

TÍTOL / TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL JUNTO CON TERAPIA AVATAR APLICADA A LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autor/a / Autor/a:

Miriam Llorens Hervás

Director/a / Director/a: Carlos Rebolleda

Tutor/a o supervisor/a / Tutor/a o supervisor/a: Carlos Rebolleda

Data de lectura / Fecha de lectura: Semana del 18 al 22 de octubre de 2021

Resumen/ Resum: La esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados son uno de los problemas de salud mental que mayor deterioro en el funcionamiento social y laboral producen. Una de las intervenciones con mayor evidencia empírica en el abordaje de las alucinaciones auditivas son los programas cognitivo-conductuales, sin embargo, los resultados sobre la sintomatología positiva son moderados y existe una elevada tasa de abandonos.

En el desarrollo de este programa se plantea el diseño de un programa dirigido a usuarios de un recurso Rehabilitación Psicosocial. En dicho programa se propone la combinación de intervenciones cognitivo-conductuales junto con la terapia avatar, a través de la cual las personas se exponen a la voces y establecen un diálogo. La finalidad es disminuir la sintomatología positiva (las voces) y el malestar asociado, así como mejorar la calidad de vida.

Debido a la que este tipo de intervenciones requieren infraestructuras tecnológicas y tienen un elevado coste, además de que su desarrollo todavía se encuentra en fase experimental, no hay posibilidad de aplicar el trabajo propuesto, siendo únicamente una propuesta teórica.

Palabras clave/ Paraules clau: Trastorno Mental Grave, Alucinaciones auditivas, Realidad virtual, Programa de intervención, Terapia avatar

Abstract: Schizophrenia and related psychotic disorders are one of the mental health problems that produces the greatest deterioration in social and work functioning. One of the interventions with the most empirical evidence in the approach to auditory hallucinations is cognitive-behavioral programs, however, the results on positive symptoms are moderate and there is a high dropout rate.

In the development of this program, the design of a program aimed at users of a Psychosocial Rehabilitation resource is proposed. This program proposes the combination of cognitive-behavioral interventions together with avatar therapy, through which people expose themselves to voices and establish a dialogue. The purpose is to reduce the positive symptoms (voices) and the associated discomfort, as well as to improve the quality of life.

Because these types of interventions require technological infrastructures and have a high cost, in addition to the fact that development is still in the experimental phase, there is no possibility of applying the proposed work, being only a theoretical proposal.

Keywords: Severe Mental Disorder, Auditory hallucinations, Virtual reality, Intervention program, Avatar therapy

Índice

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos de ansiedad	6
1.2 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	8
1.3 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos del neurodesarrollo	8
1.4 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos neurocognitivos.....	9
1.5 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos mentales graves	10
1.5.1 Investigaciones realizadas a través de sistemas tecnológicos en los trastornos del espectro de la esquizofrenia	11
2. METODOLOGÍA	15
2.1 Información sobre el recurso	15
2.2 Características del programa	16
2.3 Infraestructuras tecnológicas necesarias para la aplicación del programa.....	18
2.4 Instrumentos de valoración	19
2.4.1 Cuestionario PANSS- Positive and Negative Syndrome Scale (Kay, Abraham y Lewis, 1987)	19
2.4.2 Cuestionario QLESQ-SF- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal, 1993).....	23
2.4.3 Cuestionario BAVQ-R-Beliefs About Voices Questionnaire-Revised (Chadwick y Birchwood, 1995)	24
3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	27
3.1 Objetivos del programa.....	27
3.2 Módulo 1. Psicoeducación y adherencia a la terapia	27
3.3 Módulo 2: Atención focalizada en las voces y exposición mediante realidad virtual	30
4. RESULTADOS ESPERADOS	44
5. CONCLUSIONES	46
6. BIBLIOGRAFÍA	48
7. ANEXOS	52

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales, problemas emocionales y conductuales han ido aumentando a lo largo de los últimos años, siendo los trastornos de ansiedad y depresión los que mayor mayores tasas de prevalencia muestran en la actualidad (Bose, Hedden, Lipari y Park-Lee, 2018; Pratt y Brody, 2014). Pero, además, un 4.5% de los adultos han indicado haber sido afectados en algún momento por un trastorno mental grave con repercusiones importantes en su calidad de vida y funcionamiento social (Bose, Hedden, Lipari y Park-Lee, 2018). Es por este motivo, que los trastornos mentales tienen repercusiones tanto a nivel económico como social para el conjunto de la sociedad (Charlson y cols, 2016).

Tradicionalmente, la atención en salud mental se ha basado en procedimientos farmacológicos e intervenciones psicológicas. Los estudios realizados sobre la comparación entre farmacoterapia y psicoterapia han apoyado la superioridad de esta última en relación a la prevención de recaídas en trastornos como la depresión o bulimia nerviosa, mientras que para la esquizofrenia o la distimia la superioridad la obtuvo la farmacología (Fournier y cols, 2010; Harvey y Gumpport, 2015). Sin embargo, muchos de las pacientes aceptan en mayor medida las intervenciones psicológicas, además de que muchos de estos sujetos tienen efectos secundarios derivados de la medicación (Harvey y Gumpport, 2015). Es por este motivo que las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia (psicoeducación, psicoterapia interpersonal, terapia cognitivo-conductual), ya sean utilizadas como única estrategia de intervención como combinada con la farmacoterapia, permiten que los pacientes adquieran habilidades de afrontamiento tanto de los síntomas como de prevención de las recaídas, siendo más aceptadas por los pacientes (Barbui y cols, 2020; Menon y Kandasamy, 2018).

Sin embargo, en la actualidad continúa la discusión sobre si dichas intervenciones se deben combinar o aplicar de forma individual a la hora de abordar los trastornos mentales, ya que, como indican algunas de las revisiones sistemáticas realizadas (Huhn y cols, 2014), aún queda margen para mejorar.

Además, el tamaño de efecto de las psicoterapias en el abordaje de los trastornos mentales sigue siendo moderado, con una tasa de abandono elevada que puede llegar hasta el 30% y con dificultades a la hora de mantener los resultados psicoterapéuticos a largo plazo (Harvey y Gumpert, 2015; Swift y Greenberg, 2014).

Debido a los resultados limitados en el tratamiento de los trastornos mentales a partir de intervenciones tradicionales, surge la necesidad de incluir técnicas y tratamientos novedosos, que permitan una mayor eficiencia, a la par que una mayor aceptación por parte del paciente y un mayor acceso a la población. Dentro de este contexto surgen las intervenciones asistidas con tecnología, entre las que se encuentra la utilización de la realidad virtual (RV) (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020).

La realidad virtual consiste en el uso de tecnología computerizada en tiempo real, que permite recrear desencadenantes ambientales (figuras, sonidos y otros estímulos sensoriales) dentro de un contexto virtual e interactivo (Välimäki y cols, 2014). El objetivo es que el paciente se exponga a dichos estímulos que le generan malestar, de forma que pueda aprender a gestionar dicho malestar en tiempo real. Una de las características de la realidad virtual es que se basa en procedimientos cognitivo-conductuales, además de que aumenta la posibilidad de generalizar los resultados logrados en consulta al entorno natural del paciente (Fernández-Alvarez, Colombo, Botella, García-Palacios y Riva, 2019; Rizzo y Kim, 2005).

A pesar de los costes derivados de la realidad virtual, diversos estudios han demostrado las posibilidades y ventajas que aporta este procedimiento, entre las que se encuentran la posibilidad de lograr un tratamiento personalizado, un menor impacto ecológico, un mayor control sobre los parámetros de exposición, mayor aceptación por parte del paciente y una mayor adherencia al tratamiento (Fernández-Alvarez, Colombo, Botella, García-Palacios y Riva, 2019; Fernández-Álvarez y cols, 2019; Rebenitsch y Owen, 2016; Riva, 2005; Rizzo y Kim, 2005).

Es importante tener en cuenta que se han desarrollado procedimientos tecnológicos para diferentes trastornos mentales, en concreto a través de la

realidad virtual aplicada, entre otros, a los trastornos de ansiedad, los trastornos relacionados con traumas y estresores, los trastornos del desarrollo, los trastornos mentales graves y los trastornos neurocognitivos (Park, Kim, Lee, Na y Jeon, 2019; Valmaggia, Latif, Kempton y Rus-Calafell, 2016).

A pesar de las limitaciones metodológicas de muchos de estos estudios como, por ejemplo, tamaños de muestra pequeños o no explicación del procedimiento de asignación a los grupos experimentales, diversos metaanálisis han intentado resumir la evidencia alcanzada por la realidad virtual, tal y como se comentará a continuación (Petitti, 2000).

1.1 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos de ansiedad

Dentro de los trastornos de ansiedad, las fobias específicas son uno de los trastornos donde más se ha investigado la aplicación de la realidad virtual, ya que permite la exposición a los elementos fóbicos en entornos simulados (Morina, Ijntema, Meyerbröker y Emmelkamp, 2015; Opriş y cols, 2012; Powers y Emmelkamp, 2008; Wiederhold y Riva, 2019). Varias son las teorías que han intentado explicar los efectos de la exposición a la hora de reducir la ansiedad en las fobias específicas, entre las que se encuentran la teoría del aprendizaje inhibitorio (Craske y cols, 2008) y el procesamiento emocional (Foa, Huppert y Cahill, 2006), basándose ambas teorías en la exposición a los estímulos temidos como medio que proporciona información correctiva al sujeto. En este contexto, la realidad virtual permite crear un entorno personalizado a los miedos específicos del sujeto, aumentando la sensación de presencia dentro del contexto terapéutico (Krijn, Emmelkamp, Olafsson y Biemond, 2004; Linder y cols, 2017).

Los diferentes estudios analizados han sido en relación a las fobias específicas (acrofobia, aracnofobia y miedo a volar), así como el trastorno de pánico (con y son agorafobia) y la ansiedad social (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020).

Respecto a las fobias específicas, a través de los metaanálisis realizados, la aplicación de la RV muestra resultados efectivos, aunque la calidad osciló de baja a moderada, debido a problemas metodológicos como la heterogeneidad de la muestra, la presencia de sesgo de publicación o la no consideración de los factores de confusión. Los estudios analizados sobre el miedo a volar proporcionaron una evidencia de mayor calidad al contemplar una muestra amplia y, aunque la aplicación de la realidad virtual no mostró una superioridad significativa al compararlo con otras terapias de exposición, sí obtuvo mejores resultados al compararlo con intervenciones clásicas basadas en la evidencia (Cardoş, David y David, 2017; Parsons y Rizzo, 2008).

Además, estos efectos se mantuvieron a largo plazo, lo que podría indicar que la RV podría funcionar mejor que el grupo control a largo plazo. Mientras que, en el tratamiento de la aracnofobia, la RV sí obtuvo mayor significación estadística al compararlo con el grupo control (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020).

En relación al trastorno de pánico, ya sea con o sin agorafobia, diversos metaanálisis han recopilado información sobre la aplicación de la RV en dichos trastornos mentales. Algunos de estos metaanálisis han mostrado que la aplicación de la RV al trastorno de pánico es eficiente, aunque la evidencia se ha considerado con una calidad de baja a moderada, debido a los problemas metodológicos mencionados en párrafos anteriores como la heterogeneidad de la muestra, la presencia de sesgo de publicación o la no consideración de los factores de confusión. Los resultados de la RV, en comparación con las intervenciones estándar, no fueron superiores durante el postratamiento, aunque sí algo mejores durante el seguimiento (Fodor y cols, 2018; Opriş y cols, 2012; Parsons y Rizzo, 2008).

Finalmente, la aplicación de la RV a la ansiedad social ha mostrado efectos de moderados a grandes, aunque no se encontraron diferencias significativas al compararlo con la intervención estándar. Si bien es cierto, los efectos producidos por la RV se mantuvieron a largo plazo al compararlo con el grupo control activo (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020; Kampmann, Emmelkamp y Morina, 2016).

1.2 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

El grupo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés incluye un grupo de síntomas producidos tras experimentar, presenciar o volver a repetir la exposición a un hecho traumático para la persona. Es importante señalar que hasta un tercio de las personas que han experimentado o presenciado un evento traumático pueden llegar a desarrollar síntomas significativos, como la reexperimentación del suceso traumático o la evitación de lugares y personas relacionadas con dicho suceso (Cusack y cols, 2016).

Las intervenciones para este tipo de trastornos mentales se basan principalmente en la terapia de exposición, en diferentes modalidades, siendo la RV una forma de intervención que permite subsanar algunas de las limitaciones de la terapia tradicional, como sucede en el caso de la evitación de los recuerdos asociados al evento traumático (Botella y cols, 2010), además de facilitar el compromiso emocional del paciente y lograr un mayor control dentro de la consulta (Gonçalves, Pedrozo, Coutinho, Figueira y Ventura, 2012).

