

DEPARTAMENTO
DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS

Abordaje Terapéutico sobre el pensamiento referencial en un caso de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad*

Caso Clínico

M^a Cristina Senín Calderón y Juan Francisco Rodríguez Testal

Investigadora del Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica. Universidad de Cádiz.
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.

Resumen

En el presente estudio se describe el procedimiento de evaluación y abordaje terapéutico de un caso con trastorno esquizotípico de la personalidad. La intervención llevada a cabo fue de corte cognitivo-conductual. Paralelamente se realiza un seguimiento de una medida fundamental de dicho trastorno: del pensamiento referencial, por medio de series temporales breves. En dicho análisis se obtiene una evidente, aunque progresiva, disminución del criterio. Los resultados post-tratamiento muestran una mejora general en todos los aspectos: destacando las relaciones interpersonales, la ausencia de alucinaciones, aumento de la capacidad de disfrute, disminución del contenido inusual del pensamiento, interpretaciones erróneas de la realidad, agresividad y lenguaje inusual. Perdura levemente la distraibilidad, suspicacia y la desorganización conceptual.

Recibido: 03/01/2011 Aceptado: 27/04/2011

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad es característico el déficit interpersonal y apartamiento de los demás; el comportamiento extraño y peculiaridades en el pensamiento que nos recuerda a los trastornos psicóticos pero sin sintomatología activa: ideación paranoide, referencialidad, ilusiones corporales, pensamiento mágico e intereses extravagantes (la clásica esquizofrenia latente de Bleuler y el fenotipo esquizofrénico de Rado) (Millon y Davis, 2001; Núñez y Rodríguez-Testal, 2011). Abundan las distorsiones cognitivas acerca de la relación o conexión entre sucesos cotidianos, un habla analógica, circunstancial, un discurso llamativo por su contenido plagado de fantasías, preocupaciones relativas a la magia, la telepatía, los extraterrestres, la clarividencia, los poderes ocultos y las supersticiones (APA, 2000). A menudo se describe o reconoce a estos pacientes por hablar solos en público, ir vestidos de manera extravagante, hacer gestos u otros comportamientos excéntricos, e incluso bizarros (que se dan cuando la desorganización psicótica está presente). Es propio el escaso interés por relacionarse (algunos de estos pacientes son vagabundos o, en general, marginados) con distancia y suspicacia, sobrepasados por las demandas externas en un mundo que les resulta hostil.

Tanto el trastorno esquizotípico como el esquizoide de la personalidad se consideran genéticamente idénticos a la esquizofrenia aunque con un fenotipo más débil (Mateu, Haro, Revert, Barabash, Benito, Calatayud, et al., 2008). Se suele indicar que si el trastorno esquizoide se conecta con la sintomatología negativa, el esquizotípico lo hace con la positiva. Los estudios fisiológicos coinciden en mostrar este

trastorno como una forma ligera o predisponente de esquizofrenia. Sin embargo, no se ha podido delimitar si se trata de una alteración del neurodesarrollo, anormalidades fisiológicas que dan lugar a una desafrentación o un descenso en las interneuronas (Dickey, McCarley y Shenton, 2002). La incidencia por sexos no está clara.

Un constructo relacionado y de interés es la esquizotipia, aunque no es sinónimo del trastorno esquizotípico de la personalidad ni de esquizofrenia. La esquizotipia o propensión a la psicosis, o mejor, al espectro esquizofrénico, caracterizada por Meehl (1990), implica clínicamente alteraciones cognitivas (trastornos ligeros del pensamiento), anhedonia, ambivalencia y aversión interpersonal. Para este autor, el componente de partida es un esquizogen dominante (hipokrisia) (Lenzenweger, 1998; 1999), que da lugar a un SNC vulnerable en cuanto a la función integrativa del cerebro (esquizotaxia) (10% de la población). La esquizotipia es la variable psicométrica derivada de la esquizotaxia. Si a esta condición se le unen los potenciadores poligénicos (como la introversión social primaria, ansiedad, bajo potencial hedónico -hipohedonia-, bajo nivel energético, baja dominancia...); los aprendizajes sociales deficientes, y los estresores de la vida adulta, puede desarrollarse la esquizofrenia (1% de la población) (Meehl, 1990). En el porcentaje restante tendría cabida, presumiblemente, el trastorno esquizotípico de la personalidad (cuya prevalencia se estima en un 3%; APA, 2000).

Desde los modelos dimensionales, se defiende que la esquizotipia captura un fenotipo "intermedio", menos grave que la esquizofrenia, en intensidad, frecuencia y disfunción (Fonseca-Pedrero, Paíno, Lemos-Giráldez, Sierra-Baigrie, Campillo-Álvarez, Ordoñez-Cambor et al., 2010) o, de forma más extensa, se despliega a lo largo de un continuo: en

Datos de contacto:

Dr. Juan Fco. Rodríguez Testal.
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. C/ Camilo José Cela s/n 41018. Sevilla (España).
testal@us.es

* Este trabajo procede de una sesión clínica impartida por el segundo autor en la Delegación de Huelva del Colegio Oficial de Psicología: *Abordaje terapéutico del Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: a propósito de un caso*, celebrado el 15 de mayo de 2009.

un extremo se sitúa la esquizofrenia y en el polo opuesto la normalidad (Jonhs y van Os, 2001; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009). Se considera un constructo multidimensional compuesto por tres o cuatro dimensiones (según qué investigadores): dimensión positiva (experiencias perceptivas inusuales como alucinaciones; ideas de referencia; ideación mágica; suspicacia), tal y como la caracterizó Lenzenweger (Lenzenweger, Bennett y Lilienfeld, 1997; Meyer y Lenzenweger, 2009); dimensión negativa (anhedonia social y física, déficit interpersonales, restricción afectiva) y desorganización (lenguaje extraño/inusual, conducta extraña) (Fonseca, Muñoz, Lemos, García, Campillo y Villazón, 2007; Rawlings, Williams, Haslam y Claridge, 2008; Rossi y Daneluzzo, 2002; Vollema y Hoijtink, 2000).

