

Treball de Final de Grau/Màster / *Trabajo de Final de Grado/Máster*

**MASTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN
SALUD MENTAL COMUNITARIA**

CURSO 2014-2015

**ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN EL
TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA PARA FOMENTAR LA
AUTONOMÍA. DISEÑO DE CASO ÚNICO**

Autor/a / Autor/a: ROSA ARMAS CAICEDO

Director/a / Director/a: JOSEP ANDREU PENA GARIJO

Data de lectura / Fecha de lectura: 19/10/2015



Resum / Resumen:

En los últimos estudios realizados sobre la efectividad de la rehabilitación cognitiva en el tratamiento de la esquizofrenia, se ha demostrado que las estrategias aplicadas mejoran la cognición deficitaria de estos pacientes y adicionalmente los resultados muestran también mejoras en otros factores relacionados con el funcionamiento social, calidad de vida y autonomía personal. La presente investigación pretende determinar la efectividad terapéutica de las estrategias de rehabilitación cognitiva en el desarrollo de la autonomía en una paciente con esquizofrenia paranoide crónica. La metodología se basa en un diseño de caso único, centrada en obtener información al inicio de la intervención terapéutica y después de finalizar la misma, con la finalidad de determinar los cambios clínicos que dieran información para establecer el cumplimiento o no de los objetivos planteados. Tanto en la valoración inicial como final se utilizaron instrumentos psicométricos estandarizados, así como la entrevista clínica semiestructurada para la recopilación de información necesaria para la planificación de la intervención terapéutica y elección de estrategias de rehabilitación cognitiva específicas. Las estrategias se enmarcaron en la técnica de scaffolding y tomaron como base los módulos de atención, memoria y planificación del programa Cognitive Remediation Therapy (CRT). De los resultados alcanzados se puede determinar que la rehabilitación cognitiva tiene un efecto terapéutico en la mejora de la autonomía personal.

Paraules clau / Palabras clave: rehabilitación cognitiva, autonomía, esquizofrenia.

Abstract:

In recent studies on the effectiveness of cognitive rehabilitation in the treatment of schizophrenia, it has shown that the strategies applied improve the cognitive impairment in these patients and further results also show improvements in other factors related to social functioning, quality of life and personal autonomy. This research aims to determine the

therapeutic effectiveness of cognitive rehabilitation strategies in the development of autonomy in a patient with chronic paranoid schizophrenia. The methodology is based on a single case design, collecting information at the beginning of the intervention, and after completing it, in order to determine the clinical changes which allow establishing objectives' compliance. Both in the initial and the final evaluation, standardized psychometric instruments were used, as well as semi-structured clinical interview for gathering information necessary for therapeutic intervention's planning and choice of specific cognitive rehabilitation strategies. The strategies were part of the scaffolding technique and were based on attention, memory and planning modules from the Cognitive Remediation Therapy (CRT) program. From the results achieved can be determined that cognitive rehabilitation has a therapeutic effect on improving personal autonomy.

Keywords: cognitive rehabilitation, autonomy, schizophrenia.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Objetivos	4
Hipótesis.....	5
Método	5
Muestra	6
Aspectos éticos	6
Instrumentos de evaluación	7
Procedimiento.....	11
VARIABLES	12
Resultados.....	12
Discusión	17
Conclusiones	19
Limitaciones.....	20
Referencias.....	21
Anexos	23

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad altamente debilitante y una condición crónica que conduce a interrupciones en el funcionamiento cotidiano. Los pacientes con esquizofrenia demuestran deterioro en su funcionamiento cotidiano y deficiencias en las actividades cognitivas y reales desde el primer episodio de la enfermedad. Abundantes pruebas sugieren que los déficit cognitivos son determinantes importantes de discapacidad en dominios más funcionales (Reichenberg, 2014).

Las intervenciones de terapia cognitiva para el tratamiento de la esquizofrenia son relativamente recientes, siendo habituales a partir del 2002 (Jones & otros, 2013), si bien la terapia cognitiva conductual (TCC) es un tratamiento por primera vez mencionado en un artículo publicado por Beck en el año 1952. La terapia cognitiva puede categorizarse como basadas en el proceso (déficits cognitivos) o basadas en el contenido (sesgos cognitivos). Los enfoques basados en el proceso atienden a las capacidades cognitivas desde una perspectiva neuropsicológica; es decir atención, concentración y memoria. Estos modelos de intervención suelen ser conocidos como “rehabilitación cognitiva” (Perris 2004).

Quizá la forma de terapia cognitiva basada en el proceso más ampliamente desarrollada y más rigurosamente estudiada sea la terapia cognitiva de Chadwick y colaboradores. Este grupo de investigadores aplicó un modelo de cambio cognitivo a múltiples poblaciones y entornos diferentes, desarrollando un enfoque individual para el tratamiento de ideas delirantes y de las alucinaciones (Chadwick y otros, 1996). Los resultados de un ensayo centrado en delirios de persecución demostraron que una breve intervención específica sobre la preocupación podría ser un beneficio adicional en el tratamiento estándar de la psicosis (Freeman 2015). Chadwick (2006) describe el modelo de intervención basado en la persona, el cual define la exploración terapéutica de la llamada zona de futuro desarrollo, cuya

intervención cognitiva incluye la meditación como forma de aliviar el malestar originado por la experiencia de la enfermedad y su significado.

En la actualidad han surgido una variedad de alternativas terapéuticas de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Dentro de las posibles alternativas se encuentran las terapias con programas multifunción o multimodales, diseñadas para actuar sobre varios déficits cognitivos asociados a la enfermedad, que cuentan con varios estudios asociados.

Uno de los estudios con mayor apoyo empírico de efectividad con grupos aleatorizados es el estudio basado en la terapia “Cognitive Enhancement Therapy (CET)” (Hogarty 2004); procedimiento en el que se comparó la CET con la terapia de apoyo que incluyó psicoeducación, manejo de estrés y solución de problemas. Los resultados mostraron superioridad de la CET en las variables de neurocognición, velocidad de procesamiento, cognición social, estilo cognitivo y adaptación social, excepto en los síntomas, manteniendo la mejoría en un corte de 2 años (Hogarty 2004).