En los diferentes metaanálisis realizados sobre los resultados de la RV aplicados a este tipo de trastornos, los resultados muestran efectos de pequeños a moderados, con una evidencia de la calidad moderada y con diferencias significativas al compararlo con las intervenciones estándar basadas en la evidencia, aunque los efectos producidos por la RV se mantuvieron en el tiempo (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020; Deng y cols, 2019).

1.3 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos del neurodesarrollo

Dentro del grupo de las trastornos del neurodesarrollo, el que mayor proporción de estudios sobre la aplicación de la RV ha recibido es el trastorno del espectro autista, donde se han creado entornos virtuales como escuelas, entrevistas de trabajo o cafeterías, para el abordaje de las relaciones sociales, tanto en población adulta como infantil (Parsons, 2016). Este tipo de intervenciones han

permitido poner en práctica habilidades sociales sin que el sujeto sienta amenaza por las consecuencias del entorno real (Parsons y Mitchell, 2002).

Los diferentes estudios realizados evaluaron los efectos de la aplicación de la RV en personas con autismo, comparándolo con un grupo control en el que se abordaba la mejora de diferentes habilidades primarias como, por ejemplo, la adaptación, la comunicación, el reconocimiento de las emociones o la participación. En uno de los metaanálisis realizados para investigar el efecto de la aplicación de la RV sobre el autismo se incluyeron dos estudios, uno con adultos con trastorno del espectro autista en el que se abordaba el entrenamiento de las entrevistas laborales a través de la RV y otro estudio con niños con trastorno del espectro autista en el que se entrenaban las interacciones sociales a través de las RV (Barton, Pustejovsky, Maggin y Reichow, 2017). En ambos casos mostraban resultados con evidencia de muy baja calidad, con problemas metodológicos y efectos no significativos, por lo que no existen en la actualidad suficientes datos para considerar a la RV como una intervención basada en la evidencia en los trastornos del espectro autista (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020).

1.4 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos, incluidos el deterioro cognitivo leve y el deterioro cognitivo mayor, engloban un conjunto heterogéneo de trastornos en los que la principal afectación es el declive cognitivo (significativo o moderado respectivamente), respecto a un nivel de ejecución previo, en uno o más dominios (atención, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, cognición social o desempeño perceptivo-motor) (American Psychiatric Association, 2013). Para este conjunto de trastornos, la RV podría facilitar las simulaciones de aprendizajes, la generalización de dichos aprendizajes a la vida diaria y la relajación (Kim, Pang y Kim, 2019).

En un metaanálisis se analizaron los efectos de diferentes intervenciones basadas en la RV para el abordaje de diversas áreas (ejecutiva, emocional, cognitiva y aptitudinal), en personas con trastornos neurocognitivos. Los resultados mostraron una mejora del área cognitiva, la cual fue superior al compáralo con el resto de las áreas (emocional y ejecutiva), siendo, además, más importante para el grupo con deterioro cognitivo leve. Sin embargo, la evidencia de la calidad se consideró de nivel bajo a moderado, sin evaluaciones de seguimiento ni comparación de los efectos con grupos control (Kim, Pang y Kim, 2019).

Por lo tanto, se considera que la RV puede producir efectos positivos en las personas con deterioro cognitivo como, por ejemplo, mejorar las funciones cognitivas y el funcionamiento en las actividades de la vida diaria, pero se necesitan más investigaciones que comparen dichos efectos con grupos control activos (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020).

1.5 Investigaciones realizadas sobre la evidencia de la realidad virtual aplicada a los trastornos mentales graves

Los trastornos mentales graves son uno de los grupos donde mayor proliferación ha habido con respecto a la aplicación de sistemas tecnológicos en los últimos años, entre los que se encuentran los trastornos del estado de ánimo y los trastornos con síntomas psicóticos, aunque los estudios son todavía limitados (Gould, Mueser, Bolton, Mays y Goff, 2001; Shah y cols, 2015). A pesar de estas limitaciones, se considera que la RV puede permitir abordar áreas como la psicoeducación, la aplicación de la relajación o el aumento de las emociones positivas (Lindner, Hamilton, Miloff y Carlbring, 2019).

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, y en concreto en el trastorno depresivo mayor, las intervenciones en las que se ha aplicado la RV no han tenido el objetivo principal de reducir los síntomas depresivos. Los diferentes estudios metaanalíticos que han analizado el efecto de la RV, han mostrado cómo puede contribuir a la reducción de síntomas depresivos comórbidos, si

bien, la evidencia se consideró de nivel de baja a moderada (Fodor y cols, 2018; Kampmann, Emmelkamp y Morina, 2016).

Pero es importante señalar que, al comparar las intervenciones mediante RV con otro tipo de intervenciones estándar basadas en la evidencia aplicadas al tratamiento de síntomas depresivos, no hubo diferencias en el efecto. Tampoco se encontraron diferencias significativas al comparar los resultados con el grupo control a largo plazo (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020).

En relación a la esquizofrenia y trastornos relacionados, las intervenciones con RV y otros sistemas tecnológicos se han utilizado tanto en el entrenamiento de habilidades sociales (Maples-Keller, Bunnell, Kim y Rothbaum, 2017), la mejora de la adherencia al tratamiento (Välimäki y cols, 2014), el afrontamiento de las emociones que generan los síntomas psicóticos (Rus-Calafell, 2018) o como complemento de la psicoeducación (Välimäki, Hätönen, Lahti, Kuosmanen y Adams, 2012), tal y como se desarrollará en el siguiente apartado.

Además, para ambos grupos de trastornos, la utilización de la RV puede facilitar la generación de entornos virtuales que permitan entrenar las actividades de la vida diaria en un contexto simulado (Välimäki y cols, 2014).

1.5.1 Investigaciones realizadas a través de sistemas tecnológicos en los trastornos del espectro de la esquizofrenia

El grupo de problemáticas incluidos bajo la categoría de trastornos del espectro de la esquizofrenia, engloba un conjunto de personas con síntomas heterogéneos y con amplia variabilidad en el curso y evolución de dichos trastornos (Belloch, Sandín y Ramos, 2008), por lo tanto, no siempre la esquizofrenia tiene que conllevar inevitablemente a un curso crónico y discapacitante. Aunque es importante tener en cuenta que uno de los criterios diagnósticos en la esquizofrenia es la presencia de una disfunción social y/o laboral, lo que repercute en el área laboral, el cuidado de uno mismo o las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 2013).

Entre las principales características sintomáticas, se encuentran la presencia de síntomas positivos, es decir, alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento o incoherencias), comportamientos catatónicos y síntomas negativos (por ejemplo, abulia o expresión emocional restringida) (American Psychiatric Association, 2013).

Tal y como se ha comentado al inicio, las intervenciones mediante la aplicación de sistemas tecnológicos, donde también se incluye el uso de la RV, se han utilizado principalmente para aumentar el cumplimiento terapéutico, en programas de psicoeducación, mejorar las relaciones interpersonales y para reducir el malestar asociado a los síntomas psicóticos.

Respecto a la adherencia al tratamiento, uno de los metaanálisis realizados para evaluar el efecto de aplicar recordatorios basados en las TIC (tecnología de la información y la comunicación) con el objetivo de aumentar el cumplimiento terapéutico, incluyó dos estudios (con una muestra de 358 participantes) en los que se compararon intervenciones semi automáticas basadas en las TIC (a través del envío de mensajes y un dispositivo electrónico de asistencia) con intervenciones estándar basadas en la evidencia, aplicadas a pacientes ambulatorios de salud mental. Los resultados mostraron que no existen pruebas claras en relación a que dichos recordatorios mejoren el cumplimiento terapéutico, entendido dicho cumplimiento como la no interrupción de la pauta médica en 6 meses. Sin embargo, sí mostraron efectos pequeños en el estado mental de los sujetos, entendido éste como el cambio en las puntuaciones de síntomas positivos y negativos específicos medidos a través de diferentes cuestionarios; disminución de la gravedad de la enfermedad; mejora de la calidad de vida y aumento de la comprensión de la información proporcionada a los pacientes (Kauppi y cols, 2014).

Otra de las investigaciones relacionadas con el cumplimiento terapéutico incluyó tres ensayos con un total de 156 participantes, todos diagnosticados con esquizofrenia o trastornos psicóticos relacionados, en el que se comparaban las intervenciones realizadas con RV (en las cuales se realizaba un entrenamiento en habilidades sociales y vocacionales), con las intervenciones más estándar y sus efectos sobre el cumplimiento terapéutico. Los resultados de la RV mostraron un efecto pequeño sobre el cumplimiento terapéutico, el

funcionamiento cognitivo, las relaciones sociales o la aceptación de este tipo de intervenciones. Es importante señalar que no se evaluaron aspectos como el estado mental, la calidad de vida, la utilización de servicios, los costes, la conducta o la percepción de los participantes. Por lo tanto, no existen pruebas claras sobre si la RV produce efectos o no en el cumplimiento terapéutico (Välämäki y cols, 2014).

En relación a las intervenciones dirigidas a complementar los programas de psicoeducación, en una revisión sistemática dirigida a comparar los efectos del uso de intervenciones psicoeducativas estándar con intervenciones psicoeducativas basadas en las TIC (tecnología de la información y la comunicación), ambas consideradas como recurso de apoyo, se incluyeron 6 ensayos con un total de 1063 participantes diagnosticados con esquizofrenia o trastornos psicóticos relacionados. En esta revisión se contemplaron las siguientes intervenciones: programa psicoeducativo mediado con tecnología, combinación de psicoeducación mediada con tecnología más atención estándar, programa psicoeducativo sin mediación de la tecnología y atención estándar. Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre los programas de psicoeducación estándar y aquellos que utilizan TIC, teniendo en cuenta el estado global del paciente y el cumplimiento terapéutico. Aunque la psicoeducación mediada con TIC no produjo efectos sobre el estado global del paciente, sí mejoró el estado mental a corto plazo, así como el aumento en el apoyo social percibido (Välämäki, Hätönen, Lahti, Kuosmanen y Adams, 2012).

Finalmente, el efecto de la RV mediante terapia de Avatar, dirigida a los síntomas psicóticos (sobre todo alucinaciones auditivas) de personas diagnosticadas con esquizofrenia o trastornos relacionados, ha sido estudiada mediante una revisión sistemática en la que se incluyeron todos los ensayos clínicos aleatorizados sobre dicha temática, con un total de 195 participantes y tres estudios. En esta revisión se compararon los efectos de la terapia avatar con los tratamientos habituales, así como los efectos de la terapia avatar en comparación con el asesoramiento de apoyo. En el primer grupo, los resultados no mostraron diferencias respecto al estado mental ni global de los pacientes, medido a través del cuestionario PANSS-Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al. 1987); aunque sí se produjeron mejoras en la calidad de vida, medida a través

del cuestionario QLESQ-SF- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Endicott et al. 1993) y más abandonos con el uso de la terapia avatar. Respecto al segundo grupo, se mostraron mejoras en el estado mental general, medido a través del cuestionario PSYRATS- Psychotic Symptom Rating Scale (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000), o en la percepción, medido a través del cuestionario BAVQ-R-Beliefs About Voices Questionnaire-Revised (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999) a favor de la terapia avatar; no mostrando diferencias significativas respecto a la calidad de vida, medido a través del cuestionario MANSA- Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe, Huxley, Knight y Evans, 1999). A pesar de los efectos que se produjeron sobre algunos indicadores en ambos grupos, los resultados mostraron que la terapia avatar produce pocos efectos consistentes (Aali, Kariotis y Shokrane, 2020).

En resumen y tal como se ha ido comentando a lo largo de este último punto, no existen datos suficientes para considerar la RV como una intervención basada en la evidencia para el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020). Aun así, es necesario realizar estudios de mayor calidad que permitan analizar los efectos que este tipo de intervenciones tienen (Välimäki y cols, 2014), ya que la RV puede ser potencialmente transformadora a la hora de evaluar, comprender y tratar los problemas de salud mental, sobre todo si se combina con otras intervenciones específicas, y se tiene en cuenta la opinión del usuario al diseñar los entornos interactivos (Freeman y cols, 2017).

2. METODOLOGÍA

Este programa se dirige a personas con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, diagnosticadas de un trastorno del espectro de la psicosis, con presencia de sintomatología positiva (principalmente alucinaciones auditivas), con una duración del trastorno de más de 5 años y que muestren importantes alteraciones del funcionamiento social, emocional y/o laboral.

Además, es necesario que sean usuarios de recursos especializados en la rehabilitación e integración social de la Comunidad Valenciana.

A lo largo de este apartado, se analizarán las técnicas y procedimientos específicos a la hora de implementar este programa en un Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS).