Dado que la esquizotipia supone una variable de vulnerabilidad relacionada con el desarrollo de los trastornos del espectro esquizofrénico, incluyendo el trastorno esquizotípico de la personalidad, resulta de gran importancia la intervención psicológica, mejor si es temprana, para así, reducir (o ralentizar) dicha condición. Sin embargo, es escasa la literatura disponible en relación con la intervención psicológica para el trastorno esquizotípico de la personalidad de forma particular (Quiroga y Errasti, 2001). A menudo se subraya que esto se debe a que la mayor atención de la intervención se dispensa cuando la manifestación psicótica ya está presente y no en su condición previa o atenuada (Quiroga y Errasti, 2008). En consecuencia, no abundan evidencias de la eficacia de los tratamientos sobre el trastorno esquizotípico de la personalidad más allá de intervenciones sobre casos clínicos aislados en la terapia cognitivo-conductual (Beck, Freeman y Davis, 2005), en la terapia de aceptación y compromiso o en la psicoterapia analítico funcional (Olivencia y Cangas, 2005). Por tanto, planteamos en este trabajo una intervención cognitivo-conductual sobre un paciente con dicho trastorno de la personalidad y el seguimiento de una medida que refleja la variable de la esquizotipia: el pensamiento referencial.

PARTICIPANTE

Carlos es un varón de 38 años de edad, casado, con un nivel académico hasta COU. Trabaja en un pequeño comercio familiar y es el mayor de 4 hermanos. Vive con su pareja y dos menores a su cargo, una hijastra de 10 años y su hijo de 4 años.

HISTORIA CLÍNICA

Acude por primera vez a la consulta en Octubre de 2007 de forma voluntaria, aunque por insistencia de la familia tras haber tenido lugar un episodio de agresividad familiar (tomó a la hija de su pareja por el cuello). En esos momentos su situación personal era de máxima tensión. Había estado

de baja laboral (que atribuye a preocupaciones diarias) y la incorporación al trabajo hizo que aumentara el estrés. Se define como “siempre peleando con todos, nada me parece normal, soy como de otro planeta”, “siempre vigilado por mis padres, por mi familia, por la sociedad, por ser un personaje público en el pueblo”. Resalta sus dificultades interpersonales, tiende al aislamiento y carece de habilidades para comunicarse y hacerse valer en el negocio (se escabulle, le cuesta el contacto con los clientes, o escribe poemas a alguna clienta para comunicarse con ella). Desde la adolescencia ha sentido desconfianza hacia las relaciones con los demás (las desea pero no las procura o con suma dificultad). Desde el año 2000 ha estado en tratamiento psiquiátrico por sus “obsesiones” y ansiedad ante los demás. En esta época hubo una escasa evolución, periódicamente se daba de baja cuando las tensiones diarias aumentaban. Su desarrollo evolutivo y físico es aparentemente normal. Señala siempre su “rareza”, p. ej.: los regalos de Reyes no los abría, se lo daba a otros o los guardaba. Tenía muchos intereses intelectuales y se volcaba excesivamente en los estudios. Se recuerda a los 14 o 15 años como capaz de todo, un ser extraordinario por su implicación en el ámbito académico (su rendimiento no era muy alto), aunque a la vez alejado de los juegos de otros, alentado a seguir otro camino para “no estropear a los demás”. Desde la adolescencia se observan algunas conductas peculiares, como seguir a algunas personas por la calle; escribe numerosos poemas de contenido incomprensible que entrega a su hermana (única confidente); “en 2002 escribí un libro para liberarme”. El texto está plagado de fórmulas con aspecto de ciencia física. En la mayoría de sus interpretaciones trata de establecer conexiones entre la Naturaleza, el espacio, el tiempo, las personas y el pueblo en donde vive. En uno de los párrafos señala: “Desarrollo de j. En nuestra tierra sevillana las cosas están en muchas ocasiones basadas en el giro de 90 grados. A veces tener un poco de paciencia y el asunto da 90 grados, empieza a tener más sentido. Cuadra algo más de lo que en principio pensábamos que era y no sabíamos. El giro al que está relacionado todo lo que implica la calle Principal y La Gran Plaza es de 180 grados porque es como el Sol y la Luna. Son totalmente distintas pero unidos en un mismo sitio, con la misma base de respeto. Son totalmente distintas pero esa filosofía no quiere decir que sea malo, no implica malicia... otra cosa es que luego nos peleemos y no sepamos desprendernos de rencores y odios”.

No hay enfermedades físicas de interés. Fuma un paquete de tabaco diario cuando está estresado.

Define a sus padres como ausentes, con escasa implicación aunque intentando controlar siempre su conducta. La madre es descrita como conflictiva “no entiende o confunde la realidad”. La hermana que le acompaña al principio de las sesiones es la que ejerce el papel familiar más eficaz, quien proporciona control, papel activo y regula la conducta de la casa. Le valora como alguien “raro”, preocupado por asuntos irrelevantes, “etéreos”, apático y pasivo.