Otra de las terapias de rehabilitación cognitiva con programa multifunción es la “Cognitive Remediation Therapy (CRT)” desarrollada por Wykes (2005) a partir del programa original de Delahunty y Morice para abordar los déficits cognitivos relacionados a la esquizofrenia como atención, memoria y funcionamiento ejecutivo. La eficacia de la CRT ha sido evaluada en varios estudios aleatorizados que demostraron la ventaja de la CRT respecto a otras terapias, constatando cambios favorables en el funcionamiento neurocognitivo y mostrándose además, efectos relevantes en el funcionamiento social, la autoestima y autonomía personal (McGurk 2007). Un metanálisis de 40 estudios llevado a cabo por Wykes 2011, muestra la utilidad de la CRT en las funciones cognitivas y en el funcionamiento social, especialmente cuando se emplea durante la fase clínica estable en combinación con otros programas de rehabilitación. El programa CRT a diferencia de otras intervenciones terapéuticas

se la aplica en el contexto individual y no utiliza software informático, planteando al paciente una serie de ejercicios de papel y lápiz (De la Higuera, 2006).

La terapia psicológica integrada (IPT) es una de las terapias con programa multimodal pionera de la rehabilitación cognitiva y la más utilizada en pacientes con esquizofrenia. En su formato original está diseñada para aplicarse en grupo y tiene una orientación conductual para la mejora de las habilidades cognitivas y sociales que incluye cinco módulos o subprogramas. Los tres primeros módulos se encuentran vinculados al funcionamiento cognitivo y perceptivo, dirigidos a un bloque de rehabilitación cognitiva de la intervención (diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal) y los dos últimos módulos conforman el bloque de entrenamiento en competencia social (entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas interpersonales) (Roder & otros, 1996; Roder & otros, 2007). Un meta-análisis, que incluyó 36 estudios realizados en 12 países, en los que se revisó la aplicación de IPT, confirma la mejoría en todas las variables de resultado: neurocognición, cognición social, funcionamiento psicosocial y síntomas negativos. (Roder, Mueller & Schmidt, 2011).

La terapia de programación multimodal con mejores resultados empíricos para la esquizofrenia ha sido el entrenamiento metacognitivo (MCT), novedosa intervención basada en la psicoeducación, rehabilitación cognitiva, cognición social y terapia cognitivo conductual que ha demostrado eficacia en la reducción de síntomas psicóticos (Moritz & otros, 2011). Dentro del marco experimental del entrenamiento metacognitivo se desarrollaron tareas con entorno interactivo de realidad virtual en las que la MCT demostró que el feedback proporcionado a los pacientes sobre sus juicios erróneos en interacción con los personajes.

Estas formas de intervención cognitiva con programas multifunción es necesario plantearlas dentro del marco de la Rehabilitación Psicosocial que defiende la necesidad de combinar las terapias farmacológicas con intervenciones psicosociales con el fin de mejorar,

el funcionamiento social y la calidad de vida. La Rehabilitación Psicosocial se apoya en el modelo de vulnerabilidad-estrés que sugiere que la vulnerabilidad individual debería ser entendida como el resultado de una continua interacción entre las características biológicas individuales y los modelos internos de trabajo de uno mismo y de los demás que son disfuncionales (Zubin, 1977).

La recuperación del funcionamiento autónomo constituye uno de los principios básicos de los tratamientos psicosociales en la esquizofrenia, por tanto, la aplicación de estrategias de rehabilitación cognitiva en el entorno natural de la persona con enfermedad mental potencia la capacidad para lograr la reinserción psicosocial a su comunidad.

Con miras a complementar otros estudios realizados sobre tratamientos de la esquizofrenia, en los cuáles se ha encontrado evidencia adicional del beneficio terapéutico tanto en la mejoría de las funciones cognitivas así como en otros aspectos de la adaptación psicosocial, la presente investigación presenta los resultados de la efectividad de las estrategias de rehabilitación cognitiva dirigida a alcanzar mejorías en el ámbito de la autonomía, lo que repercutiría positivamente en beneficio del funcionamiento psicosocial de una paciente con esquizofrenia usuaria de la unidad de media estancia.

Con estos antecedentes es pertinente plantear la siguiente *pregunta de investigación*:

¿Tiene la aplicación de estrategias de rehabilitación cognitiva, efectos terapéuticos en el desarrollo de la autonomía en una paciente con esquizofrenia paranoide?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la efectividad de las estrategias terapéuticas de rehabilitación cognitiva en

el desarrollo de la autonomía en una persona con esquizofrenia paranoide.

Objetivos específicos

- Fortalecer el funcionamiento general de manera autónoma y lo más normatizada posible.
- Profundizar en la comprensión de la esquizofrenia mediante un proceso psicoeducativo de la experiencia de la enfermedad.
- Precisar herramientas que fortalecen la capacidad en la toma de decisiones de la vida diaria y manejo del estrés.
- Identificar las competencias que mejoran la adaptación al entorno social para prevenir las recaídas.

Hipótesis

La rehabilitación cognitiva contribuye de manera efectiva a fomentar la autonomía en una persona con esquizofrenia crónica, mejorando la adquisición de habilidades y competencias en autocuidados, conocimiento de la enfermedad, toma de decisiones y adaptación social.

Método

La investigación se basa en un diseño de caso único de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, con el propósito de promover la mejora de la autonomía.

La metodología está centrada en obtener información antes de iniciar la intervención terapéutica y después de finalizar la misma, con la finalidad de determinar los cambios clínicos que dieran información para establecer el cumplimiento o no de los objetivos planteados. Tanto para la valoración inicial como final se utilizaron instrumentos psicométricos estandarizados para medir los resultados, así como la entrevista clínica semiestructurada para la recopilación

de información necesaria para la planificación de la intervención terapéutica y elección de estrategias de rehabilitación cognitivas específicas e identificación de cambios en la paciente después de la intervención.

Muestra

Para el desarrollo de la investigación se toma como sujeto de experimentación, una paciente mujer de 46 años, usuaria de la unidad de media estancia (UME) del Hospital psiquiátrico del área de salud mental de Palma de Mallorca. La paciente presenta un diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica (DSM_IVR) con varios ingresos por descompensación psicótica causada por sobreingesta medicamentosa: Abril de 1993, agosto de 2003, octubre de 2012, posteriormente en enero de 2013, y octubre de 2014. Recibe tratamiento con medicación antipsicótica oral, complementada con ansiolíticos orales. La paciente acudió de forma voluntaria a las sesiones terapéuticas individuales, con una frecuencia de 3 sesiones semanales durante 10 semanas.

El criterio principal bajo el cual se decidió realizar la investigación con la paciente fue que por decisión del equipo multidisciplinario está próxima a obtener el alta por mejoría, para reintegrarse a su domicilio con la madre, y por lo tanto el proceso terapéutico favorecería la reinserción psicosocial a la comunidad.