2.1 Información sobre el recurso

El objetivo es poder implementar este programa en los recursos de atención psicosocial a las personas con problemas de salud mental, concretamente, en un Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) perteneciente a la red de recursos de la Comunidad Valenciana.

En objetivo general del CRIS es el de desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales que favorezcan la adquisición o recuperación, así como la utilización de aquellas competencias personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.

Entre los objetivos específicos del CRIS se encuentran:

- Favorecer la permanencia de las personas con problemas de salud mental grave en la comunidad con las mayores cotas de calidad de vida posibles.
- Potenciar la adquisición de las habilidades y competencias necesarias para la vida en la comunidad, intentando conseguir los mayores niveles de calidad de vida y normalización posibles.

- Prevenir el deterioro, la marginación y la institucionalización.
- Potenciar la participación de las personas con problemas de salud mental grave en la vida comunitaria tanto como sea deseable y posible.
- Apoyar y ayudar a la familia en la convivencia con la persona, favoreciendo la estructuración de un clima familiar adecuado.
- Apoyar y colaborar con otros recursos sociales y sanitarios.

2.2 Características del programa

El programa se desarrolla mediante intervenciones en formato grupal, siendo el tamaño del grupo óptimo aquel que no supere los 5 participantes. Las intervenciones grupales permiten fomentar las relaciones interpersonales entre los participantes, los grupos de apoyo mutuo, la cohesión grupal y, por tanto, el sentido de pertenencia a dicho grupo.

Durante el desarrollo de las sesiones, las cuales se realizan en las salas del CRIS, los profesionales presentes en la actividad son el psicólogo y el educador social. Mientras que el psicólogo es la principal figura que conduce las discusiones grupales, así como las intervenciones en las que cada participante se expone a los contenidos negativos de las voces y la interacción con éstas; la función del educador social es la de dinamizar las rondas de discusión grupal, fomentando la participación de cada participante y acompañando a los usuarios fuera de la sala en el caso de que deseen abandonar la sesión.

Los participantes deben realizar las tareas propuestas tanto dentro de las sesiones como las tareas entre sesiones (ambas explicadas en el punto 3.2), siendo necesario mantener este compromiso para poder permanecer en el grupo de intervención. Es importante señalar que los participantes tienen pleno derecho a no querer iniciar o mantener su participación en el programa, aunque una vez iniciado, se deben comprometer a realizar las actividades acordadas, ya que de lo contrario no podrán continuar en el programa. Por este motivo, aquellos participantes que no realicen ni las tareas acordadas intrasesiones ni las acordadas para realizar en casa, durante dos sesiones consecutivas, no podrán continuar en el programa.

Para facilitar la selección de los participantes en el programa, se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

❖ **Criterios de inclusión:**

- Personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de larga duración (inicio de los síntomas como mínimo hace 5 años).
- Presencia de sintomatología positiva (alucinaciones auditivas).
- Presencia de elevado malestar ante la sintomatología positiva presentada (alucinaciones auditivas).
- Funcionamiento cognitivo conservado.
- Con edad comprendida entre los 18 y 65 años.
- Vinculación positiva con cualquier recurso de la red externa de salud mental.
- Aceptación y desarrollo del compromiso terapéutico (voluntariedad).

❖ **Criterios de exclusión:**

- Personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con escaso recorrido de la enfermedad, es decir, inicio de los síntomas hace menos de 5 años.
- Escaso malestar ante la presencia de alucinaciones auditivas.
- Presencia únicamente de sintomatología negativa (alogia, embotamiento, anhedonia).
- Alteraciones cognitivas significativas que impidan el cumplimiento terapéutico.
- Consumo de tóxicos.
- Otras alteraciones de la conducta o intelectuales.

El programa tendrá una duración semestral, de enero a junio, teniendo una frecuencia semanal de las actividades grupales y con una duración de dos horas cada una de las sesiones, excepto la sesión sexta que tendrá una duración de tres horas.

Respecto a los contenidos del programa, estos se estructuran en dos módulos. En el primer módulo (Psicoeducación y adherencia a la terapia), la intervención se estructura en dos sesiones, las cuales están dirigidas a proporcionar información sobre el programa, fomentar la adherencia al mismo, identificar los

factores que dificultan la permanencia en la actividad y abordar creencias disfuncionales respecto a las voces y los problemas de salud mental. El segundo módulo (Atención focalizada en las voces y exposición mediante realidad virtual) se compone de siete sesiones y se aborda la focalización de la atención sobre las características físicas y el contenido de las voces, la creación de un avatar de acuerdo a dichas características y el aprendizaje estrategias de afrontamiento ante las voces que disminuyen el malestar emocional.

Además de estas sesiones, se hará una sesión inicial al empezar el programa dónde se aplicarán los instrumentos de evaluación (PRE) a los participantes y otra sesión final (POST), en la cual se volverán a realizar esas mismas evaluaciones, con el objetivo de medir la eficacia del programa a la hora de disminuir el malestar respecto a las voces y su frecuencia.

2.3 Infraestructuras tecnológicas necesarias para la aplicación del programa

Para poder aplicar la terapia avatar es necesario disponer de dos salas adyacentes, ambas con equipamiento tecnológico básico, es decir, con un ordenador en cada sala y con conexión a Internet. Además, ambos ordenadores deben estar conectados a la plataforma virtual que permite crear e interactuar con el avatar personalizado.

Tal y como se acaba de comentar, la creación del avatar se realizará a través de una interfaz animada, la cual tiene procedimientos off-line y on-line. Esta plataforma virtual permite que el usuario cree su propio avatar a través de los siguientes sistemas:

- Sistema selección y customización de voz.
- Sistema de conversión de voz en tiempo real.
- Sistema de customización facial.
- Sistema de animación facial.
- Canal de audio de 2 vías con cambio de voz avatar/voz normal.

Una vez creado el avatar, la misma plataforma permite la interacción del sujeto con su avatar. Para ello, el psicólogo se sitúa en una de las salas con un

ordenador y los participantes en la sala adyacente con el otro ordenador; el profesional puede interactuar con cada usuario a través del avatar o en su propia persona, estableciendo de esta forma un diálogo.

Además, la plataforma permite grabar la sesión y entregar un archivo (MP3) a cada participante tras finalizar la sesión, con la finalidad de aumentar el control percibido sobre las voces.

2.4 Instrumentos de valoración

2.4.1 Cuestionario PANSS- Positive and Negative Syndrome Scale (Kay, Abraham y Lewis, 1987)

El cuestionario PANSS- Positive and Negative Syndrome Scale (Kay, Abraham y Lewis, 1987) mide la presencia de síntomas positivos, negativos y una puntuación total general de psicopatología a través de 30 ítems, de los cuales siete ítems pertenecen a la Escala Positiva, siete ítems a la Escala Negativa y los 16 restantes a una Escala de Psicopatología General, tal y como se muestra en el ANEXO 1 (Escala PANSS). Utiliza una escala de gravedad de siete puntos (de ausente a grave), de forma que una puntuación más alta indica síntomas más graves. Así, a la hora de calificar la escala PANSS, se deben sumar las puntuaciones de cada ítem, siendo los rangos de puntuación posible de 7 a 49 para las escalas positiva y negativa, mientras que para la Escala de Psicopatología General el rango oscila entre 16 a 112. Por lo tanto, la escala PANSS permite realizar una evaluación dimensional (a través de la escala de gravedad) como categorial (a través de la diferenciación entre la prevalencia de la síntomas positivos o negativos).

Además de estas tres escalas, se incluye una Escala Compuesta bipolar que indica la dirección y magnitud de la diferencia entre los síndromes positivos y negativos, obteniendo un índice que puede variar de -42 a +42. El objetivo de esta escala es reflejar el grado de predominio de un síndrome sobre el otro, ya que esto puede tener implicaciones a la hora de caracterizar a las personas diagnosticadas de esquizofrenia según tipología. De esta forma, la escala PANSS está formada por cuatro escalas que miden los síndromes positivos y

negativos, su diferencial y la gravedad general de la enfermedad (Kay, Abraham y Lewis, 1987).

El diseño de la escala PANSS se realizó con una muestra final de 101 sujetos, con edades comprendidas entre los 20-68 años (con una media de 36.81), incluidos 70 hombres y 31 mujeres, todos diagnosticados de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-III R (American Psychiatric Association, 1987). En promedio, los sujetos tenían una evolución de la enfermedad de 14.41 años y una mediana de seis ingresos, siendo el porcentaje de 67.4 sujetos los que habían experimentado un ingreso hospitalario en el último año y medio. Además, todos los participantes recibían medicación neuroléptica durante el tiempo de estudio (Kay, Abraham y Lewis, 1987).

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala PANSS (Kay, Abraham y Lewis, 1987), en uno de los primeros estudios realizados al respecto, las cuatro escalas mostraron un patrón de distribución normal, sin curtosis, lo que ha permitido convertir las puntuaciones directas en percentiles y, de esta forma, realizar una interpretación provisional de las puntuaciones en referencia a una muestra de sujetos diagnosticados de esquizofrenia con tratamiento farmacológico continuo. En relación a la consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa, se mostró como cada uno de los ítems que componen la escala positiva y negativa correlacionan fuertemente con la escala de Psicopatología General ($p < .001$). En general, los coeficientes alfa para las escalas positiva y negativa fueron de .73 y .83, respectivamente ($p < 0,001$), obteniendo una elevada correlación con la escala compuesta, lo cual se interpretó como una contribución equivalente de ambas a dicha escala compuesta. La escala de psicopatología general también obtuvo una elevada consistencia interna, con un coeficiente alfa de .79 ($p < .001$) y cada uno de los 16 ítems que lo componen contribuyeron homogéneamente a la escala.

En el mismo estudio nombrado anteriormente, la validez de criterio, incluyendo la validez discriminante y convergente, fue analizada a través de correlaciones entre variables genealógicas, psicométricas e históricas. Se obtuvieron resultados en los que las escalas positiva, negativa y compuesta no fueron influenciadas por variables consideradas extrañas como la raza, el grupo cultural, la cronicidad de la enfermedad, la presencia de síntomas depresivos, la

inteligencia verbal, la atención o el desarrollo perceptivo-motor. Sin embargo, la escala positiva y negativa produjeron distintos perfiles, así, mientras el 74% de la varianza en la escala positiva fue explicada por variables como el contenido de pensamiento inusual, los antecedentes familiares de sociopatía, el tono afectivo enojado y una psicopatología global; el 81% de la varianza en la escala negativa fue explicada por variables como un deterioro afectivo general, antecedentes familiares de psicosis, déficit del desarrollo cognitivo, contenido del pensamiento empobrecido, falta de conciencia de la enfermedad y aislamiento social. Para la escala compuesta, el 69% de la varianza fue explicado por un contenido de pensamiento inusual, la falta de apoyo emocional, un contenido del pensamiento empobrecido, los años de educación y el desarrollo conceptual. Los múltiples valores de correlación para las tres escalas fueron .86, .90 y .84, respectivamente, siendo todos muy significativos (Kay, Abraham y Lewis, 1987).

Con respecto a la estabilidad y fiabilidad test-retest, se pudieron estudiar 6 meses después del análisis inicial de la escala PANSS realizado por el grupo de Kay, a través de una muestra de 15 pacientes hospitalizados y con respuesta refractaria al tratamiento con neurolépticos. La comparación de las puntuaciones entre la línea base y el seguimiento se mantuvieron bastante constantes durante este periodo, obteniéndose unas correlaciones de Pearson test-retest para las escalas positiva, negativa, compuesta y psicopatología general de .80 ($p < .001$), .68 ($p < .01$), .66 ($p < .01$) y .60 ($p < .02$), respectivamente, a los cuales les correspondía índices de confiabilidad que entre .77 y .89 (Kay, Abraham y Lewis, 1987).

La traducción y validación de la escala PANSS en población española ha sido llevada a cabo por Víctor Peralta y Manuel J. Cuesta en 1994, a través de una muestra de 100 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y la valoración de la esquizofrenia de Landmark (1982), ingresados en la Unidad Psiquiátrica del Hospital Virgen del Camino de Pamplona y cuya evaluación se realizaba entre los 5 primeros días y el mes tras el ingreso. Además de las definiciones y criterios proporcionados por el manual de puntuación de la PANSS, en la evaluación de los sujetos se utilizaron las escalas SANS- Scale for Assessment of Negative Symptoms (Andreasen, 1984b) y SAPS- Scale for Assessment of Positive

Symptoms (Andreasen, 1984a); así como la información proporcionada por familiares y personal del hospital (Peralta y Cuesta, 1994).