De siempre se han dado “sensaciones de presencia”, ideas de referencia, lenguaje particular (metafórico) y desconfianza. Mantiene el contacto ocular, no hay desorganización marcada en su conducta, cierta latencia en la respuesta, risas acordes con el contenido pero llamativas en su producción, sintomatología negativa sobre todo apatía y anhedonia (social y física). Al poco de empezar las sesiones se siente muy mal e informa de alucinaciones auditivas de escaso desarrollo: “Oye, Carlos”; “Ten cuidado”; “¡Eh, tú!”. Se describe como estar en “una bola de fuego, si cae hacia un lado quema a la población; si cae hacia el otro se quema el bosque. Tengo que ir con cuidado porque me mareo”. Destaca sensaciones de inminencia y capacidad de predicción, comunica sensaciones particulares: “el agua de la botella tiene vida propia”.

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo en un gabinete privado de Psicología Clínica. Inicialmente las sesiones se realizaban una vez por semana con una duración de una hora (excepto cuando acude su mujer, padres o hermana). Desde enero de 2009 en adelante se realizan cada quince días.

En la segunda sesión de terapia se le entregó un dossier en donde se incluyeron diversos instrumentos de evaluación acerca de la personalidad, ansiedad, depresión, salud general, vulnerabilidad para la depresión, pensamiento referencial, etc. A continuación, exponemos los resultados obtenidos en cada uno de ellos en la evaluación pre-tratamiento (entre paréntesis aparecen los puntos de corte o la puntuación media para población general).

Entrevista inicial autoaplicada de elaboración propia: Contiene ítems que hacen referencia a aspectos sociodemográficos, enfermedades médicas, antecedentes y consumo de fármacos y drogas/alcohol. Tratamiento farmacológico inicial: perfenazina 4/25 (0/1/1) y lorazepam (1/0/1), y posteriormente, perfenazina (ídem); haloperidol (10/10/10) y halazepam (1/0/1) hasta la actualidad con reducción de la dosis de neurolepticos a principios de 2009.

Escala de Apreciación Psiquiátrica Breve (BPRS) (Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986): Puntuaciones desde 1 (no apreciado) hasta 7 (extremadamente severo). Global 59 (2.45 sobre 24 ítems).

Dimensión psicótica: hostilidad= 4; suspicacia= 4; contenido inusual del pensamiento= 3; grandiosidad= 1; alucinaciones= 3.

Dimensión desorganizada: desorientación= 1; desorganización conceptual= 4; excitación= 1; tensión= 4; manierismos y posturas= 1; negativismo= 2; descuido personal o autoabandono= 2; comportamiento bizarro= 2; hiperactividad motora= 1; distraibilidad= 2.

Dimensión negativa: retardo psicomotor= 3; afecto aplastado= 2; indiferencia afectiva= 2.

Dimensión emocional: preocupación somática= 2; ansiedad= 6; depresión= 3; culpabilidad= 5; elación= 1; conducta suicida= 1.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988): 32 puntos (p.c.= 26).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión de Vázquez y Sanz, 1997): 28 puntos (p.c.= 14).

Inventario Pensilvania de preocupación (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990): 60 puntos (p.c.= 68).

Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) (Weissman y Beck, 1978. Versión de Sanz y Vázquez, 1993):

DAS-total: 135 puntos (p.c.= 144); *DAS-logro:* 54 puntos (p.c.= 45); *DAS-dependencia/necesidad de aprobación:* 36 puntos (p.c.= 36); *DAS- autonomía:* 14 puntos (p.c.= 27).

Cuestionario de Salud General del Goldberg (GHQ-28) (versión de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986).

GHQ-global: 7 puntos (p.c.= 5); *GHQ-somático:* 11; *GHQ-ansiedad:* 8; *GHQ-disfunción:* 3; *GHQ-depresión:* 6.

Escala de pensamiento referencial (REF) (Lenzenweger, Bennett y Lilienfeld, 1997): 22 puntos (p.c.= 7). Un mes después de la primera evaluación = 18 puntos (comienzo de la serie temporal).

Sinceridad-EPI (Eysenck y Eysenck, 1990): 8 puntos (puntuación máxima= 9)

Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) (Millon, 1994), versión española de TEA (2001). Normalidad: 29-69.

Metas motivacionales: Expansión= 39; preservación= 81; modificación= 52; adecuación= 47; individuación= 76; protección= 35.

Modos cognitivos: Extraversión= 47; introversión= 61; sensación=37; intuición=69; pensamiento= 37; sentimiento=5 3; sistematización= 29; innovación= 83.

Comportamientos interpersonales: Retraimiento= 72; sociabilidad= 60; indecisión= 64; decisión= 72; discrepancia= 77; conformismo= 49; sumisión= 53; dominio= 81; descontento= 43; aquiescencia= 40.

Índice de ajuste tipificado= -22.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon, 1997), versión española de TEA (1999). Las puntuaciones por encima de 75 se consideran indicios (en los trastornos del Eje II) o síndromes (en los trastornos del Eje I), a partir de 85 puntos, las puntuaciones se consideran indicadoras de una patología.

MCMI-II Eje II: esquizoide= 71; fóbica= 83; dependiente= 86; histriónica= 106; narcisista= 89; antisocial= 104; agresivo/sádica= 90; compulsiva= 48; pasivo/agresiva= 89; autodestructiva= 99, esquizotípico= 107; límite= 93; paranoide= 105.