Aspectos éticos

Previo al inicio de la investigación se realiza con la paciente la debida explicación del consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido en la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, que constituye un derecho que la persona tiene a ser informado de los procedimientos, técnicas, evaluaciones y estrategias que se seguirán durante la investigación. La persona consentirá de forma escrita su voluntad a participar en el estudio, con la garantía de la confidencialidad de la información recibida, o renunciar a seguir en el

mismo sin perjuicio alguno.

Con la finalidad de proteger la identidad de la paciente sus nombres han sido omitidos de la presente investigación.

Instrumentos de evaluación

Para evaluar los cambios clínicos experimentados por la paciente se administraron las siguientes escalas al comienzo y al final del tratamiento, coincidiendo con la finalización del período de la investigación.

Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale , PANSS) (Kay, S., Fiszbein, A., Opler, A., 1987)

Validada al español por Peralta y Cuesta en 1994. Cuestionario heteroaplicado de 30 items en el que el clínico utilizando la técnica de entrevista semiestructurada valora el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva:

- Dimensional: evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico.
- Categorical: clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo y mixto.

Los 30 ítems conforman las siguientes cuatro escalas:

- Escala positiva (PANSS-P): 7 items, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado normal mental.
- Escala negativa (PANSS-N): 7 items, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal
- Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo)
- Psicopatología general (PANSS-PG): 16 items, evalúa la presencia de otro tipo de

síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc).

Valoración dimensional.

La puntuación en las escalas positiva, negativa y de psicopatología general se obtienen sumando las puntuaciones de cada ítem, oscilando por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa y entre 16 y 112 para la psicopatología general.

La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa y sus valores pueden oscilar entre -42 y 42.

No existen puntos de corte para las puntuaciones directas por lo que se transforman a tablas de conversión en percentiles.

Valoración categorial.

Para la valoración categorial existen dos sistemas más o menos restrictivos:

El más restrictivo: utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa. Considera que el trastorno esquizofrénico es:

- Positivo: cuando en la escala positiva más de dos ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3
- Negativo: cuando en la escala negativa más de dos ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3
- Mixto: cuando en ambas escalas (positiva y negativa) hay más de dos ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3

El menos restrictivo o inclusivo: utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta y, más en concreto, su valencia, de forma que considera que el trastorno esquizofrénico es:

- Positivo: cuando la valencia en la escala compuesta es +
- Negativo: cuando la valencia en la escala compuesta es -

Escala de autoestima global de Rosenberg (EAR) (Rosenberg, 1989)

Validado en población clínica española por Vázquez, AJ y otros en el año 2014. Instrumento autoaplicado compuesto por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. La mitad de los ítems está enunciado positivamente y la otra mitad negativamente.

El instrumento proporciona una puntuación total a partir del sumatorio de valores de las respuestas de cada ítem. La puntuación global oscila entre los 0 y los 30 puntos. Mayores puntuaciones indican mejor autoestima. Algunos autores señalan que puntuaciones por debajo de 15 sugieren una baja autoestima.

Prueba breve de evaluación del funcionamiento (Functioning Assessment Short Test, FAST) (Rosa, A & otros, 2007)

Instrumento heteroaplicado compuesto por 24 ítems diseñado para la valoración clínica del deterioro en el funcionamiento específico de los pacientes con trastornos mentales. El criterio de normalidad que se aplica es el funcionamiento que tendría un individuo normal de la misma edad, sexo y nivel sociocultural.

Los ítems se agrupan en 6 áreas de funcionamiento: autonomía, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. El marco de referencia temporal es las dos últimas semanas.

Proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los

items. Esta puntuación oscila entre 0 y 72 puntos. A mayor puntuación mayor dificultad en el funcionamiento del sujeto.

Escala de calidad de vida (Quality of Life Scale, QLS) (Heinrichs, D., Hanlon T., Carpenter, W.)

Validado al español por Rodriguez, A. & otros en 1992. Instrumento heteroaplicado de 21 items que se aplica con la intención de determinar el nivel de calidad de vida del paciente. Los items se agrupan en cuatro categorías: funciones intrapsíquicas, funciones interpersonales, rol instrumental y uso de objetos comunes y actividades cotidianas.

Proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems de la escala excepto el 12 de satisfacción. También proporciona puntuaciones en cada uno de los 4 factores, que se obtienen sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que los constituyen. A mayor puntuación mayor funcionamiento del paciente en esa categoría.

Test de creencias irracionales (versión corregida y abreviada) (Calvete E., & Cardeñoso, O., 1999)

Instrumento de autoaplicación que consta de 10 creencias que valora las creencias irracionales. Las creencias se agrupan en 10 categorías: necesidad de aprobación, altas expectativas, culpabilización, intolerancia a la frustración, preocupación y ansiedad, irresponsabilidad emocional, evitación de problemas, dependencia, indefensión y perfeccionismo.

El instrumento proporciona una puntuación total a partir del sumatorio de valores de las respuestas de cada ítem. Los puntos correspondientes a cada fase se comparan con los datos de una tabla de referencia. Los valores de la tabla se corresponden a valores más frecuentes en estudiantes universitarios.

Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación se procedió inicialmente con la recopilación de información personal y familiar con los antecedentes de la enfermedad mediante una entrevista clínica semiestructurada. Posteriormente se realizó la valoración inicial de la autonomía personal y otros aspectos relevantes del funcionamiento cognitivo global, mediante la aplicación de pruebas psicométricas descritas previamente. De igual manera se valoró el estado clínico de la paciente mediante la aplicación de la prueba PANSS, que permitió establecer la condición de la patología general del trastorno mental de la paciente.

Con la información obtenida se procedió a la planificación del tratamiento y elección de estrategias de rehabilitación cognitiva específicas, estableciendo las metas relevantes para la paciente en función de sus capacidades.

Las estrategias de rehabilitación cognitiva para la investigación, se enmarcaron en la técnica de scaffolding y tomaron como base los módulos de atención, memoria y planificación del programa Cognitive Remediation Therapy (CRT) desarrollado por Wykes (2005) a partir del programa original de Delahunty y Maurice (De La Higuera 2006). La aplicación de las estrategias se desarrolla en un contexto individual, con una frecuencia de 3 sesiones por semana, no necesita de un programa de software, ya que las intervenciones se plantean como una serie de repetición de ejercicios de tareas cognitivas de lápiz y papel. En este caso la intervención terapéutica se fundamentó en el aprendizaje de estrategias nemotécnicas compensatorias para organizar la información, procediendo a elaborar un semanario en el cual se fueron agregando etiquetas y notas adhesivas relacionadas con el conocimiento de la enfermedad, manejo de la medicación, identificación de señales de aviso de posibles recaídas y actividades diarias de autonomía personal.