Las propiedades psicométricas de la validación de la escala PANSS en una muestra española obtuvo resultados similares a los proporcionados por el grupo de Kay: (1) las puntuaciones de la PANSS obtuvieron una distribución normal; (2) las escalas positiva y negativa mostraron una buena confiabilidad entre evaluadores (CCI= .70 y .80, respectivamente), mientras que el acuerdo fue moderado en la escala de psicopatología general (CCI= .56); (3) los síndromes positivos y negativos se consideran constructos independientes ($r = .09$) y ligeramente excluyentes mutuamente, ya que obtuvieron una modesta correlación inversa con la escala de psicopatología general ($r = -.25$ y $p = .013$); (4) las escalas positiva y negativa mantuvieron una alta validez concurrente en relación a las escalas SAPS y SANS ($r = .70$ y $r = .81$, respectivamente); y (5) aunque los síndromes positivos y negativos mostraron validez factorial en 4 factores (negativo, positivo, excitación y desorganizado), éstos no fueron suficientes para explicar todos los síntomas que engloba la esquizofrenia (Peralta y Cuesta, 1994).

Sin embargo, el estudio realizado por Peralta y Cuesta obtuvo una consistencia interna de la escala positiva menor que la obtenida en el grupo de Kay, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach moderado ($\alpha = .62$), lo que indica que esta escala se compone de varios elementos independientes. La escala negativa si obtuvo una elevada consistencia interna ($\alpha = .92$). Por lo tanto, estos datos implican una conceptualización de la esquizofrenia en, al menos, tres síndromes: positivos, desorganizados y negativos, ya que con la dicotomía positivo-negativo no se abarcan la totalidad de síntomas que incluye la esquizofrenia (Peralta y Cuesta, 1994).

2.4.2 Cuestionario QLESQ-SF- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal, 1993)

El QLESQ-SF- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal, 1993) consiste en un cuestionario autoinformado compuesto por 16 ítems, derivado de la escala original de 93 ítems. Evalúa el disfrute y la satisfacción general en diferentes áreas como: salud física, sentimientos, trabajo, tareas domésticas, trabajo o actividad escolar/curso, actividades de tiempo libre y relaciones sociales (Stevanovic, 2011).

En la forma abreviada del cuestionario, las respuestas se puntúan en una escala de 5 puntos ("nada o nunca" a "con frecuencia o todo el tiempo"), oscilando en valores de 14 a 70, tal y como se puede observar en el ANEXO 2 (Cuestionario QLESQ-SF). Las puntuaciones más elevadas indican una mayor satisfacción y disfrute de la vida con la vida. De los 16 ítems que compone la escala Q-LES-Q - SF, 14 permiten obtener una puntuación total, cuyo valor máximo es de 70; mientras que los dos últimos ítems permiten evaluar los dominios de medicamentos y satisfacción general con la vida de forma independiente (Stevanovic, 2011).

Tanto el cuestionario QLESQ-SF, como su forma abreviada, son dos de los cuestionarios más utilizados en dentro del campo de la investigación psiquiátrica (Stevanovic, 2011). Respecto a las características psicométricas del cuestionario QLESQ-SF, tanto la fiabilidad test-retest (.86) como la consistencia interna (medida a través del índice alfa de Cronbach) obtuvieron valores elevados, obteniendo en este último caso valores entre .86 y .90 (Ghazaleh, Timothy y Farhad, 2020).

En un estudio realizado en una muestra de 57 sujetos hospitalizados con diversos diagnósticos psiquiátricos, la consistencia interna y los coeficientes test-retest fue de .90 y .93, respectivamente. Además, se observó que la mayoría de los ítems correlacionaron significativamente con la puntuación total y otras medidas utilizadas en el estudio (oscilando entre .41 y .81), con una sensibilidad de respuesta del 80%, implicando la posibilidad de realizar evaluaciones clínicas de la calidad de vida válidas y fiables (Stevanovic, 2011).

Ni la escala original ni su versión abreviada han sido traducidas y validadas para población española, por lo que para poder medir la calidad y satisfacción de vida de los usuarios que participan en este programa se deberá llevar a cabo una traducción- retrotraducción de la escala, así como, un estudio acerca de las características psicométricas de esta versión traducida, de cara a comprobar si estas son adecuadas.

2.4.3 Cuestionario BAVQ-R-Beliefs About Voices Questionnaire-Revised (Chadwick y Birchwood, 1995)

El Cuestionario original BAVQ- The original Beliefs About Voices Questionnaire (Chadwick y Birchwood, 1995) fue elaborado a partir del modelo cognitivo del mantenimiento de las alucinaciones auditivas de (Chadwick y Birchwood, 1994). De acuerdo a este modelo, las reacciones emocionales y conductuales ante las alucinaciones auditivas reflejan tanto el contenido y la forma que adquieren las voces, como el significado que las personas les otorgan, sobre todo en relación a las creencias sobre la identidad, el propósito, la omnipotencia y las consecuencias del cumplimiento o la resistencia. En consecuencia, este cuestionario original midió las creencias, los sentimientos y el comportamiento asociados a las voces. De acuerdo a los estudios psicométricos realizados, el cuestionario BAVQ obtuvo una elevada fiabilidad y validez, además de obtener apoyo sobre la importancia de las creencias en el mantenimiento de las voces (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000).

El BAVQ-R (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000) fue diseñado para evaluar las creencias que las personas tienen sobre sus alucinaciones auditivas, así como la reacción emocional y conductual hacia dichas voces. El cuestionario contiene 35 ítems agrupados en cinco subescalas, de las cuales tres subescalas están relacionadas con las creencias: subescala de malevolencia (con seis ítems), subescala de benevolencia (con seis ítems), subescala de omnipotencia (con seis ítems); y dos subescalas están relacionadas con las emociones y las reacciones conductuales ante las voces, en las que se incluye una subescala de resistencia (con cinco ítems) y una subescala de compromiso (con cuatro ítems).

Todas las respuestas se clasifican en una escala de 4 puntos en un rango de 0 a 3 (en desacuerdo (0); inseguro (1); ligeramente de acuerdo (2); totalmente de acuerdo (3)), siendo la puntuación más alta un indicativo de elevada angustia (Ghazaleh, Timothy y Farhad, 2020). Este cuestionario puede observarse en el ANEXO 3 (ANEXO 3- Cuestionario BAVQ-R- versión inglesa).

Respecto a las características psicométricas de la escala BAVQ-R, el estudio se realizó con una muestra de 73 personas (41 hombres y 32 mujeres, con una edad media de 40 años) que presentaban alucinaciones auditivas y un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o depresión psicótica. Además, en todos los participantes las alucinaciones auditivas eran resistentes a los fármacos y se habían presentado durante al menos 2 años (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000).

En el estudio nombrado anteriormente, para cada subescala del BAVQ-R se calculó el coeficiente α , mostrando una elevada fiabilidad e incluso llegando a obtener puntuaciones α más elevadas en las subescalas de malevolencia, benevolencia y resistencia, si se comparan los resultados con el estudio anterior (Chadwick y Birchwood, 1995). Por lo tanto, la escala BAVQ-R permite medir de forma clara y estable las relaciones de los individuos con sus alucinaciones auditivas (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000).

En relación a la validez de constructo, se analizaron las correlaciones entre las diferentes subescalas del BAVQ-R, existiendo una fuerte relación entre las subescalas de malevolencia y resistencia ($r = 0,68$, $gl = 69$, $P < 0,01$) y benevolencia y compromiso ($r = 0,80$, $gl = 69$, $P < 0,01$), siendo todas las demás correlaciones entre estas subescalas fuertemente negativas (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000).

La traducción y validación de la versión en castellano de la escala BAVQ fue llevado a cabo en por Robles y Paez en 2004. Dicha validación se realizó con una muestra de 55 pacientes mexicanos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18-65 años y con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de acuerdo a los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). A parte de aplicar la versión española del cuestionario BAVQ, la muestra tuvo que responder a la entrevista semiestructurada SCID-

Structural Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996) y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (Robles, Paez, Rizo, Zúñiga y Hernández, 2004).

En dicho estudio de validación de la versión en castellano, se obtuvieron resultados similares a la versión original en relación a la consistencia interna (índices entre .74 a .88); las subescalas de malevolencia y resistencia correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ($r = 0,29$, $p = 0,04$; $r = 0,35$, $p = 0,01$, respectivamente), la cual fue evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck- BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961); la subescala de omnipotencia se correlacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con la sintomatología ansiosa ($r = 0,35$; $p = 0,01$), evaluada a través del Inventario de Ansiedad de Beck- BAI (Beck y Steer, 1993). Por tanto, la validación en castellano del cuestionario BAVQ puede considerarse un instrumento válido y fiable para evaluar las creencias acerca de las alucinaciones auditivas (Robles, Paez, Rizo, Zúñiga y Hernández, 2004).

Sin embargo, dicha validación ha sido llevado a cabo en población mexicana, por lo que, para poder medir las creencias de los usuarios que participan en este programa se deberá traducir-retrotraducir esta versión al castellano (España), por las diferencias que pueda haber en el lenguaje y utilizar sujetos españoles para la validación del cuestionario en población española. Posteriormente, es necesario realizar un estudio acerca de las características psicométricas de esta versión traducida, de cara a comprobar si estas son adecuadas.

3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

A continuación, se desarrollan los diferentes módulos que componen el programa, así como las sesiones que componen cada módulo y los objetivos que se pretenden lograr con cada una de las intervenciones.

3.1 Objetivos del programa

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este programa es la rehabilitación e integración social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados, aumentando su funcionalidad social y/o laboral; de forma que haya una repercusión en el cuidado de uno mismo, las relaciones interpersonales y la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir la percepción de sufrimiento personal asociado a los síntomas psicóticos (alucinaciones auditivas).
- Modificar las creencias respecto a las alucinaciones auditivas.
- Modificar las reacciones emocionales y conductuales ante las alucinaciones auditivas.
- Mejorar el estado mental.
- Mejorar el estado global.
- Mejorar la calidad de vida.
- Aumentar la funcionalidad.

3.2 Módulo 1. Psicoeducación y adherencia a la terapia

Objetivo general:

Fomentar la participación activa de los pacientes, desestigmatizar la presencia de voces y aumentar el bienestar emocional.

Objetivos específicos:

- Aumentar el compromiso de las personas con la terapia.
- Disminuir los sentimientos de vergüenza y culpa asociados a la presencia de síntomas psicóticos.
- Explorar los pensamientos automáticos tras recibir un diagnóstico.
- Evitar los pensamientos catastróficos.
- Fomentar el optimismo.

PRIMERA SESIÓN

Encuadre de la actividad y compromiso con la terapia

Objetivo general: Aumentar la participación y compromiso de la persona con la terapia.

Objetivos específicos:

- Proporcionar información sobre la duración, horario y objetivos del programa.
- Identificar factores que dificultan la adherencia al programa.
- Identificar estrategias que puedan facilitar la adherencia a la terapia.

Desarrollo de la sesión: Se encuadra el grupo, de forma que se informa acerca del horario, la duración y los objetivos del programa. Además, se comentan las diferentes pruebas de evaluación que miden si el programa consigue lograr dichos objetivos, las cuales se administrarán de forma individualizada por el psicólogo, con el apoyo de la figura de educador, a lo largo de la primera semana de inicio del programa.

También se les explica la importancia de mantener una continuidad en las sesiones y de poder realizar las tareas que se vayan acordando, tanto en casa como en la propia sesión.

Para este último objetivo, se pide a los participantes que elaboren autorregistro en el que identifiquen las situaciones o sucesos que consideran que les podría dificultar la asistencia a la actividad o la realización de las tareas; la emoción que dicha situación les genera, valorando el malestar desde 0 (ausencia de malestar)

a 10 (máximo malestar); las estrategias que pueden poner en marcha para reducir el malestar; y el grado de malestar tras poner en marcha dicha estrategia (ANEXO 4. Listado de problemas que impiden la asistencia al grupo).

Tras la realización del autorregistro de forma individual, se pone en común con el grupo, de forma que las experiencias personales de una persona puedan servir al grupo en conjunto. El profesional presente en la actividad (psicólogo) recoge toda la información aportada durante la sesión y elabora un listado de las situaciones/sucesos problemáticas y de las estrategias de afrontamiento identificadas, que se vuelven a leer ante el grupo, con el propio lenguaje utilizado por los participantes.

Tareas acordadas: Se traslada la posibilidad de poder llevarse el autorregistro a casa y poder añadir aquellos factores y estrategias que consideren, pudiendo compartirlo con el resto del grupo en la siguiente sesión.

SEGUNDA SESIÓN

Identificación de pensamientos automáticos y Desestigmatización

Objetivo general: Identificar los pensamientos negativos relacionados con los síntomas psicóticos y los problemas de salud mental, desestigmatizar los problemas de salud mental y aumentar la vinculación con el grupo.