MCMI-II Eje I: ansiedad= 75; histeriforme= 85; hipomanía= 100; neurosis depresiva= 83; abuso de alcohol= 100; abuso de drogas= 100; pensamiento psicótico= 101; depresión mayor= 65; delirios psicóticos= 102.

Sinceridad= 100.

Los instrumentos se rellenaron en el domicilio del paciente. Particularmente la escala REF de pensamiento referencial se entregó cada tres días desde noviembre de 2007 hasta principios de septiembre de 2008. Se obtuvo el consentimiento informado de forma escrita para poder utilizar sus datos con fines de investigación.

Procedimiento estadístico

En particular para el análisis del pensamiento referencial (un aspecto de la esquizotipia) se empleó un diseño longitudinal (series temporales breves). Se utilizó el estadístico C de Young para seguir este criterio desde el comienzo del proceso terapéutico y detectar los cambios a lo largo de la evolución del paciente (DeCarlo y Tryon, 1993; Tryon, 1982). También se utilizó el procedimiento de los mínimos cuadrados para la obtención de la línea de tendencia.

El procedimiento estadístico consistió en dividir el total de la serie en dos partes (fase 1: 1-24, fase 2: 25-103). La aplicación del estadístico C no debería obtener tendencia en ninguna de sus partes (fase 1 o 2) lo que indicaría estabilidad en cada serie por separado (Z observada < Z teórica). Finalmente se vuelve a aplicar el estadístico C a toda la serie (fase 1 + fase 2) de modo que: si el estadístico C obtiene un resultado significativo ($Z_o > Z_t$) indicaría que hay un cambio en la tendencia. En este caso, la inspección visual y/u otro procedimiento estadístico (p.ej. el procedimiento de los mínimos cuadrados) puede indicar la recta que deriva de las puntuaciones y estimar así si hay incremento o descenso a lo largo de la serie de puntos.

Los análisis de las series temporales interrumpidas, sobre el total de autorreferencias (escala REF), se llevaron a

cabo con un nivel de confianza del 99% y una probabilidad siempre inferior al .01. Se utilizó un programa construido al efecto por el Dr. Vicente Manzano, Profesor Titular de Estadística de la Universidad de Sevilla.

TRATAMIENTO

Hipótesis de Origen: Partimos de una posible estructura de personalidad que condiciona la manera de percibir el mundo: estilo interpersonal alterado, tendencia a la referencialidad, suspicacia, lenguaje circunstancial, etc.

Hipótesis de Mantenimiento: El aislamiento, la evitación social, el lenguaje peculiar y los escritos, sirven como forma de aliviar el malestar aunque perpetúan el estilo global e impiden la rectificación del mismo. El estilo indiferente e ineficaz de los padres y las dificultades iniciales de comunicación con la mujer (extranjera de origen) pudieron favorecer el mantenimiento del problema y deteriorar su autoimagen.

Objetivos de tratamiento:

Establecer una sólida relación terapéutica.

Reducir el aislamiento social, cultivar la adecuación y habilidad sociales.

Mejorar el estilo comunicativo personal: intención, estructuración y expresión de los pensamientos.

Identificar las respuestas inadecuadas, pensamientos automáticos, distorsiones y mejorar capacidad para entender y resolver aspectos de la vida cotidiana.

Probar las creencias.

Estructurar las sesiones de forma marcada.

Establecer pocas metas en cada sesión.

8) Aumentar la sensibilidad al placer.

9) Aceptación, apoyo y comprensión empática.

10) Mejorar la autonomía.

11) Reconstruir la autoimagen alterada.

12) Mejorar implicación afectiva en casa.

La intervención llevada a cabo fue de corte cognitivo-conductual. Los objetivos 3 y 4 son los que pueden resultar más claramente constatables a partir de los datos que se presentan.

Tabla 1. Análisis funcional de las conductas problema.

E. Antecedentes	V. Organísmicas	Respuestas	Consecuentes
<i>Internos:</i>	<i>Variables de vulnerabilidad</i>	<i>Motoras:</i>	<i>A corto plazo</i>
Alucinaciones auditivas “ten cuidado; eh, tú!”	Ausencia afectiva de los padres	Lenguaje inusual “el agua de la botella tiene vida propia”.	Evitación social (R-) ¹
Ideas de referencia “siempre vigilado por mis padres, mi familia, la sociedad”	Esposa de origen extranjero	Dificultades interpersonales: “siempre peleando con todos”	Darse de baja (R-)
Desconfianza	Comportamiento extraño desde pequeño “no abrir los regalos de Reyes”	Comportamientos extraños (seguir a algunas personas por la calle)	Se escabulle del negocio (R-)
	Pobres recursos de afrontamiento	Risas llamativas	Lenguaje peculiar (R+) ²
<i>Externos:</i>		Latencia en la respuesta	Escritos (R+)
Cuando tiene que tratar con clientes	En la adolescencia: Aislamiento, ideas de grandeza (se consideraba un ser extraordinario).	Fumar	<i>A medio y a largo plazo</i>
Presencia de la familia y esposa	Dificultades interpersonales (seguir a personas por la calle)	<i>Fisiológicas</i>	Autoimagen negativa (C+) ³
Periodos de estrés laboral	Excesiva implicación en los estudios	Tensión	
		<i>Cognitivas</i>	
		Carencia de habilidades sociales (escribe poemas a sus clientes para comunicarse con ellas)	
		Preocupaciones cotidianas (negocio, familia) y por asuntos irrelevantes.	
		Suspición y desconfianza hacia los demás “Sabén lo que pienso”	
		Anticipación negativa de su autoimagen “no les voy a gustar”	
		Sensaciones extrañas (inminencia, capacidad de predicción, sensaciones de presencia) “lo que pienso pasará”, “va a ocurrir algo malo”	
		<i>Emocionales</i>	
		Apatía y anhedonia	

1. Reforzamiento negativo
2. Reforzamiento positivo
3. Castigo positivo

A partir de la evaluación clínica se realizó un *análisis funcional* de las conductas problemas para dar mayor rigor y sistematización al tratamiento (tabla 1).