También se utilizaron estrategias basadas en el entrenamiento de técnicas didácticas

dirigidas a potenciar el funcionamiento ejecutivo, toma de decisiones y resolución de problemas de manera independiente, mediante la ejecución de tareas relacionadas con la planificación, secuenciación y estructuración de tareas concretas.

El tratamiento se realizó en un total de 30 sesiones y finalizó con la valoración de las mismas categorías evaluadas inicialmente.

Variables

Variable independiente

La aplicación de estrategias de rehabilitación cognitiva

Variable dependiente

El nivel de cambio clínico en la autonomía

A continuación se presenta los indicadores de la variable dependiente (indicadores que se integran al funcionamiento autónomo):

- Funcionamiento global
- Calidad de vida
- Nivel de autoestima
- Creencias irracionales

Control de variables extrañas

El control de las variables extrañas se realizó mediante la constancia en las condiciones de la investigación. Se utilizaron los mismos instrumentos de medición para la valoración inicial y final de la investigación.

Resultados

Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

Tabla 1.

Valores alcanzados por la paciente en la escala PANSS en la valoración dimensional

	Escala Positiva	Escala Negativa	Escala compuesta = Escala positiva – Escala negativa	Psicopatología General
Puntuación	21	30	-9	69

Nota. Los valores adimensionales. Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

Una puntuación de 69 se corresponde a un percentil mayor a 95 denotando la existencia de un cuadro clínico de esquizofrenia grave, de tipo mixto, lo cual está relacionado con la presencia de sintomatología positiva y negativa residual.

Tipo de trastorno esquizofrénico.

- Número de síntomas positivos del PANSS con puntuación ≥ 3 : 3
- Número de síntomas negativos del PANSS con puntuación ≥ 3 : 6

Del conteo de número de síntomas se puede decir que:

- Dentro del *sistema restrictivo*, la valoración categorial es *mixta*, ya que en las escalas positiva y negativa más de dos ítems obtienen puntuaciones superiores a 3
- Dentro del *sistema inclusivo*, la valoración categorial es *negativa*, ya que la valencia de la escala compuesta es negativa.

Test de creencias irracionales (versión corregida y abreviada)

Los puntos sumados para cada categoría o creencia se comparan con los datos de una tabla de referencia, que para el presente estudio es una tabla que contiene valores más frecuentes en estudiantes universitarios para 7 creencias.

Tabla 2.

Valores alcanzados por la paciente en las categorías del test de creencias irracionales

Aspectos de la vida	Valores más frecuentes	Puntuación inicial (Línea base)	Puntuación final	Comparación con valores frecuentes
Necesidad de aceptación por parte de los demás	Entre 25 y 29	29	25	En el rango
Altas expectativas	Entre 21 y 24	16	18	Por debajo del rango
Culpabilización	Entre 17 y 23	28	25	Por encima del rango
Irresponsabilidad emocional	Entre 24 y 30	11	15	Por debajo del rango
Dependencia	Entre 17 y 21	25	21	En el rango
Indefensión	Entre 13 y 18	20	18	En el rango
Perfeccionismo	Entre 13 y 17	17	17	En el rango

Nota. Valores adimensionales. Fuente: datos alcanzados en el estudio

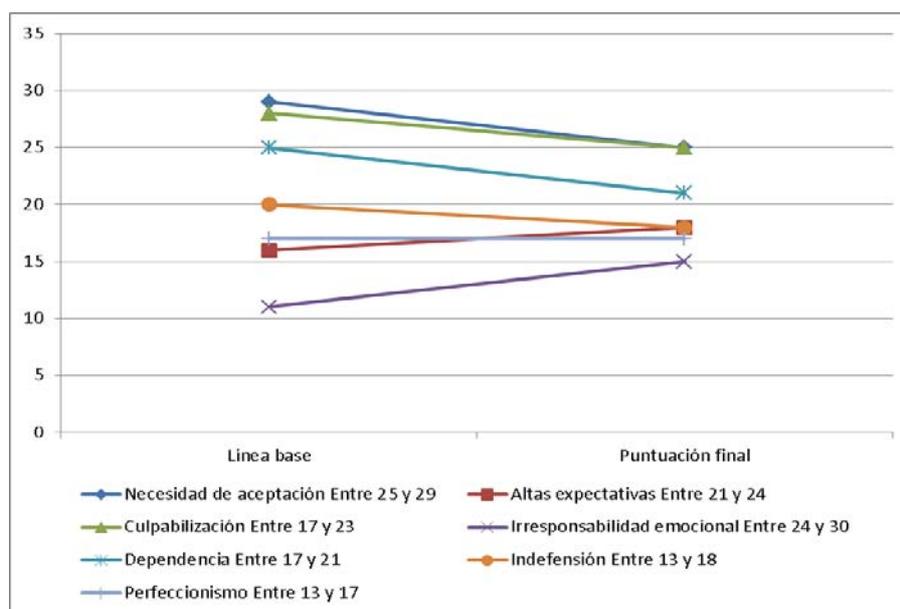


Figura 1. Variación de los valores alcanzados por la paciente en el test de creencias irracionales

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En la valoración de la escala del test de creencias irracionales (ver Tabla 2 y Figura 1), los resultados de la medición final demuestran una disminución en los aspectos de necesidad de aceptación por parte de los demás, dependencia e indefensión, encontrándose dentro del rango de los valores frecuentes cuando en la medición inicial se encontraban por fuera del

rango a excepción del primer aspecto; denotando una mejoría en esas categorías. En el aspecto de culpabilización, también se demostró una disminución, sin embargo la medición final al igual que la medición inicial se encontraron por fuera del rango.

En los aspectos de altas expectativas e irresponsabilidad emocional se presentó un incremento de la medición final respecto de la inicial, encontrándose por debajo del rango de referencia, lo cual implica que si bien existe una leve mejoría aún persiste la dificultad en esos aspectos, debido a la condición grave de la enfermedad mental.

El resultado del aspecto perfeccionismo no varió, encontrándose dentro del rango.