Objetivos específicos:

- Identificar los pensamientos negativos respecto a los problemas de salud mental.
- Identificar los datos de evidencia que se mantienen respecto a los pensamientos negativos.
- Aumentar el grado de control percibido respecto a los síntomas.
- Aumentar el grado de confianza de cada participante para expresarse libremente, sin sentirse juzgado.

Desarrollo de la actividad: Se realiza una ronda grupal en la que poder discutir dudas y aclaraciones pendientes de la sesión anterior, invitando a cada participante si quiere añadir algún comentario al autorregistro realizado (ANEXO 4).

Tras esta primera ronda, se explica a cada participante cómo cumplimentar el autorregistro (ANEXO 5. Identificación de pensamientos automáticos), en el que se debe indicar:

- Pensamientos respecto a los problemas de salud mental y síntomas psicóticos (*¿Qué crees respecto a los problemas de salud mental y síntomas psicóticos?*): nombrar las creencias que tienen en relación a recibir un diagnóstico, tener voces, tomar medicación o las limitaciones que esto produce.
- Grado de evidencia (*¿En qué te basas para creerlo?*): nombrar los datos en los que se basan para realizar las afirmaciones indicadas en el párrafo anterior.

Una vez cumplimentado, en ronda se someten a discusión, aunque estableciendo unas normas en las que no se juzgan las opiniones de ningún miembro y no se interrumpe cuando alguien se encuentre hablando. A lo largo de la discusión grupal, los pensamientos negativos se someten a evidencia mediante debate, buscando información al respecto en el ordenador, tras lo que se vuelve a realizar una nueva ronda de discusión.

Al finalizar la actividad se explica el contenido del siguiente módulo, dejando un espacio para comentarios, dudas e impresiones de estas dos primeras sesiones.

Tareas acordadas: Cada participante debe cumplimentar el autorregistro del Anexo 5 y se les traslada la posibilidad de poder llevárselo a casa, pudiendo compartirlo con el resto del grupo en la siguiente sesión si han añadido alguna información nueva.

3.3 Módulo 2: Atención focalizada en las voces y exposición mediante realidad virtual

Objetivo general: Disminuir el malestar asociado a las voces y la frecuencia de las voces.

Objetivos específicos:

- Identificar las características físicas y el contenido de las voces.
- Abordar las distorsiones cognitivas asociadas a las voces.
- Reatribución de las voces a uno mismo.
- Exposición a las voces disminuyendo el malestar asociado
- Resolver los conflictos relacionados con las voces.
- Prevenir las recaídas.

PRIMERA SESIÓN

Características físicas de las voces

Objetivo general: Identificar las características físicas de las voces y aumentar la sensación de comodidad ante dichas características físicas.

Objetivos específicos:

- Identificar el número de voces presentes.
- Identificar la intensidad o volumen de las voces.
- Identificar el género de la voz.
- Identificar el acento de la voz.
- Identificar la localización en el espacio de la voz.

Desarrollo de la actividad: En esta primera sesión se aborda la identificación de las características físicas de las voces. En grupo, se explica cómo, en muchas ocasiones, las voces pueden generar tal nivel de malestar que no se presta atención a sus características físicas, entre las que se encuentran: el número, la intensidad o volumen, el género, el acento o la localización en el espacio. Para poder identificar estas características de las voces, se reparte una hoja de autorregistro (ANEXO 6- Autorregistro de las características físicas de las voces), la cual deben cumplimentar en casa y traerla en la siguiente sesión, tras lo que se pondrá en común con el grupo.

Las características de las voces que se deben identificar son:

- Hora del día en que se producen las voces o, en caso de que las voces aparezcan de forma continuada, horarios estipulados previamente (tal y como se detalla en las indicaciones del apartado de tareas acordadas).
- Número de voces.
- Intensidad o volumen de la voz: especificar si las voces tienen una intensidad desde 1 (mínima intensidad) a 10 (máxima intensidad, por ejemplo, le cuesta escuchar otros sonidos del entorno debido al alto volumen de la voz).
- Género de la voz: especificar si es masculina, femenina o no es capaz de identificarlo.
- Acento de la voz: identificar si el acento es el mismo que tiene la persona que las experimenta o son pronunciadas con un acento diferente, especificando cual es. En caso de que la persona no identifique el acento, debe especificarlo como “no especificado”.
- Localización en el espacio: identificar si las voces se sitúan delante, detrás, a la izquierda o la derecha de la persona.

Tareas acordadas: Los participantes deben registrar la información contemplada en el ANEXO 6, en casa, durante una semana, con las siguientes indicaciones:

- Para personas que tienen una frecuencia de las voces elevada o continuada, deben escoger cinco momentos del día en que van a realizar el registro (al levantarse, a mitad mañana, a la hora de comer, a mitad tarde y antes de acostarse).
- Para las personas con una presencia de voces limitada a unos determinados momentos o con una baja frecuencia, deben realizar el autorregistro en el momento que aparezcan la voz.

SEGUNDA SESIÓN

Contenido de las voces

Objetivo general: Identificar los contenidos de las voces.

Objetivos específicos:

- Identificar los mensajes que transmiten las voces.
- Identificar emociones asociadas a las voces.
- Relacionar los contenidos de las voces con preocupaciones.

Desarrollo de la actividad: En grupo, cada participante comenta su autorregistro elaborado en la sesión anterior (ANEXO 6), dejando un espacio para resolver dudas y posibles problemas que hayan surgido durante su elaboración. A partir de este autorregistro, cada participante elabora un listado con las voces que presenta y las características físicas asociadas a cada voz.

Se les explica que, una vez identificadas las características físicas de las voces, se procederá a la identificación del contenido de éstas, ya que el contenido suele tener una interpretación mucho más negativa que las características físicas y, además, se suele relacionar con las preocupaciones y ansiedades personales. Para poder identificar el contenido de las voces, deben cumplimentar un autorregistro (ANEXO 7- Autorregistro de los contenidos de las voces) y traerlo a la siguiente sesión grupal, tras lo que se pondrá en común con el grupo. En el autorregistro deben proporcionar información sobre:

- Contenido de cada una de las voces: identificación de los mensajes más repetitivos de cada una de las voces, pudiendo anotar el contenido de forma literal.
- Emoción asociada a las voces: identificación de las emociones respecto a las voces, tras escuchar el mensaje de la voz.
- Preocupaciones respecto al contenido de las voces: identificar si los mensajes que transmiten las voces se relacionan con alguna preocupación que tiene la persona que las escucha.

Tareas acordadas: Los participantes deben registrar la información contemplada en el ANEXO 7, en casa, durante una semana, con las siguientes indicaciones:

- Para personas que tienen una frecuencia de las voces elevada o continuada, deben escoger aquellas voces que mayor malestar emocional le generan ya que, en ocasiones, las voces se pueden asociar a emociones positivas o no generar ninguna reacción emocional, pero estas no serán contempladas en la intervención.
- Para las personas con una presencia de voces limitada a unos determinados momentos o con una baja frecuencia, deben realizar el autorregistro en el momento que aparezca la voz.

TERCERA SESIÓN

Creencias y pensamientos respecto a las voces

Objetivo general: Modificar las creencias disfuncionales asociadas a las voces.

Objetivos específicos:

- Identificar las creencias y pensamientos asociadas a las voces.
- Cuestionar creencias sobre la omnipotencia, malevolencia, benevolencia y la obediencia respecto a las voces.

Desarrollo de la actividad: Cada participante comenta su autorregistro elaborado en la sesión anterior (ANEXO 7), de forma que se puedan analizar en grupo las dudas o problemáticas surgidas durante la elaboración. Se ponen en común el contenido de cada una de las voces, intentando relacionar los mensajes que transmiten las voces con posibles preocupaciones (tanto del pasado, como del presente o del futuro).

Se les explica qué, una vez detectadas las características físicas y el contenido de las voces, se debe realizar un autorregistro (ANEXO 8- Autorregistro de las creencias respecto a las voces), el cual permite identificar los pensamientos y creencias disfuncionales asociados a cada una de las voces, con el objetivo posterior de poder modificarlos por otras creencias más funcionales. Dentro de estos errores cognitivos, se analizan las creencias sobre la omnipotencia, malevolencia, benevolencia y la obediencia respecto a las voces.

Tras explicar en qué consiste cada una de estas creencias, cada miembro del grupo tiene que poner un ejemplo sobre una situación en la que escuchó la voz y ésta se asoció a algunas de dichas creencias.

Para poder realizar el autorregistro de forma correcta, se explican los elementos contemplados en el ANEXO 8:

- Antecedentes: sucesos que anteceden al inicio de las voces.
- Voces: clasificadas según contenido y características de cada una.
- Sentimientos respecto a cada una de las voces.
- Pensamientos respecto a cada una de las voces.
- Creencias sobre la omnipotencia, malevolencia, benevolencia y la obediencia de cada una de las voces: se debe registrar si los pensamientos asociados a cada una de las voces corresponden con alguna de estas creencias.

Finalmente, se revisan las características físicas y contenido respecto a cada una de las voces, ya que esto permitirá crear el avatar, de forma individualizada, al cual se deberán exponer en la sexta sesión.

Tal y como se menciona en el apartado de metodología, la creación del avatar se realiza a través de una plataforma virtual, en la que cada participante crea su propio avatar con la ayuda del psicólogo. Para poder crearlo, cada usuario deberá escoger, entre las diferentes alternativas que permite la interfaz, la selección y customización facial y de la voz, lo cual se hará de forma individualizada en a lo largo de los días previos a la 6^o sesión.

Tareas acordadas: Los participantes deben registrar la información contemplada en el ANEXO 8, en casa, durante una semana, con las siguientes indicaciones:

- Para personas que tienen una frecuencia de las voces elevada o continuada, deben escoger aquellas voces que mayor malestar emocional le generan, ya que en ocasiones las voces se pueden asociar a emociones positivas o no generar ninguna reacción emocional, pero estas no serán contempladas en la intervención.

- Para las personas con una presencia de voces limitada a unos determinados momentos o con una baja frecuencia, deben realizar el autorregistro en el momento que aparezcan la voz.

CUARTA SESIÓN

Funciones de las voces

Objetivo general: Modificar las creencias disfuncionales asociadas a las voces y reatribuir las voces a uno mismo.

Objetivos específicos:

- Proporcionar un significado alternativo a las creencias disfuncionales respecto a las voces.
- Reconocer las voces como un producto autogenerado.
- Identificar las funciones de las voces.

Desarrollo de la actividad: Cada participante comenta su autorregistro elaborado en la sesión anterior (ANEXO 8), de forma que se puedan analizar en grupo las dudas o problemáticas surgidas durante la elaboración. Se analizan los pensamientos y emociones asociados a cada una de las voces, relacionándolos con posibles creencias de omnipotencia, malevolencia, benevolencia y la obediencia asociadas a las mismas.

Tras esta actividad, se les explica cómo, en muchas ocasiones, la frecuencia de las voces está relacionada con momentos de tensión emocional; y cómo la interpretación que se proporciona a las voces influye en el estado de ánimo, lo cual repercute en la aparición y mantenimiento de las voces, creándose un círculo vicioso. En ningún momento se confrontan dichas creencias disfuncionales, sino que se someten a discusión grupal.

Para finalizar la actividad, se ponen ejemplos sobre las creencias disfuncionales identificadas en el autorregistro del ANEXO 8, y posibles creencias alternativas a dichos pensamientos, mostrándoles para este objetivo el autorregistro que deben cumplimentar en casa para la siguiente sesión (ANEXO 9- Autorregistros de creencias alternativas respecto a las voces), el cual es una continuación del

Autorregistro de las creencias respecto a las voces, pero añadiendo las siguientes columnas nuevas:

- **Pensamientos alternativos:** consiste en plantear pensamientos alternativos a las creencias disfuncionales que están asociadas a las voces, por ejemplo, disminuyendo el grado de obediencia y omnipresencia que tienen.
- **Emociones derivadas de los pensamientos alternativos:** consiste en registrar la emoción surgida tras plantear creencias y explicaciones alternativas a las voces, donde se deberá identificar el grado de malestar respecto a la voz desde un nivel 1(ningún malestar) hasta 10 (máximo malestar).
- **Creencias respecto al origen de las voces:** consiste en identificar el origen de las voces, bien de fuentes externas, bien de fuentes internas.

Tareas acordadas: Los participantes deben registrar la información contemplada en el ANEXO 9, en casa, durante una semana, para poder comentarlo en grupo en la siguiente sesión. Las indicaciones a la hora de registrar la información es la misma proporcionada en las anteriores sesiones.

QUINTA SESIÓN

Estrategias de afrontamiento

Objetivo general: Poner en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas ante situaciones de mayor malestar emocional respecto a las voces.