Las sesiones fueron semanales y, al principio, quincenalmente participaban la esposa o la familia de origen de Carlos. El cumplimiento del primer objetivo planteado fue de importancia destacada ya que los pacientes con Trastorno Esquizoipático de la Personalidad mantienen algunas

creencias disfuncionales sobre las personas y las relaciones interpersonales (Beck, Freeman y Davis, 2005). La estructuración de las sesiones se cumplió rigurosamente, pues el paciente tendía fácilmente a la divagación y era difícil el logro de resultados si no se controlaba este factor. Para conseguir que se cumplieran las propuestas de cada sesión, se planteó un contrato conductual en el que Carlos se comprometía a elaborar una agenda de los temas a tratar, dividiéndolos con ayuda del terapeuta en metas pequeñas.

Desde las primeras sesiones se empleó el procedimiento de reestructuración cognitiva. Se le enseñó el modelo “ABC” de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1981) para que aprendiera a identificar sus creencias irracionales (“no les voy a gustar”, “va a ocurrir algo malo”, “sabe lo que pienso”) y evaluaciones erróneas de la realidad (“el mundo es peligroso”, “no existen las casualidades”, “lo que pienso pasará”) para así modificarlas por otras más racionales u objetivas, en lugar de basar sus creencias en respuestas afectivas. Por otro lado, ante la falta de crítica ante algunas de las creencias irracionales, a través del reforzamiento diferencial de otras conductas se favoreció la generación de alternativas y se ignoraron las ideas extravagantes (procedimiento de extinción).

Por otro lado, se procuró mostrar la ruptura de la relación causa-efecto idiosincrásica a través del uso de ejemplos diarios y análisis de noticias. Se empleó el cuestionamiento o diálogo socrático propio de la Terapia Cognitiva de Beck (Beck y Alford, 2009) para modificar las distorsiones cog-

nitivas (tales como la personalización, referencialidad y razonamiento emocional: “la ciudad está triste, todo el mundo está decaído o enfadado) y el análisis de metáforas que él mismo formulaba, con redefinición de éstas de forma más realista y menos tendente a interpretaciones globales o metafísicas.

Durante todo el proceso terapéutico se trabajaron las habilidades interpersonales a través del modelado, ensayo de conducta y desempeño de papeles. Se plantearon ejercicios para casa para consolidar el aprendizaje. Se aplicaron técnicas operantes como el reforzamiento positivo ante las conductas objetivo conseguidas, el reforzamiento diferencial ante conductas inadecuadas como la divagación y la circunstancialidad en el lenguaje. Se le enseñó a manejar la “presión” (fundamentalmente procedente de su pareja) y las “contradicciones” (pedir y dejar hacer) por medio de ensayos de conducta, el “peso del pasado” (autoimagen deteriorada como el raro o inútil de la casa) por medio de reestructuración cog-

Tabla 2. Resultados de la evaluación pre-tratamiento y pos-tratamiento del Inventario de Estilos de Personalidad (MIPS)

MIPS. METAS MOTIVACIONALES (29-69)		Pre-tratamiento (PP)	Post-tratamiento (PP)
EXISTENCIA	Expansión	39	40
	Preservación	81	53
ADAPTACIÓN	Modificación	52	61
	Adecuación	47	52
REPLICACIÓN	Individuación	76	79
	Protección	35	53
MIPS. MODOS COGNITIVOS (29-69)		Pre-tratamiento (PP)	Post-tratamiento (PP)
FUENTES DE INFORMACIÓN	Extraversión	47	68
	Introversión	61	61
	Sensación	37	13
	Intuición	69	91
PROCESOS O TRANSFORMACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Pensamiento	37	58
	Sentimiento	53	94
	Sistematización	29	33
	Innovación	83	91
MIPS. COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES (29-69)		Pre-tratamiento (PP)	Post-tratamiento (PP)
GRADO DE COMUNICACIÓN	Retraimiento	72	36
	Sociabilidad	60	83
SEGURIDAD	Indecisión	64	55
	Decisión	72	44
CONVENCIONALISMO	Discrepancia	77	49
	Conformismo	49	42
PODER	Sumisión	53	52
	Dominio	81	65
NEGATIVISMO	Descontento	43	35
	Aquiescencia	40	41
ÍNDICE DE AJUSTE (TIPIFICADO)		3	40

Tabla 3: Resultados de la evaluación pre-tratamiento y pos-tratamiento del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II-III)