Escala de autoestima global de Rosenberg (EAR)

La puntuación global para el caso único fue de 13 a 19 puntos, elevándose el nivel de autoestima.

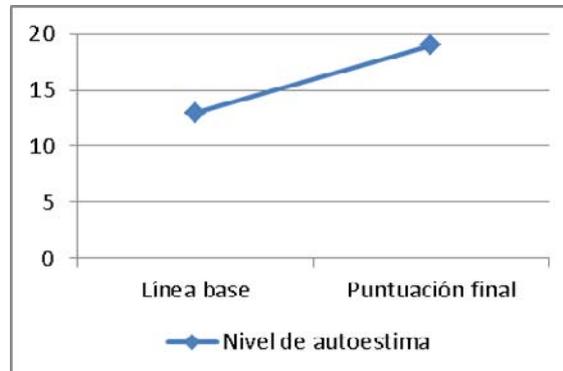


Figura 2. Variación de los valores alcanzados por la paciente en la escala EAR

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En relación a la escala de autoestima global de Rosenberg (EAR), el valor final obtenido, 19, en relación al valor inicial, 13, indica un incremento del nivel de autoestima (ver Figura 2) sugiriendo una mejoría asociada al proceso terapéutico.

Prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST por sus siglas en inglés)

Tabla 3.

Valores alcanzados por la paciente en las categorías de la prueba FAST

Aspectos	Puntaje inicial (Línea base)	Puntaje final
Autonomía	6	4
Funcionamiento laboral	11	10
Funcionamiento cognitivo	12	10
Finanzas	3	2
Relaciones interpersonales	13	10
Ocio	5	4
Puntaje total	50	40

Nota. Valores adimensionales. Fuente: datos alcanzados en el estudio

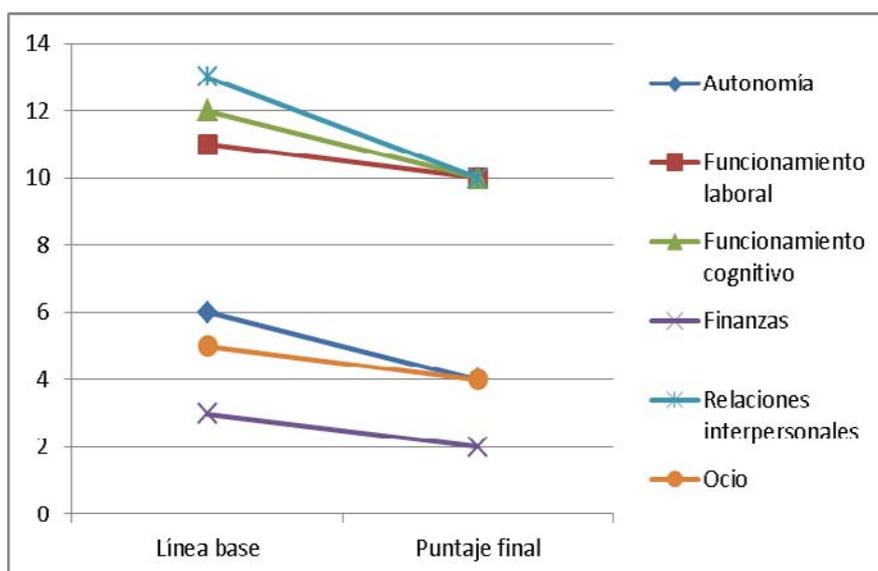


Figura 3. Variación de los valores alcanzados por la paciente en la escala FAST

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Los resultados obtenidos en la valoración final después del tratamiento en relación a los valores iniciales demuestran que el grado de dificultad ha disminuido (ver Figura 3) en todos los aspectos valorados, resaltando la disminución en los ámbitos de autonomía, funcionamiento cognitivo y relaciones interpersonales, lo que se puede asociar con la adquisición de habilidades durante las tareas de rehabilitación cognitiva.

Escala de calidad de vida (QLS por sus siglas en inglés)

Tabla 4.

Valores alcanzados por la paciente en las categorías de la escala QLS

Ítems	Puntuación inicial (Línea base)	Puntuación final
Relaciones interpersonales y	20	24

red social		
Rol instrumental	9	10
Funciones intrapsíquicas	21	23
Objetos y actividades comunes	5	6
Puntuación total	55	63

Nota. Valores adimensionales. Fuente: datos alcanzados en el estudio

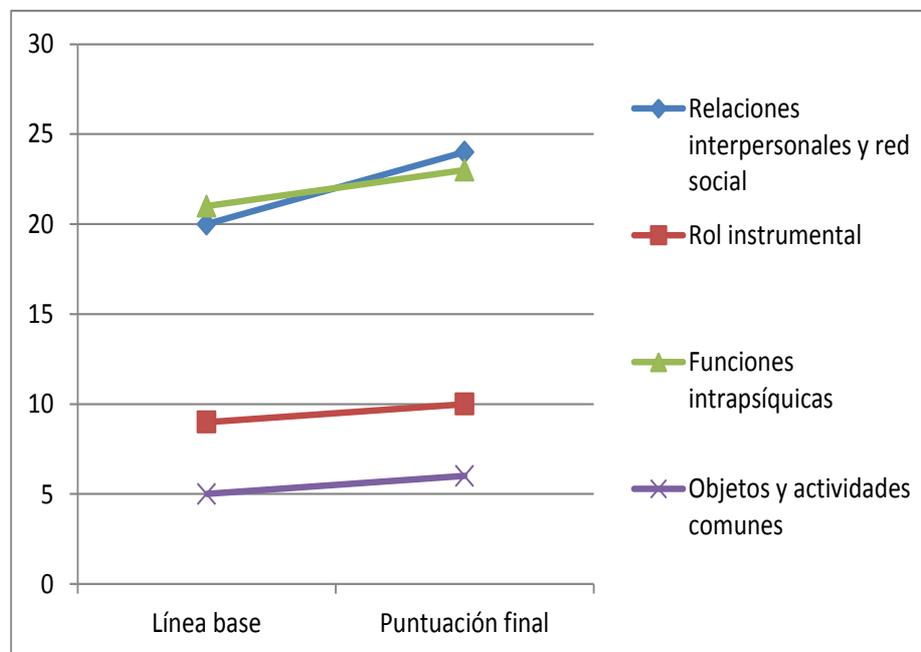


Figura 4. Variación de los valores alcanzados por la paciente en la escala QLS

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En relación al test de Calidad de vida (QLS), los valores obtenidos en la medición final en relación a los de la línea base indican que hay un ligero incremento (ver Figura 4) en todos los aspectos evaluados: relaciones interpersonales y red social, rol instrumental, funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes, destacando un mayor incremento en el ámbito de relaciones sociales y red social. Los resultados sugieren que, con la intervención terapéutica recibida, la paciente disfruta de una mejor calidad de vida.