Objetivos específicos:

- Aprender una técnica de relajación (respiración diafragmática).
- Elaborar un listado de actividades agradables.
- Identificar a personas de apoyo de la red social.

Desarrollo de la actividad: Cada participante comenta su autorregistro elaborado en la sesión anterior (ANEXO 9), de forma que se puedan analizar en grupo las dudas o problemáticas surgidas durante la elaboración. El objetivo es que los participantes relacionen las emociones negativas y las creencias disfuncionales como factores que fomentan la frecuencia y malestar asociado a

las voces; mientras que aquellas explicaciones alternativas más funcionales disminuyen el malestar. Para ello, se someten estos planteamientos a discusión grupal, pero realizando una confrontación directa de la veracidad que se mantienen respecto a las creencias disfuncionales.

Una vez los miembros del grupo han identificado las voces como un producto autogenerado, las cuales pueden aumentar su frecuencia y malestar asociado en momentos de estrés, preocupación y ansiedad, el objetivo es poner en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas, ante la presencia de voces asociadas a pensamientos y sentimientos que generan malestar. Para ello, cada participante elabora un listado de las actividades que considera agradables, significativas y que le producen bienestar, así como un listado de las personas que considera figuras de apoyo, a las cuales recurrir ante dichos momentos de malestar.

Además, se practicará la respiración diafragmática durante la sesión a través del siguiente ejercicio:

Ejercicio de respiración diafragmática con ayuda de las manos:

1. Cada participante, tumbado sobre una colchoneta, debe poner una de sus manos (o ambas) sobre el abdomen.
2. La respiración debe hacerse lenta y profundamente, por la nariz, y mientras se nota cómo se levantan las manos puestas sobre el abdomen, la parte superior del pecho debe permanecer inmóvil y relajada.
3. La exhalación del aire debe hacerse por la boca, con los labios fruncidos (se da la indicación que es “como si soplaran una vela”).
4. Este movimiento se repite 5 veces.

También, se analizará el autorregistro (ANEXO 10- Autorregistro de las estrategias de afrontamiento) que deben completar durante la semana para llevarlo a discusión grupal en la siguiente sesión. En dicho autorregistro, deben recoger información sobre:

- Antecedentes: sucesos que anteceden al inicio de las voces.
- Voces: clasificadas según contenido y características de cada una.

- Estrategia puesta en marcha: se debe indicar si, ante la presencia de las voces, pone en marcha algunas de las estrategias mencionadas en esta sesión como, por ejemplo, estrategias conductuales (actividades significativas o respiración diafragmática) o recurrir a una persona de apoyo. En caso de no aplicar dichas técnicas y utilizar otras estrategias, deben indicar cuál ha sido la que han utilizado (por ejemplo, evitar/ huir de la situación).
- Consecuencias: se debe indicar la emoción generada y el nivel de malestar asociado, valorado de 0 (nada de malestar) a 10 (máximo malestar), tras aplicar las estrategias de afrontamiento.

Tareas acordadas: Cada participante deberá escoger cinco momentos del día en los que practicar cinco respiraciones diafragmáticas, durante una semana, con las siguientes indicaciones:

- Se deben escoger momentos en los que la persona se encuentre tranquila.
- La respiración se realiza en un lugar tranquilo y estando acostado.
- Si no consigue relajarse, deja la actividad y la continúa en otro de los momentos en que se encuentre más relajado.

Además, los participantes deben registrar la información contemplada en el ANEXO 10, en casa, durante una semana, para poder comentarlo en grupo en la siguiente sesión.

SEXTA SESIÓN

Exposición mediante RV

Objetivo general: Exposición a las voces mediante RV y disminución del malestar asociado a las voces.

Objetivos específicos:

- Exposición al contenido negativo de las voces mediante RV.
- Resolver conflictos respecto a las voces mediante RV.
- Aplicar estrategias de afrontamiento adecuadas durante la exposición de RV.

- Integrar la técnica de relajación (respiración diafragmática) en la rutina diaria.

Desarrollo de la actividad: Cada participante comenta su autorregistro elaborado en la sesión anterior (ANEXO 10), de forma que se puedan analizar en grupo las dudas o problemáticas surgidas durante la elaboración. A través de la discusión grupal, se analizan las consecuencias derivadas de aplicar estrategias de afrontamiento, diferenciando entre aquellas que reducen el malestar asociado a las voces y aquellas que lo mantienen o aumentan.

Tras la discusión grupal, cada participante debe escoger el orden de presentación a las voces, según el nivel de ansiedad generado, para poder exponerse al avatar creado en la tercera sesión. Para ello, se realiza el siguiente procedimiento:

1º A través del listado de voces creado en las anteriores sesiones (clasificadas según características físicas y contenido), se analiza el nivel de ansiedad que generan. El nivel de medida es Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS) representado en el ANEXO 11 (Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS)).

2º Se escogen las voces que generan niveles intermedios de ansiedad (identificadas con niveles SUDS de 3-5), para progresivamente pasar a la exposición de voces con niveles SUDS elevados.

3º Se realiza la exposición a la voz, mediante un avatar, de forma individual. La exposición debe ser larga, sin interrupciones y sin realizar conductas de escape (por ejemplo, contar para distraerse), aunque sí se permite abandonar la situación y retomarla si el nivel de malestar generado es muy elevado.

4º Durante la exposición, el participante interactúa con la voz, dependiendo de los contenidos negativos previamente identificados.

5º A la vez, durante la exposición se pone en marcha una estrategia incompatible con la respuesta de ansiedad (respiración diafragmática).

6º Se vuelve a evaluar el nivel de ansiedad generado por las voces, finalizando la exposición cuando el participante refiere un nivel SUDS de 0-2.

La exposición al avatar puede requerir más tiempo que una única sesión, ya que es necesario que el usuario se familiarice con la tecnología y con su avatar; tras lo que debe centrarse en las características físicas de las voces y el contenido; para más tarde poder desarrollar un diálogo entre sujeto y avatar. Por este motivo, aunque inicialmente se plantea una sesión, estas se ampliarán en aquellos casos necesarios, con un máximo de 5 sesiones adicionales.

Tras finalizar la sesión, se entrega a cada usuario un archivo grabado en MP3 con los diálogos surgidos con su avatar.

Tareas acordadas: Cada participante debe practicar en casa la exposición al contenido de las voces junto con la aplicación de estrategias de afrontamiento, aunque en este caso, sin realidad virtual. Por lo que, ante la presencia de voces que generen malestar, debe poner en marcha la estrategia de respiración diafragmática, tras lo que debe valorar el nivel de malestar asociado. También puede exponerse a las voces a través del archivo MP3 grabado durante la sesión, mientras aplica las estrategias de afrontamiento y reevalúa su nivel de malestar.

Paralelamente, con el objetivo de integrar la respiración diafragmática en la rutina habitual, cada participante continuará practicando esta actividad, escogiendo cinco momentos del día en los que practicar cinco respiraciones diafragmáticas, con las siguientes indicaciones:

- Se deben escoger momentos en los que la persona se encuentre tranquila, pero también aquellos en los que hay un nivel elevado de malestar.
- La respiración se realizará en lugares tranquilos, pero también se incluyen aquellas situaciones en las que haya más ruido. Se puede realizar de forma acostada, sentada en una silla o de pie.
- Si no consigue relajarse, se deja la actividad y se continúa en otro de los momentos en que se encuentre más relajado.

SÉPTIMA SESIÓN

Prevención de recaídas

Objetivo general: Mantener los logros alcanzados y prevenir la aparición de recaídas.

Objetivos específicos:

- Identificar los desencadenantes del empeoramiento de los síntomas.
- Detectar los síntomas de forma temprana.
- Aplicar técnicas de afrontamiento ante los estresores.

Desarrollo de la actividad: En esta última sesión, se hace una recopilación de todo lo comentado a lo largo de las anteriores sesiones, así como se comentan las diferencias que se hayan podido mostrar en el nivel de ansiedad mostrado al exponerse a los contenidos negativos de las voces, antes y después de aplicar estrategias de afrontamiento adecuadas, en la sesión anterior.

Tras la discusión grupal, cada participante elabora un listado en el que identifique (ANEXO 12- Prevención de Recaídas):

- Signos personales de advertencia temprana: consiste en identificar aquellos signos que cada uno considera como una señal de advertencia ante una posible crisis o cambio en el estado de ánimo.
- Plan de detección de los signos personales de advertencia y afrontamiento: guía que permita detectar las señales de advertencia lo más temprano posible y la estrategia de afrontamiento a poner en marcha. Por ejemplo, elaborar un listado de personas a las que recurrir ante momentos de mayor malestar emocional o practicar técnicas de relajación en situaciones de elevada ansiedad.

Después, se hace una ronda en la que se pedirá a cada participante que diga qué le ha parecido este programa y si considera que le ha ayudado en mejorar su malestar asociado a las voces, es decir, se habla sobre las conclusiones percibidas por cada participante tras dar por finalizado el programa.

Finalmente, se vuelven a administrar las pruebas de evaluación que miden si los objetivos del programa se han logrado, las cuales se cumplimentan de forma

individualizada por el psicólogo, con el apoyo de la figura de educador, a lo largo de la última semana del programa.

Tareas acordadas: Cada participante continuará practicando la respiración diafragmática en diversos momentos del día, sobre todo, en aquellas situaciones que sienten elevado malestar emocional. Además, se mantendrá la aplicación de la respiración diafragmática ante la presencia de contenidos negativos de las voces, junto con la aplicación de otras estrategias de afrontamiento como la realización de actividades significativas que le generan bienestar o el mantenimiento del contacto con personas de la red de apoyo.

4. RESULTADOS ESPERADOS

En este apartado se detallan aquellos cambios que se pretenden obtener tras la aplicación del programa expuesto. Los cambios que se pretenden observar tras la reevaluación de las escalas son los siguientes:

- **Escala de síndromes Positivos y Negativos (PANSS):**

Se espera que, tras la aplicación del programa, los usuarios muestren menores puntuaciones en las tres escalas que componen el cuestionario PANSS, de forma que la frecuencia y malestar asociado a las voces sea menor.

Por lo tanto, la evaluación realizada únicamente es a nivel dimensional, ya que se mide la gravedad de la sintomatología y no el predominio de síntomas negativos o positivos presentados.

Para poder comprobar que dichos resultados se obtienen, se pretende que los sujetos obtengan una puntuación como máximo de 4 en todos los ítems que componen las diferentes escalas, ya que éste representa un nivel moderado de gravedad de la sintomatología. De esta forma, al sumar las puntuaciones de todos los ítems que componen las diferentes escalas, en las subescalas positiva y negativa se pretende obtener una puntuación como máximo de 28, respectivamente; y en la subescala de psicopatología general se pretende obtener como máximo una puntuación de 64.

- **Cuestionario QLESQ-SF- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form**

Tal y como se ha comentado en el apartado de metodología, este cuestionario no ha sido traducido ni validado para población española, por lo que para evaluar la calidad y satisfacción de la vida se debe realizar una traducción-retrotraducción del instrumento por parte del equipo investigador antes de aplicársela a los usuarios.

Posteriormente, también antes de la aplicación, se debe realizar un estudio de las características psicométricas de la traducción de esta escala, empleando para ello población española, todo de cara a ver si presenta adecuadas características psicométricas.

Se espera que, tras la aplicación del programa, las puntuaciones en el cuestionario sean mayores a las obtenidas inicialmente, ya que esto refleja una mayor satisfacción de la vida. Únicamente se tendrán en cuenta los 14 primeros ítems que componen el test, ya que su sumatorio permite obtener una puntuación total. Se pretende que, al sumar las puntuaciones de todos los ítems, los sujetos obtengan una puntuación como mínimo de 42.

- **Cuestionario BAVQ-R-Beliefs About Voices Questionnaire-Revised**

En el apartado de metodología ya se ha comentado que este cuestionario no ha sido traducido ni validado en población española, aunque si tiene una versión en castellano del cuestionario BAVQ, el cual ha sido validado en población mexicana. Es por este motivo que, para poder evaluar las creencias en relación a los voces, esta versión debe ser traducida al castellano (España) y estudiadas sus características psicométricas en población española, para ver si estas son adecuadas, por parte del equipo investigador antes de aplicársela a los usuarios.

Se espera que, tras la aplicación del programa, las puntuaciones en todas las subescalas del cuestionario disminuyan, ya que esto es indicativo de una menor angustia generada por las audiciones auditivas. Se pretende que los sujetos obtengan una puntuación como máximo de 2 en todos los ítems, ya que éste representa un nivel intermedio de angustia generada por las voces. De esta forma, al realizar el sumatorio de todos los 35 ítems que componen las 5 subescalas, se pretende que la puntuación máxima sea de 70.