MCMI-II y III. Eje II	Pre-tratamiento (TB)	Post-tratamiento (TB)
Esquizoide	71	57
Fóbica	83	59
Dependiente	86	58
Histriónica	106	34
Narcisista	89	78
Antisocial	104	62
Agresivo/sádica	90	62
Compulsiva	48	52
Pasivo/agresiva	89	54
Autodestructiva	99	59
MCMI-II y III. Eje II	Pre-tratamiento (TB)	Post-tratamiento (TB)
Esquizotípico	107	58
Límite	93	56
Paranoide	105	57
Sinceridad	100	83
MCMI-II y III. Eje I	Pre-tratamiento (TB)	Post-tratamiento (TB)
Ansiedad	75	86
Histeriforme	85	64
Hipomanía	100	61
Neurosis depresiva	83	57
Abuso de alcohol	100	75
Abuso de drogas	100	65
Pensamiento psicótico	101	46
Depresión mayor	65	63
Delirios psicóticos	102	63

nitiva, la falta de comunicación (principalmente con su familia de origen) a través de tareas específicas relacionadas con el entrenamiento de habilidades sociales y realización de tareas programadas. Se le instó a jugar e implicarse con los hijos como fuente de experiencia emocional. Con este esquema se pretendió reducir la tendencia al aislamiento.

RESULTADOS

A propósito de la intervención psicológica llevada a cabo, se realizó una evaluación tras 14 meses de trabajo terapéutico, obteniéndose una importante reducción en algunas de las escalas del MIPS, MCMI-II, REF (aparte del seguimiento de medidas en serie que se dio por finalizado en septiembre de 2008), y BPRS con respecto a la evaluación pre-tratamiento. Desde ese momento (enero de 2009) se realizaron sesiones quincenales y, desde septiembre de 2009, un seguimiento mensual hasta la actualidad (septiembre 2010). Entre los resultados más destacados en el MIPS podemos observar en la tabla 2, una mejora en la capacidad de disfrute y tendencia a mirar el lado positivo de la vida junto con una disminución en la concentración hacia los problemas y aumento en la

preocupación por los demás. El paciente se muestra más extrovertido y sociable, disminuye su tendencia al aislamiento y aumenta su iniciativa a la hora de entablar relaciones sociales. Es de destacar que se incrementa la capacidad para procesar el conocimiento por medio de la lógica y el razonamiento objetivo aunque crece su interés por lo simbólico y desconocido, con una tendencia a elaborar juicios guiándose por sus valoraciones afectivas. Se observa una notable disminución en la discrepancia y dominio.

Con respecto a las manifestaciones del Eje I y II (medidos a través del MCMI, versiones II y III) se observan cambios importantes (tabla 3). Centrándonos en el Eje II percibimos un aumento en la iniciativa hacia las relaciones interpersonales adoptando un rol más activo. Disminuye de forma destacada la necesidad de ser aceptado y aprobado por los demás. Los aspectos antisociales y agresivos se reducen de forma acentuada así como su tendencia a subrayar los aspectos desgraciados de su vida que agravaban su dolor. Los componentes considerados más graves en este instrumento (esquizotípicos, límites y paranoides) disminuyen drásticamente a niveles considerados aceptables. Con relación al Eje I, cabe destacar el marcado descenso en pensamiento y delirios psi-

Gráfica 1. Series temporales breves del pensamiento referencial (REF) y línea de tendencia

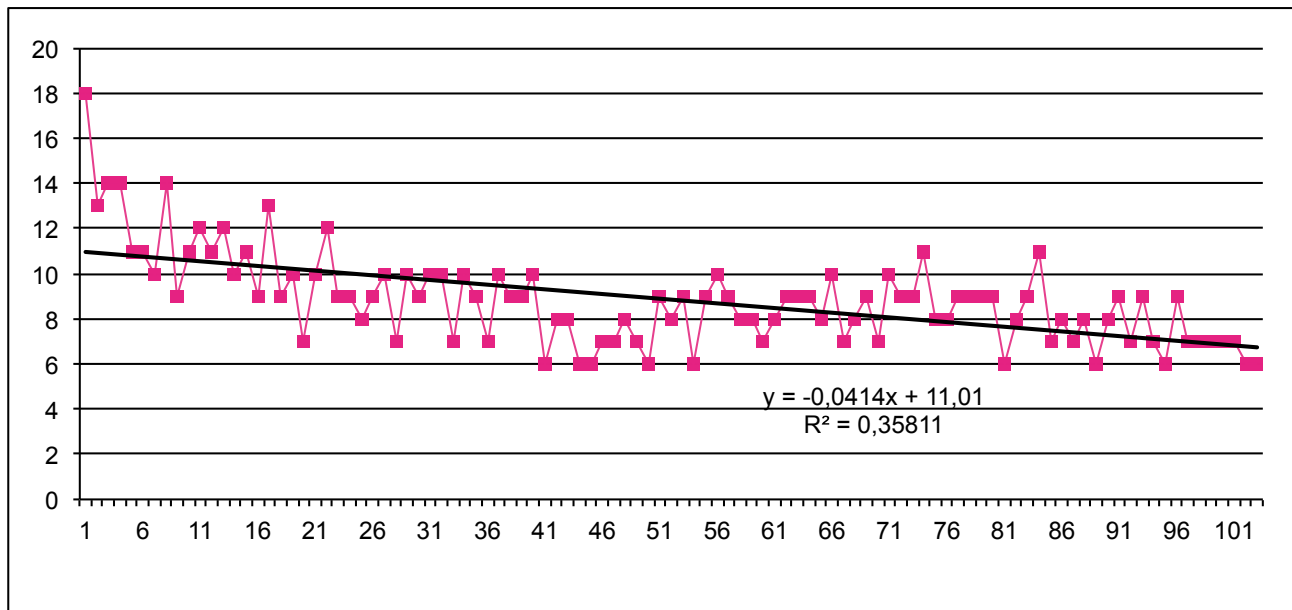


Tabla 4: Análisis de la serie temporal sobre el pensamiento referencial (REF) y efectos atribuibles al tratamiento