Discusión

El análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de estrategias terapéuticas cognitivas en una paciente con esquizofrenia, sugiere una mejoría en los aspectos relacionados con la autonomía y habilidades de manejo de la enfermedad, así como con la adaptación social,

confirmando de esta manera la hipótesis formulada, sobre la efectividad de la terapia de rehabilitación cognitiva en el desarrollo de la autonomía.

La adquisición de habilidades con las tareas de rehabilitación cognitiva se expresó en un mayor nivel de autonomía, lo que se evidenció en el incremento de los valores de la prueba FAST para los aspectos de autonomía, funcionamiento cognitivo y relaciones interpersonales. Según manifiesta la paciente tiene mayor motivación para realizar actividades sociales y cotidianas, tiene menos dificultad en recordar sin supervisión, busca alternativas a las horas de tiempo libre, por ejemplo salir a caminar diariamente con una compañera de la unidad o preparar una receta para la visita de una amiga, hacer compras. Estos resultados consolidan la evidencia mostrada en los estudios de meta-análisis respecto a la efectividad de la rehabilitación cognitiva para mejorar no exclusivamente el deterioro cognitivo sino también el funcionamiento global (McGurk, 2007; Roder & otros, 2011; Wykes, 2011).

Un aspecto relevante producto del proceso terapéutico fue el incremento en la actitud positiva hacia sí misma y una sensación de mayor capacidad para hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente, al igual que una disminución en la percepción de inutilidad, lo que se manifestó en un incremento del nivel de la escala de autoestima global de Rosenberg. Igualmente, los resultados sugieren que con la intervención terapéutica recibida, la paciente disfruta de una mejor calidad de vida, lo que se puede corroborar con los valores alcanzados en el test de Calidad de Vida. Concordando con lo expuesto en los estudios de meta-análisis de McGurk (2007) respecto de la ventaja de la terapia de rehabilitación cognitiva sobre otras terapias, constatando cambios favorables en el funcionamiento neurocognitivo y mostrándose además, efectos relevantes en el funcionamiento social, la autoestima y autonomía personal.

Cabe resaltar que debido a la condición grave de la enfermedad mental, aunque los valores de los aspectos de altas expectativas e irresponsabilidad emocional se elevaron, éstos

siguieron por debajo del rango de comparación. Hogarty (2004) puntualiza en un estudio basado en la terapia CET que los síntomas de la condición de la enfermedad mental se mantuvieron mientras se mostró un cambio en las variables de neurocognición, velocidad de procesamiento, cognición social y adaptación social.

Wykes (2011) destaca los resultados de efectividad de la terapia de rehabilitación cognitiva en pacientes que se encontraban clínicamente estables, como es el caso de la paciente elegida para el presente diseño de caso único, en el cual el cuadro clínico de la enfermedad es severo con la presencia de sintomatología crónica residual pero con mantenimiento estable y predisposición a cambio.

Tomando en consideración todo lo anterior, se puede formular que la validez interna de la investigación se encuentra apoyada en los resultados obtenidos que han sido comparados y contrastados con los estudios arriba mencionados; sin embargo, la validación externa se vería condicionada a la valoración de efectividad de la terapia después del seguimiento a 6 y 12 meses de su finalización, así como a la replicación de la experiencia en estudios con muestras más grandes, con lo cual el presente trabajo se constituye en un aporte de información para futuras investigaciones de la efectividad de la terapia cognitiva relacionadas con el fomento de la autonomía, y no en sí como un producto de generalización de resultados a una población, ya que se trata de un diseño de caso único.

Conclusiones

Con la realización del presente trabajo de investigación y los resultados alcanzados se puede concluir que las estrategias de rehabilitación cognitiva utilizadas tienen un efecto

terapéutico en el desarrollo de la autonomía, generando respuestas más adaptativas, logrando además mejorar el funcionamiento global de la paciente, con lo cual se puede corroborar la hipótesis planteada a la pregunta de investigación y establecer que el objetivo general se ha cumplido.

También se puede destacar que las estrategias de rehabilitación cognitiva contribuyeron en la mejoría de varios aspectos de la calidad de vida de la paciente, al integrar herramientas importantes para el manejo de la enfermedad en la vida cotidiana, lo cual repercutiría positivamente en una mayor adaptación social.

Por otra parte en relación a la toma de decisiones, considerado como un aspecto importante del funcionamiento autónomo se ha encontrado una mejoría, pues cabe resaltar adicionalmente a los resultados de la valoración, la iniciativa actual de la paciente para inscribirse en cursos de desarrollo personal como yoga y meditación, así como la planificación de actividades que favorecen su integración a la comunidad.

Sin embargo de las ventajas encontradas con el presente trabajo de investigación y otros estudios relacionados con la aplicación de estrategias de rehabilitación cognitiva en el desarrollo de la autonomía y por ende en el proceso de adaptación a su entorno social comunitario, se considera recomendable, realizar más estudios sobre la efectividad de la terapia cognitiva en el desarrollo de la autonomía aplicada a otros trastornos mentales graves.

También sería importante analizar en futuros estudios de investigación la influencia del prolongado tiempo de permanencia en las unidades de media estancia de la institución psiquiátrica sobre el funcionamiento autónomo de pacientes con esquizofrenia.

Limitaciones

Las limitaciones del presente trabajo de investigación están relacionadas con el corto

tiempo de duración del proceso terapéutico, puesto que hubiera sido importante realizar el seguimiento a largo plazo con la inclusión de observadores externos. Por otra parte se encuentra la imposibilidad de trabajar con una muestra más amplia con miras a una mayor profundización y generalización del tema. De igual manera la aplicación de estrategias a una muestra más grande permitiría utilizar pruebas estadísticas para realizar análisis cuantitativos de correlaciones, varianzas, o pruebas de regresión, que permitan comparar y contrastar los resultados..