5. CONCLUSIONES

Tal y como se menciona en la parte de la introducción, los trastornos mentales han ido en aumento en los últimos años, llegando al porcentaje de 4.5% los adultos han indicado haber sido afectados en algún momento por un trastorno mental grave con repercusiones importantes en su calidad de vida y funcionamiento social (Bose, Hedden, Lipari y Park-Lee, 2018).

Tradicionalmente, la atención en salud mental se ha basado en procedimientos farmacológicos e intervenciones psicológicas, obteniendo una superioridad los tratamientos farmacológicos en trastornos como la esquizofrenia o la distimia (Fournier y cols, 2010; Harvey y Gumpert, 2015), aunque muchos de las pacientes aceptan en mayor medida las intervenciones psicológicas, en parte, debido a los elevados efectos secundarios que produce la medicación. Es por este motivo que han proliferado los tratamientos psicosociales en la intervención de los problemas de salud mental.

Sin embargo, la psicoterapia continúa teniendo un efecto moderado, las tasas de abandono son elevadas (llegando hasta el 30%) y se presentan dificultades en el mantenimiento de los resultados (Harvey y Gumpert, 2015; Swift y Greenberg, 2014).

Debido a las limitaciones de la psicoterapia tradicional, es importante desarrollar nuevas formas de intervención que se adapten a las necesidades de los pacientes, produciendo una mayor aceptación por parte del paciente y un mayor acceso a la población, ya que las tasas de abandono continúan siendo elevadas.

Una de estas intervenciones es la realidad virtual (RV), la cual permite individualizar la intervención y abordar problemas complejos que tienen escasa respuesta con las intervenciones más tradicionales. Este es el caso de los tratamientos dirigidos a las alucinaciones auditivas en personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos psicóticos relacionados, donde los esfuerzos se han dirigido a confrontar los delirios, prestar atención a las voces y adquirir estrategias de afrontamiento ante éstas, pero las tasas de abandono y el malestar generado por las voces sigue siendo elevado, a pesar de que los programas cognitivo-conductuales tiene un nivel de evidencia demostrado.

Por este motivo, se decide realizar este trabajo sobre un programa, dirigido a personas con diagnóstico de esquizofrenia o síntomas psicóticos, basado en la combinación del tratamiento cognitivo-conductual junto con la terapia avatar, ya que esta combinación puede lograr una mayor inmersión y personalización a la hora de intervenir sobre las voces, a la par que se abordan otros objetivos como las estrategias de afrontamiento o las creencias en la relación a las voces.

Y, aunque la RV no ha mostrado superioridad en comparación con los tratamientos habituales basados en la evidencia (Dellazizzo, Potvin, Luigi y Dumais, 2020) y continúa teniendo unos elevados costes, es importante desarrollar otro tipo de intervenciones más innovadoras que permitan abordar aquellos síntomas complejos o resistentes al tratamiento tradicional, como el malestar generado por las voces.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aali G., Kariotis T. y Shokrane F. (2020). *Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD011898. DOI: 10.1002/14651858.CD011898.pub2.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revision Third Edition (DSM-IV)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington: American Psychiatric Pub.
- Andreasen N. (1984b). *Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University Iowa.
- Andreasen N. (1984a). *Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University Iowa.
- Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Acarturk C, Eaton J, Gastaldon C, Gureje O, Hanlon C, Jordans M, Lund C, Nosè M, Ostuzzi G, Papola D, Tedeschi F, Tol W, Turrini G, Patel V, Thornicroft G. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 7(2), 162-172. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30511-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30511-5).
- Barton E., Pustejovsky J., Maggin D. y Reichow B. (2017). Technology-aided instruction and intervention for students with ASD: a meta-analysis using novel methods of estimating effect sizes for single-case research. *Remedial and Special Education*, 38(6), 371–386.
- Beck, A. T. y Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson, Mock J y Erbaugh J (1961). *An inventory for measuring depression*. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID: 13688369.
- Belloch A., Sandín B. y Ramos F. (2008). *Manuel de psicopatología. Edición revisada*. Madrid : McGraw- Hill.
- Bose J., Hedden S., Lipari R. y Park-Lee E. (2018). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*. (HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/>
- Botella C., García-Palacios A., Guillen V., Baños R., Querol S. y Alcaniz M. (2010). An adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 3(1):67-71. DOI:10.1089/cpb.2009.0353.
- Cardoş R., David O. y David D. (2017). Virtual reality exposure therapy in flight anxiety: a quantitative meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 72, 371–380.

- Chadwick P., Lees S. y Birchwood M. (2000). The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *The British Journal of Psychiatry*, 177(SEPT), 229-232.
- Chadwick P. y Birchwood M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190–201.
- Chadwick P. y Birchwood M. (1995). The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 166, 773–776.
- Chadwick P., Lees S. y Birchwood M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ–R). *British Journal of Psychiatry* 177.3, 229-232.
- Charlson F., Baxter A., Dua T., Degenhardt L., Whiteford H. y Vos T. (2016). *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4): Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*. Washington: DC: The World Bank.
- Craske M., Kircanski K., Zelikowsky M., Mystkowski J., Chowdhury N. y Baker A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, Jan;46(1):5-27. doi: 10.1016/j.brat.2007.10.003. Epub 2007 Oct 7.
- Cusack, J., Jonas, D., Forneris, C., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J., Feltner C., Brownley K., Olmsted Rae K., Greenblatt A., Weil A. Bradley N. y Gaynes BN. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- Dellazizzo L., Potvin S., Luigi M. y Dumais A. (2020). Evidence on Virtual Reality–Based Therapies for Psychiatric Disorders: Meta-Review of Meta-Analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8):e20889.
- Deng W., Hu D., Xu S., Liu X., Zhao J., Chen Q., Liu J., Zhang Z., Jiang W., Ma L., Hong X., Cheng S., Liu B. y Li X. (2019). The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 257 (OCT) , 698-709.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. y Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin* 29, 321-326.
- Fernández-Álvarez, J., Rozental, A., Carlbring, P., Colombo, D., Riva, G., Anderson, P. L., Baños, R. M., Benbow, A. A., Bouchard, S., Bretón-López, J. M., Cárdenas, G., Difede, J. A., Emmelkamp, P., García-Palacios, A., Guillén, V., Hoffman, H., Kampann, I., Moldovan, R., Mühlberger, A., ... Botella, C. (2019). Deterioration rates in virtual reality therapy: an individual patient data level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 61 (JAN), 3-17.
- Fernández-Alvarez, J., Colombo, D., Botella, C., García-Palacios, A. y Riva, G. (2019). Virtual reality for anxiety and stress-related disorders: a SWOT analysis. En S. S. Ciproso P, *Pervasive Computing Paradigms for Mental Health*. New York, USA: Springer.
- First, MB, Spitzer, RL, Gibbon, M. y Williams, JB (1996). *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Foa, E., Huppert, J. y Cahill, S. (2006). *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*. New York, USA: The Guilford Press, 3-24.

- Fodor , L., Coteț , C., Cuijpers , P., Szamoskozi , S., David , D. y Cristea, I. (2018). The effectiveness of virtual reality based interventions for symptoms of anxiety and depression: a meta-analysis. *Scientific Reports*, 8(1):10323. DOI: 10.1038/s41598-018-28113-6.
- Fournier, J., DeRubeis, R., Hollon, S., Dimidjian, S., Amsterdam , J., Shelton , R. y Fawcett , J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, Jan 6;303(1):47-53. doi: 10.1001/jama.2009.1943. PMID: 20051569; PMCID: PMC3712503.
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson , A., Ehlers , A., Clark, D., Spanlang, B. y Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14):2393-2400. doi: 10.1017/S003329171700040X. Epub 2017 Mar 22. PMID: 28325167; PMCID: PMC5964457.
- Ghazaleh , A., Timothy , K. y Farhad , S. (2020). Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 5(5):CD011898.
- Gonçalves, R., Pedrozo, A., Coutinho, E., Figueira, I. y Ventura , P. (2012). Efficacy of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD: a systematic review. *PLoS One*, 7(12):e48469.
- Gould, R., Mueser , K., Bolton, E., Mays, V. y Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 30;48(2-3):335-42. doi: 10.1016/s0920-9964(00)00145-6.
- Haddock, G., McCarron, J., TARRIER, N. y Faragher, E. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4):879-89. doi: 10.1017/s0033291799008661. PMID: 10473315.
- Harvey , A. y Gumpert , N. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour Research and Therapy*, 68:1-12. doi: 10.1016/j.brat.2015.02.004. Epub 2015 Feb 26. PMID: 25768982; PMCID: PMC4395546.
- Huhn M, Tardy M, Spinesi LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, Leucht C, Samara M, Dold M, Davis JM y Leucht S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71(6):706-15. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112. PMID: 24789675.
- Kampmann IL, I., Emmelkamp , P. y Morina , N. (2016). Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 50(15), 2487-2497. doi:10.1017/S0033291720003785.
- Kauppi, K., Välimäki , M., Hätönen , H., Kuosmanen , L., Warwick-Smith, K. y Adams, C. (2014). *Information and communication technology based prompting for treatment compliance for people with serious mental illness*. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 6(6):CD009960.
- Kim, O., Pang, Y. y Kim , J. (2019). The effectiveness of virtual reality for people with mild cognitive impairment or dementia: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 12;19(1):219. doi: 10.1186/s12888-019-2180-x. PMID: 31299921; PMCID: PMC6626425.

- Krijn , M., Emmelkamp, P., Olafsson , R. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 27(10):933-944.
- Linder, P., Miloff, A., Hamilton, W., Reuterskiöld, L., Andersson , G., Powers , M. y Carlbring , T. (2017). Creating state of the art, next-generation virtual reality exposure therapies for anxiety disorders using consumer hardware platforms: design considerations and future directions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 17:60. DOI: 10.1186/s13063-016-1171-1. PMID: 26833396; PMCID: PMC4736108.
- Lindner , P., Hamilton , W., Miloff , A. y Carlbring , P. (2019). How to Treat Depression With Low-Intensity Virtual Reality Interventions: Perspectives on Translating Cognitive Behavioral Techniques Into the Virtual Reality Modality and How to Make Anti-Depressive Use of Virtual Reality-Unique Experiences. *Frontiers of Psychiatry*, 10:792.
- Maples-Keller, J., Bunnell, B., Kim, S. y Rothbaum, B. (2017). The use of virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders. *Harvard Review Psychiatry*, 25(3):103-113. doi: 10.1097/HRP.000000000000138. PMID: 28475502; PMCID: PMC5421394.
- Menon , J. y Kandasamy , A. (2018). Relapse prevention. *Indian J Psychiatry*, 60 (8): 473-478.
- Morina , N., Ijntema, H., Meyerbröker, K. y Emmelkamp , P. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behaviour Research and Therapy*, 18-24.
- Opriş , D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S. y David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2):85-93. doi: 10.1002/da.20910.
- Park , M., Kim , D., Lee, U., Na , E. y Jeon , H. (2019). A literature overview of virtual reality (VR) in treatment of psychiatric disorders: recent advances and limitations. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 505.
- Parsons, S. (2016). Authenticity in virtual reality for assessment and intervention in autism: a conceptual review. *Educational Research Review*, 19: 138-157.
- Parsons , S. y Mitchell , P. (2002). The potential of virtual reality in social skills training for people with autistic spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (5): 430-443.
- Parsons , T. y Rizzo , A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: a meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 250–261.
- Peralta, V. y Cuesta, M. (1994). Validación de la Escala de Síndromes Positivos y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* , 4 (1): 9-18.
- Petitti, D. (2000). *Meta-Analysis, Decision Analysis, and Cost-Effectiveness Analysis: Methods for Quantitative Synthesis in Medicine*. New York, USA: Oxford University Press, 123 (2): 650-651.
- Powers , M. y Emmelkamp, P. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3): 561-569.