	C	Zo	Zt	Cambio de tendencia
Observaciones 1-24	.377	1.926	2.27	No
Observaciones 25-103	.142	1.275	2.330	No
Global	.549	5.626	2.330	Sí

cóticos. Las quejas somatoformes disminuyen así como las puntuaciones en el consumo de drogas y alcohol, aunque se produce un aumento en la ansiedad, posiblemente ligado a circunstancias cotidianas que preocupaban al paciente en esos momentos.

A propósito del análisis de las series temporales breves, los resultados sugieren una disminución progresiva de la referencialidad (gráfica 1). El análisis de la C de Young indica que tanto en la primera fase como en la segunda, las medidas son estables, por tanto no hay cambio en la tendencia (tabla 4). Cuando se toma toda la serie, se muestran cambios en la tendencia estadísticamente significativos con una dirección descendente. Se obtiene un tamaño de efecto relevante (35.81%).

Tabla 5. Resultados pre-tratamiento y pos-tratamiento de la escala de Apreciación Psiquiátrica Breve (BPRS) global y por dimensiones psicopatológicas.

	Pre-tratamiento	Pos-tratamiento
BPRS total (sobre 24)	59 (2.45)	32 (1.33)
Dimensión psicótica/positiva: sobre 5	2.8	1.4
Dimensión desorganizada: sobre 10	2	1.2
Dimensión negativa: sobre 3	2.3	1.3
Dimensión emocional: sobre 6	3	1.5

La Escala de Apreciación Psiquiátrica Breve (BPRS) nos permite observar un claro descenso en todas sus dimensiones (tabla 5). Es de destacar que los componentes desorganizados y negativos están prácticamente ausentes así como las alucinaciones (dimensión psicótica). Perdura de forma leve la distraibilidad, la suspicacia, el contenido inusual del pensamiento y la desorganización conceptual.

DISCUSIÓN

El análisis de las puntuaciones muestra un cambio muy amplio, aunque no definitivo, en el caso que se presenta. Además, es algo igualmente apreciado por las personas que viven con el paciente. Establecimos diversos objetivos terapéuticos pero dimos relevancia a estructurar mucho cada actividad y favorecer la reflexión, valoración o respuesta más centrada en la realidad de cada acontecimiento. La tendencia más inmediata de Carlos era siempre interpretar las cosas de forma mágica y aislarse al no entender o funcionar inadecuadamente. En este sentido, el análisis de noticias, artículos de prensa, algún libro, asistencia a conferencias, e incluso metáforas, como se ha recomendado (Olivencia y Cangas, 2005), representaron un ámbito muy rico en el que observar sus interpretaciones, a menudo suspicaces o altamente referenciales, y ayudar a una reestructuración sobre el modo y contenido del análisis de sus pensamientos y comportamiento.

El ámbito familiar fue otro aspecto fundamental, sobre todo en el contexto marital, para disminuir la crítica excesiva, la reiteración de protestas sin una formulación clara de las necesidades de la casa que Carlos tendía a eludir o a responder de forma inoperante. La implicación sobre el cuidado de los hijos fue importante; se pasó de no entender absolutamente nada de lo que le pedían los niños a lograr identificar sus estados emocionales y observar el efecto que tenía sobre él (a menudo agradable) la expresión afectiva de ellos.

El análisis de un aspecto de la esquizotipia, el pensamiento referencial, criterio en este caso muy relevante por su elevada producción, manifiesta un cambio significativo pero muy paulatino. La serie realizada durante algo más de diez meses señala una caída en la tendencia referencial, sobre todo a partir del segundo mes y medio de tratamiento (momento en el que se estabiliza la serie, hasta la observación 24) pero no su finalización, aspecto que se refleja en la puntuación residual de los indicadores positivos de la BPRS. Como en trabajos anteriores, hemos podido observar que la medida del pensamiento referencial nos ofrece una caracterización nuclear de las psicosis (espectro esquizofrénico) pero susceptible de recibir el efecto de una intervención psicológica (Rodríguez-Testal, Valdés-Díaz, Benítez-Hernández, Fuentes-Márquez, Fernández-Jiménez y Senín-Calderón, 2009). Posiblemente, a pesar del cansancio derivado del procedimiento repetitivo de medidas, un mayor número de observaciones, podría mostrar una disminución muy marcada en la tendencia a la referencialidad.

Los cambios de este paciente fueron seguidos en sesiones mensuales apreciándose, en términos generales, mantenimiento de los logros. Sin embargo, es difícil suponer que se va a producir un cambio superior al observado. La incorporación a su trabajo en la tienda, la reducción de la medicación, el descubrir que todavía se veía superado si la jornada laboral era muy extensa, fueron algunos sucesos acaecidos en el año de seguimiento actual que le han puesto a prueba aunque con resultados aceptables.

