from Psychosis. *British Journal of clinical Psychology*, 37, 269-284.
- García, J.M. y Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de los síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472.

Referencias (II)

- McGlashan, T.H., Levy, S.T. y Carpenter, W.T. (1975). Integration and Sealing Over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272.
- Morrison, A.P. (2006). Terapia cognitiva para personas con psicosis. En J. Read, L.R. Moshier y R.P. Bentall (Eds.), *Modelos de locura* (pp. 353-370). Barcelona: Herder.
- Morrison, A.P. y Barratt, S. (2010). What Are the Components of CBT for Psychosis? A Delphi Study. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 136-142.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca nueva.

Referencias (III)

- Perona-Garcelán, S. (2006). Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apuntes de Psicología*, 24, 83-110.
- Thompson, K.N., McGorry, P.D. y Harrigan, S.M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 62, 31-36.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.