Además, quedan por evaluar otras variables que pueden ser de gran interés como es la función de la institución en la promoción de la autonomía hacia el entorno socio comunitario de referencia, así como la participación de la familia, cuyo análisis sería parte de estudios e investigaciones futuras con la finalidad de articular programas de intervención psicosocial óptimos en la consecución de una vida autónoma lo más normatizada posible en pacientes con esquizofrenia crónica.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Beck, A. (1952). Successful Outpatient Psychotherapy of a Chronic Schizophrenic with a Delusion Based on Borrowed Guilt. *Psychiatry* 15, 305-312.
- Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Nueva York, Wiley.
- Chadwick, P.(2006). *Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*, Chichester, Wiley.
- De La Higuera J., Sagastagoitia E. Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. 2006.
- Dickerson, F., & Lehman A. (2012). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia 2011

Update. *Focus* 10(2), 217-225.

- Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H... & Kingdon, D. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry* 2, 305–313. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00039-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00039-5).
- García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Parellada, M., Bousoño, M. & Bobes, J. (2015). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Séptima edición. Comunicación y Ediciones Sanitarias. España.
- Hogarty, G., y otros. (2004). Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia: Effects of a 2-years Randomised Trial on Cognition and Behaviour. *Archives of General Psychiatry* 61, 866-876.
- Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A. & Irving, C. (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group*. doi: 10.1002/14651858.CD008712.pub2.
- McGurk, S., Twamley, E., Sitzer, D., McHugo, G. & Mueser, K. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007 Dec; 164(12): 1791–1802. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060906
- Moritz, S., Voight, M., Kother, U., Leighton, L., Kjahili, B., Babur, Z., Jungclaussen, D. & otros (2014). Can virtual reality reduce reality distortions? Impact of performance feedback on symptom change in schizophrenia patients. *J Behav. Ther. & Exp. Psychiat* 45, 267-271
- Moritz, S., Kerstan, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., & others. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy* 49, 151-157.
- Perris, C., & McGorry, P. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer
- Reichenberg, A., Feo, C., Prestia, D., Bowie, C., Patterson, T. & Harvey, P. (2014). The course and correlates of everyday functioning in schizophrenia. *Elsevier Schizophrenia Research: Cognition*, 47–52.

- Roberts, D., & Velligan, D. (2012). Can Social Functioning in Schizophrenia Be Improved through Targeted Social Cognitive Intervention? *Rehabilitation Research and Practice* Volume 2012. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/742106>
- Roder, V., Brenner, H., Hodel, B., & Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia: IPT*. Alborán Ediciones. Granada.
- Roder, V., Mueller, D., & Schmidt, S. (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A Research Update. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (Suppl.2), S71-S79.
- Sutu, A., Moro M., Mezquita L. (2015). *Programa de rehabilitación neurocognitiva para pacientes con trastorno mental grave. Un estudio piloto*. *Agora de Salut* 2015.1.27, 349-358. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.27>
- Woods B., Aguirre E., Spector A. & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Schizophrenia Group*. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- Wykes T., Huddy, V., Cellard, CMcGurk, S.R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *Am. J. Psychiatry* 168, 472–485.
- Wykes T. & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. London. Routledge.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., Jayaram, M. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Schizophrenia Group*. doi: 10.1002/14651858.CD010823.pub2
- Zubin J., Spring, B. (1977). Vulnerability, a New View of Schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology* 86,103-126.

Anexos

Anexo 1. Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (Positive

and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Parellada, M., Bousoño, M. & Bobes, J. (2015). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Numeral 4.2.1

Anexo 2. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) (Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSS)

Nombre y Apellidos: _____		Fecha: ___/___/___			
Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas.					
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Creo que tengo algunas cualidades buenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Creo que no tengo mucho de lo que sentirme orgulloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. A veces pienso que no sirvo para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fuente: García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Parellada, M., Bousoño, M. & Bobes, J. (2015). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Numeral 10.3

Anexo 3. Prueba breve de evaluación del funcionamiento (Functioning assessment short test, FAST)

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?
 Interrogue al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala:
 0: Ninguna, 1: Poca, 2: Bastante o 3: Mucha.

Señale con un círculo el valor que corresponda:

	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucha</i>
AUTONOMÍA				
1. Encargarse de las tareas de la casa	0	1	2	3
2. Vivir solo	0	1	2	3
3. Hacer la compra	0	1	2	3
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	0	1	2	3
FUNCIONAMIENTO LABORAL				
5. Realizar un trabajo remunerado	0	1	2	3
6. Acabar las tareas tan rápido como sea necesario	0	1	2	3
7. Trabajar en lo que estudió	0	1	2	3
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	0	1	2	3
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	0	1	2	3
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO				
10. Concentrarse en la lectura, película	0	1	2	3
11. Hacer cálculos mentales	0	1	2	3
12. Resolver adecuadamente un problema	0	1	2	3
13. Recordar el nombre de gente nueva	0	1	2	3
14. Aprender una nueva información	0	1	2	3
FINANZAS				
15. Manejar el propio dinero	0	1	2	3
16. Hacer compras equilibradas	0	1	2	3
RELACIONES INTERPERSONALES				
17. Mantener una amistad	0	1	2	3
18. Participar en actividades sociales	0	1	2	3
19. Llevarse bien con personas cercanas	0	1	2	3
20. Convivencia familiar	0	1	2	3
21. Relaciones sexuales satisfactorias	0	1	2	3
22. Capaz de defender los propios intereses	0	1	2	3
OCIO				
23. Practicar deporte o ejercicio	0	1	2	3
24. Tener una afición	0	1	2	3

Fuente: García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Parellada, M., Bousoño, M. & Bobes, J. (2015). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Numeral 14.1.7

Anexo 4 Escala de calidad de vida (Quality of Life Scale, QLS)

Instrucciones para el clínico: Marque con un círculo la puntuación más adecuada a cada ítem, después de la entrevista clínica. Consulte el manual para la valoración de los ítems, que contiene la definición, la descripción de los puntos más importantes y el método de valoración.