Para finalizar es preciso señalar que este trabajo tiene inconvenientes o limitaciones. Se trata de un caso único con una medida pre- y otra postest, por lo que los resultados no pueden generalizarse ni tomarse como una evidencia de eficacia terapéutica. La aplicación de las series temporales en un espacio de tiempo amplio permite que las medidas continuadas conviertan al sujeto en su propio control y se disponga de un indicador más valioso de cambio. Sin embargo, el instrumento utilizado para el registro del pensamiento referencial es autoinformado, lo que introduce una fuente de error a tener en cuenta. Con todo, y dado que se ha utilizado la BPRS como prueba heteroinformada, puede señalarse una coincidencia convergente con los resultados autoinformados. La falta de un grupo de estudio y de un grupo de comparación limita el alcance de los resultados al

propio caso expuesto, pero puede sugerir una forma de intervenir con personas afectadas de trastorno esquizotípico de la personalidad.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA.
- Beck, A. y Alford, B.A. (2009). *Depression: Causes and Treatment* (2ª ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Freeman, A. y Davis, D.D. (2005). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad* (2ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- DeCarlo, L.T. y Tryon, W.W. (1993). Estimating and Testing Autocorrelation with Small Samples: A Comparison of the C-Statistic to a Modified Estimator. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 781-788.
- Dickey, C.C., McCarley, R.W. y Shenton, M.E. (2002). The brain in schizotypal personality disorder: a review of structural MRI and CT findings. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 1-15.
- Ellis, A. (1981). La teoría básica clínica de la Terapia Racional-Emotiva. En Ellis, A. y Grieger, R., *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Vol. 1. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1990). *Cuestionario de Personalidad EPI (6ª ed.)*. Madrid: TEA (original en inglés, 1964).
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., and Villazón García, U. (2007). Multidimensionality of schizotypy under review. *Papeles del Psicólogo*, 28, 117-126.
- Fonseca-Pedrero, E., Paíno, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Campillo-Álvarez, A., Ordoñez-Cambor, N. et al., (2010). Evaluación de la propensión a la psicosis con el ESQUIZO-Q. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 167-183
- Johns, L. y Van Os, J. (2001). The Continuity of Psychotic Experiences in the General Population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.

- Lenzenweger, M.F. (1998). Schizotypy and schizotypic psychopathology: Mapping an alternative expression of schizophrenia liability. En M.F. Lenzenweger y R.H. Dworkin (eds.), *Origins and development of schizophrenia: Advances in experimental psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lenzenweger, M.F. (1999). Schizophrenia: refining the phenotype, resolving endophenotypes. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 281-295.
- Lenzenweger, M.F., Bennett, M.E. y Lilienfeld, L.R. (1997). The Referential Thinking Scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463.
- Lemos Giráldez, S., Inda Caro, M., López Rodrigo, A.M., Páino Piñeiro, M y Besteiro González, J.L. (1999). Valoración de los componentes esenciales de la esquizotipia a través de medidas neurocognitivas. *Psicothema*, 11, 477-494.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the Scaled Version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K.H. y Ventura, J. (1986). Manual para la Escala de Apreciación Psiquiátrica Breve Ampliada (BPRS). En R.P. Liberman y K. H. Nuechterlein, Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 578-603.
- Mateu, C., Haro, G., Revert, L., Barabash, A., Benito, A., Calatayud, M. y Traver, F. (2008). El papel de la genética en la personalidad y sus trastornos desde una perspectiva clínica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 230-243.
- Meehl, P.E. (1990). Towards an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.
- Meyer, E.C. y Lenzenweger, M.F. (2009). The Specificity of Referential Thinking: A Comparison of Schizotypy and Social Anxiety. *Psychiatry Research*, 165, 78-87.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Millon, T. (1997/1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. MCMI-II Manual*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada. (original: *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*). 1997. Inc. Minneapolis: National Computer System).
- Millon, T. (1997/2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. MCMI-III Manual*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada (Original: *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*). Minneapolis: National Computer System).
- Millon, T. (1994/2001). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)*. Madrid: Tea.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. Barcelona: Masson.
- Núñez Gaitán, M.C. y Rodríguez Testal, J.F. (2011). Trastornos de personalidad. En J.F. Rodríguez Testal y P.J. Mesa Cid, *Manual de Psicopatología Clínica*. Madrid: Pirámide.
- Olivencia, J.J. y Cangas, A.J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad. Un estudio de caso. *Psicothema*, 17, 412-417.
- Quiroga Romero, E. y Errasti Pérez, J.M. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para los Trastornos de Personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- Quiroga Romero, E. y Errasti Pérez, J.M. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez, *Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces I. Adultos* (pp. 405-428). Madrid: Pirámide.
- Rawlings, D., Williams, B., Haslam, N. y Claridge, G. (2008). Taxonomic analysis support a dimensional latent structure for schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 44, 1640-1651.
- Rodríguez-Testal, J.F., Valdés-Díaz, M., Benítez-Hernández, M.M., Fuentes-Márquez, S., Fernández-Jiménez, E. y Senín-Calderón, M.C. (2009). Stability and Reliability of the Assessment of Referential Thinking by the REF Scale. *World Psychiatry*, 8, (Supp. 1), 297.
- Rossi, A. y Daneluzzo, E. (2002). Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophrenia Research*, 54, 67-75.
- Sanz Fernández, J. y Vázquez Valverde, C. (1993). Adaptación Española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: Propiedades Psicométricas y Clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Tryon, W.W. (1982). A Simplified Time-Series Analysis for Evaluating Treatment Interventions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 423-429.

Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 175-195

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y Valores Normativos de la Versión Española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

Vollema, M.G. y Hoijsink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population: an analysis using multidimensional Rasch models. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 565-575.