Relaciones interpersonales y red social								
1. Miembros de la unidad familiar	0	1	2	3	4	5	6	9
2. Amigos	0	1	2	3	4	5	6	
3. Conocidos	0	1	2	3	4	5	6	
4. Actividad social	0	1	2	3	4	5	6	
5. Red social	0	1	2	3	4	5	6	
6. Iniciativas sociales	0	1	2	3	4	5	6	
7. Retraimiento social	0	1	2	3	4	5	6	
8. Relaciones sociosexuales	0	1	2	3	4	5	6	
Rol instrumental								
9. Extensión	0	1	2	3	4	5	6	
10. Idoneidad	0	1	2	3	4	5	6	
11. Desempleo	0	1	2	3	4	5	6	
12. Satisfacción	0	1	2	3	4	5	6	9
Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes								
13. Propósito	0	1	2	3	4	5	6	
14. Motivación	0	1	2	3	4	5	6	
15. Curiosidad	0	1	2	3	4	5	6	
16. Anhedonia	0	1	2	3	4	5	6	
17. Utilización del tiempo	0	1	2	3	4	5	6	
18. Objetos	0	1	2	3	4	5	6	
19. Actividades	0	1	2	3	4	5	6	
20. Empatía	0	1	2	3	4	5	6	
21. Interacción	0	1	2	3	4	5	6	
Puntuación de los factores:								
I. Relaciones interpersonales (1-8): _____								
II. Rol instrumental (9-11): _____								
III. Funciones intrapsíquicas (13-17, 20-21): _____								
IV. Objetos y actividades comunes (18-19): _____								
Puntuación total (ítems 1-11, 13-21): _____								

Fuente: García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Parellada, M., Bousoño, M. & Bobes, J. (2015). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Numeral 15.2.1.1

Anexo 5. Test de creencias irracionales (versión corregida y abreviada)

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en qué medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

TD= Totalmente en desacuerdo BD= Bastante en desacuerdo AD= Algo en desacuerdo

AA= Algo de acuerdo BD= Bastante de acuerdo

TD= Totalmente de acuerdo

	T	B	A	A	B	T
Es importante para mí que los demás me aprueben	1	2	3	4	5	6
Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.	6	5	4	3	2	1
Quiero gustar a todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
Puedo gustarme a mí mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.	6	5	4	3	2	1
Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.	6	5	4	3	2	1
Aunque me gusta la aprobación, no es una auténtica necesidad para mí.	6	5	4	3	2	1
Es molesto pero no insoportable que te critiquen.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Necesidad de Aceptación por parte de los demás	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Odio fallar en cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6
Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr	6	5	4	3	2	1
Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6
No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.	6	5	4	3	2	1
Se puede disfrutar de las actividades por si mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Altas Autoexpectativas	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.	1	2	3	4	5	6
Demasiadas malas personas escapan al castigo que merecen	1	2	3	4	5	6
Aquellos que actúan mal deben ser castigados.	1	2	3	4	5	6
La inmoralidad debería castigarse intensamente.	1	2	3	4	5	6
Todo el mundo es básicamente bueno.	6	5	4	3	2	1

Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Culpabilización	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.	6	5	4	3	2	1
Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.	1	2	3	4	5	6
Es terrible pasar por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5	6
Es difícil para mí realizar tareas desagradables.	1	2	3	4	5	6
Creo que puedo soportar los errores de los demás.	6	5	4	3	2	1
Una vida de facilidades rara vez es recompensante	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Intolerancia a la frustración	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.	6	5	4	3	2	1
Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello	6	5	4	3	2	1
No puedo soportar correr riesgos.	1	2	3	4	5	6
Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres.	6	5	4	3	2	1
Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Preocupación y ansiedad	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.	6	5	4	3	2	1
Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	6	5	4	3	2	1
Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	6	5	4	3	2	1
Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a sí misma de esa	6	5	4	3	2	1
Nada es insoportable en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas	6	5	4	3	2	1
La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Irresponsabilidad Emocional	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Es mejor posponer las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.	6	5	4	3	2	1

Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Evitación de Problemas	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.	1	2	3	4	5	6
Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	6	5	4	3	2	1
Encuentro fácil aceptar consejos.	1	2	3	4	5	6
Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.	6	5	4	3	2	1
Creo que no tengo que depender de otros	6	5	4	3	2	1
He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Dependencia	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Siempre nos acompañaran los mismos problemas.	1	2	3	4	5	6
Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1	2	3	4	5	6
Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.	6	5	4	3	2	1
Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.	6	5	4	3	2	1
Somos esclavos de nuestras propias historias personales.	1	2	3	4	5	6
Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.	1	2	3	4	5	6
La gente nunca cambia básicamente.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Indefensión	Suma:					
	T	B	A	A	B	T
Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1	2	3	4	5	6
No hay una solución perfecta para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Rara vez hay una forma fácil de resolver las dificultades de la vida.	6	5	4	3	2	1
Todo problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5	6
Rara vez hay una solución ideal para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Perfeccionismo	Suma:					

Tras contestar el test anterior y calcular la puntuación para cada una de las creencias sumando los puntos correspondientes a cada frase, compare sus puntuaciones con los datos que se ofrecen en la siguiente tabla (provisionalmente no están disponibles los datos a todas las creencias pero en breve lo estarán).

Esto le ayudará a conocer mejor algunos de sus esquemas o creencias y podrá iniciar estrategias de cuestionamiento de los mismos.

	Valores más frecuentes en estudiantes universitarios
Necesidad de aprobación	Entre 25 y 29
Altas expectativas	Entre 21 y 24
Culpabilización	Entre 17 y 23
Irresponsabilidad emocional	Entre 24 y 30
Dependencia	Entre 17 y 21
Indefensión	Entre 13 y 18
Perfeccionismo	Entre 13 y 17

Referencias. Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190. Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13(1), 95-100. Fontecilla, P. y Calvete, E.(2003). Racionalidad y Personas Mayores. *Psicothema*, 18.

Anexo 6. Hoja de consentimiento informado

CENTRO
MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.
Investigador responsable: Josep Pena Garijo DNI 22684586P y Alfonso Barrós Loscertales

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXPERIMENTO: "APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE REHABILITACION COGNITIVA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMIA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE".

He sido invitado a participar voluntariamente en este estudio por parte del equipo de investigación del máster.

He leído la hoja de información acerca de este proyecto que se me ha entregado.

He comprendido las explicaciones ofrecidas por el/la investigador/a ROSA ARMAS CAICEDO y he podido hacer las preguntas que he creído convenientes.

Atendiendo a todas las consideraciones anteriores

Yo _____, con DNI: _____

mayor de edad, acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio y comprendo que puedo retirarme cuando quiera sin tener que dar explicaciones. Así mismo me comprometo expresamente a decir la verdad en mis respuestas para garantizar la veracidad de los datos que se me solicitan.

Fecha de la aceptación: _____

Firma del participante

Firma del investigador

RELLENAR SÓLO EN CASO DE DECIDIR ABANDONAR DURANTE LA SESIÓN:

Debido a un cambio en mis circunstancias personales, decido revocar el anterior consentimiento y dejar de participar en el estudio sin que esto tenga ningún tipo de consecuencias negativas para mí.

Firma del participante

Fecha de la revocación