- Pratt , L. y Brody, D. (2014). Depression in the US household population, 2009-2012. *NCHS Data Brief*, 172, 1-8.
- Rebenitsch , L. y Owen , C. (2016). Review on cybersickness in applications and visual displays. *Virtual Reality*, 20, 101-125.
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy: review. *Cyberpsychol and Behavior*, 8(3): 220-230.
- Rizzo , A. y Kim, G. (2005). A SWOT analysis of the field of virtual reality rehabilitation and therapy. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 14: 119-146.
- Robles García , R., Paez, F., Rizo, A., Zúñiga , O. y Hernández, E. (2004). Estudio de traducción al español y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias acerca de las voces (BAVQ). *Actas Españolas de Psiquiatría* 32(6), 358-362.
- Rus-Calafell, M., Garety, P., Sason, E., Craig, T. y Valmaggia, L. (2018). Virtual reality in the assessment and treatment of psychosis: a systematic review of its utility, acceptability and effectiveness. *Psychological Medicine*, 48 (3): 362–391.
- Shah , L., Torres, S., Kannusamy , P., Chng, C., He , H. y Klainin-Yobas , P. (2015). Efficacy of the virtual reality-based stress management program on stress-related variables in people with mood disorders: the feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (1): 6–13.
- Stanley, K., Abraham, F. y Lewis, O. (1987). The Positive and Negative Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Volume 13, Issue 2 , 261–276.
- Stevanovic, D. (2011). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *Psychiatry and Mental Health Nursing*, volume 18, 744-750.
- Swift , J. y Greenberg, R. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24 (3): 193-207.
- Välimäki , M., Hätönen , H., Lahti , M., Kuosmanen , L. y Adams, C. (2012). *Information and communication technology in patient education and support for people with schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 39 (3): 496-498.
- Välimäki , M, Hätönen HM, Lahti ME, Kurki M, Hottinen A, Metsäranta K, Riihimäki T y Adams CE. (2014). *Virtual reality for treatment compliance for people with serious mental illness*. Cochrane Database Systemic Review, 10 (46): 1469-1493.
- Valmaggia , L., Latif , L., Kempton , M. y Rus-Calafell , M. (2016). Virtual reality in the psychological treatment for mental health problems: an systematic review of recent evidence. *Psychiatry Research*, 28;236:189-195. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.015. Epub 2016 Jan 12. PMID: 26795129.
- Wiederhold , B. y Riva , G. (2019). Virtual reality therapy: emerging topics and future challenges. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22 (1): 3-6.

7. ANEXOS

ANEXO 1- ESCALA PANSS

4.1. 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. Susplicia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Escala positiva (PANSS-P)	Puntuación directa:			Percentil:			
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
Escala negativa (PANSS-N)	Puntuación directa:			Percentil:			
	1	2	3	4	5	6	7
Escala compuesta (PANSS-C)	Puntuación directa:			Percentil:			
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
Psicopatología general (PANSS-PG)	Puntuación directa:			Percentil:			
	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2 - Cuestionario QLESQ-SF

QUALITY OF LIFE ENJOYMENT AND SATISFACTION QUESTIONNAIRE (Q-LES-Q)

This questionnaire is designed to help assess the degree of enjoyment and satisfaction experienced during the past week.

Name _____ ID# _____ Date: ___ ___/___ ___/___ ___

Sex: 1 - Male, 2 - Female Age: ___ ___

PHYSICAL HEALTH/ACTIVITIES (Page 1 of 8)

With regard to your physical health, during the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...been completely free of aches, pains, or discomfort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...felt rested?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...felt energetic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...felt in excellent physical health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...felt in at least very good physical health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been free of worry about your physical health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...felt you got enough sleep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...felt able to be as physically active as needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...felt well coordinated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...felt your memory was functioning well?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...felt good physically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...felt full of pep and vitality?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...been free of visual problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FEELINGS (Page 2 of 8)

During the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...felt clearheaded?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...felt satisfied with your life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...felt good about your appearance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...felt happy or cheerful?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...felt independent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...felt content?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...felt able to communicate with others?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...felt interested in taking care of your appearance (hair, clothing) and personal hygiene (bathing, dressing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...felt able to make decisions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...felt relaxed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...felt good about your life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...felt able to travel about to get things done when needed (walk, use car, bus, train, or whatever is available as needed)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...felt able to deal with life's problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...felt able to take care of yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WORK (Page 3 of 8)

Do you:

- have a job? Yes NO
- work for yourself? Yes NO
- do volunteer work? Yes NO

IF: NO to ALL 3 (Note reason & SKIP to Page 4)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Retired
4. Other _____ (write in reason)

IF: YES to ANY of the 3 (COMPLETE THIS SECTION)

During the past week, how often have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...enjoyed your work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...solved work problems or dealt with them without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...thought clearly about work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...been decisive about work, or made decisions when needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...accomplished what you wanted to do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been pleased with your work accomplishments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...worked well?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...been interested in your work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...concentrated on work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...worked carefully?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...kept up with expected work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...taken care of work by yourself when it was necessary?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...communicated and interacted with ease with others while working?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOUSEHOLD DUTIES (Page 4 of 8)

Are you responsible for any household duties/housework/homemaker activities (eg, cleaning, shopping, doing dishes, food shopping or preparation) for yourself or for other people?

IF: NO (Note reason & SKIP to Page 5)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Not expected to do anything
4. Other _____ (write in reason)

IF: YES (COMPLETE THIS SECTION)

During the past week, how often have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...kept your room/apartment/house cleaned to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...paid the bills, done the banking to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...shopped for food or other household items to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...prepared food or obtained food to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...taken care of the laundry/cleaning to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...had a feeling of accomplishment with regard to household activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...concentrated and thought clearly about what household activities needed to be done?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...solved household problems or dealt with them without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...been decisive or made decisions when needed with regard to household activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...made repairs or taken care of household maintenance as needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHOOL/COURSE WORK (Page 5 of 8)

Have you been taking any courses, going to class, or been involved in any type of course work, school or college studies during the past week?

IF: NO (Note reason & SKIP to Page 6)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Not expected to do anything
4. Other _____ (write in reason)

IF: YES to ANY of the 3 (COMPLETE THIS SECTION)

During the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...enjoyed the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...looked forward to getting to work on the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...dealt with the course/class work without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...thought clearly about the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...been decisive about the course/class work when needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been pleased with your course/class work accomplishments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...been interested in your course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...concentrated on the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...felt good while doing your course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...communicated and interacted with ease with others at your course/class?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEISURE TIME ACTIVITIES (Page 6 of 8)

The following questions refer to leisure time activities such as watching TV, reading the paper or magazines, tending house plants or gardening, hobbies, going to museums or the movies, or to sports events, etc.

IF: NO (Note reason & SKIP to Page 5)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Retired
4. Other _____ (write in reason)

IF: YES (COMPLETE THIS SECTION)

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. When you had time, how often did you use that time for a leisure time activity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. How often did you enjoy the leisure activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. How often did you look forward to the leisure activities before spending time at them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. How often did you concentrate on the leisure activities and pay attention to them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If a problem arose in your leisure activities, how often did you solve it or deal with it without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. How often did the leisure activities sustain your interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOCIAL RELATIONS (Page 7 of 8)

During the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...enjoyed talking with or being with friends or relatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...looked forward to getting together with friends or relatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...made social plans with friends or relatives for future activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...enjoyed talking with coworkers or neighbors?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...been patient with others when others were irritating in their actions or words?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been interested in the problems of other people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...felt affection toward one or more people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...gotten along well with other people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...joked or laughed with other people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...felt you met the needs of friends or relatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...felt your relationships with your friends or relatives were without major problems or conflicts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GENERAL ACTIVITIES (Page 8 of 8)

OVERALL LEVEL OF SATISFACTION—Taking everything into consideration, during the past week how satisfied have you been with your....

	Very poor	Poor	Fair	Good	Very good
	1	2	3	4	5
1. ...physical health?	<input type="checkbox"/>				
2. ...mood?	<input type="checkbox"/>				
3. ...work?	<input type="checkbox"/>				
4. ...household activities?	<input type="checkbox"/>				
5. ...social relationships?	<input type="checkbox"/>				
6. ...family relationships?	<input type="checkbox"/>				
7. ...leisure time activities?	<input type="checkbox"/>				
8. ...ability to function in daily life?	<input type="checkbox"/>				
9. ...sexual drive, interest and/or performance?*	<input type="checkbox"/>				
10. ...economic status?	<input type="checkbox"/>				
11. ...living/housing situation?*	<input type="checkbox"/>				
12. ...ability to get around physically without feeling dizzy or unsteady or falling?*	<input type="checkbox"/>				
13. ...your vision in terms of ability to do work or hobbies?*	<input type="checkbox"/>				
14. ...overall sense of well-being	<input type="checkbox"/>				
15. ...medication? (If not taking any, check here ___ and leave item blank.)	<input type="checkbox"/>				
16. How would you rate your overall life satisfaction and contentment during the past week?	<input type="checkbox"/>				

* If satisfaction is very poor, poor, or fair on these items, please UNDERLINE the factor(s) associated with a lack of satisfaction.

PERSON-BASED COGNITIVE THERAPY FOR
DISTRESSING PSYCHOSIS

Edited by Paul Chadwick

Copyright © 2006 John Wiley & Sons Ltd,

Appendix

BAVQ-R

There are many people who hear voices. It would help us to find out how you are feeling about your voices by completing this questionnaire. Please read each statement and tick the box which best describes the way you have been feeling in the *past week*.

If you hear more than one voice, please complete the form for the voice which is dominant.

Thank you for your help.

Name:

Age:

		Disagree	Unsure	Agree slightly	Agree strongly
1	My voice is punishing me for something I have done				
2	My voice wants to help me				
3	My voice is very powerful				
4	My voice is persecuting me for no good reason				
5	My voice wants to protect me				
6	My voice seems to know everything about me				
7	My voice is evil				
8	My voice is helping to keep me sane				
9	My voice makes me do things I really don't want to do				

		Disagree	Unsure	Agree slightly	Agree strongly
10	My voice wants to harm me				
11	My voice is helping me to develop my special powers or abilities				
12	I cannot control my voices				
13	My voice wants me to do bad things				
14	My voice is helping me to achieve my goal in life				
15	My voice will harm or kill me if I disobey or resist it				
16	My voice is trying to corrupt or destroy me				
17	I am grateful for my voice				
18	My voice rules my life				
19	My voice reassures me				
20	My voice frightens me				
21	My voice makes me happy				
22	My voice makes me feel down				
23	My voice makes me feel angry				
24	My voice makes me feel calm				
25	My voice makes me feel anxious				
26	My voice makes me feel confident				

When I hear my voice, *usually*...

		Disagree	Unsure	Agree slightly	Agree strongly
27	I tell it to leave me alone				
28	I try to take my mind off it				

		Disagree	Unsure	Agree slightly	Agree strongly
29	I try to stop it				
30	I do things to prevent it talking				
31	I am reluctant to obey it				
32	I listen to it because I want to				
33	I willingly follow what my voice tells me to do				
34	I have done things to start to get in contact with my voice				
35	I seek the advice of my voice				

Scoring Guidelines

All items have a four-point response range, Disagree (score 0), Unsure (score 1), Agree slightly (score 2) and Agree strongly (score 3).

The questionnaire has three scales measuring meaning given to the voice:

Malevolence (items 1, 4, 7, 10, 13, 16)

Benevolence (items 2, 5, 8, 11, 14, 17)

Omnipotence (items 3, 6, 9, 12, 15, 18)

These three scales therefore have a range of possible scores 0–18.

Following the original BAVQ, the questionnaire also measures Resistance and Engagement, two ways of relating to voices. Resistance and Engagement both contain emotional and behavioural items.

Resistance

- Emotion (items 20, 22, 23, 25): range 0–12
- Behaviour (items 27, 28, 29, 30, 31): range 0–15

Engagement

- Emotion (items 19, 21, 24, 26): range 0–12
- Behaviour (items 32, 33, 34, 35): range 0–12

Emotion and behaviour scores can either be totalled to give one overall score for Resistance (range 0–27) and Engagement (range 0–24), or looked at separately, or both.

ANEXO 4. Listado de problemas que impiden la asistencia al grupo

SITUACIÓN QUE ME DIFICULTA ASISTIR A LA ACTIVIDAD	GRADO DE MALESTAR QUE ME PRODUCE DICHA SITUACIÓN (identificar emoción y grado de malestar de 0 a 10)	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO QUE REDUCE EL MALESTAR ASOCIADO A LA SITUACIÓN	GRADO DE MALESTAR QUE SIENTO AL PONER EN MARCHA LA ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO (identificar emoción y grado de malestar de 0 a 10)

ANEXO 5. Identificación de pensamientos automáticos

¿Qué crees respecto a los problemas de salud mental y síntomas psicóticos?	¿En qué te basas para creerlo?

ANEXO 6. Autorregistro de las características físicas de las voces

Días de la semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Hora del día							
Número de voces							
Intensidad o volumen de la voz (1-10)							

Género (indicar si es masculina, femenina, no especificado)							
Acento (especificar si es igual a la propia lengua, diferente o no especificada)							
Localización							

ANEXO 7. Autorregistro de los contenidos de las voces

Días de la semana	Hora del día	LISTADO DE VOCES	CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE CADA VOZ	CONTENIDO (mensaje literal)	EMOCIÓN (tras escuchar las voces)	PREOCUPACIONES (relacionadas con las voces)
LUNES						
MARTES						
MIÉRCOLES						
JUEVES						
VIERNES						
SÁBADO						
DOMINGO						

ANEXO 8. Autorregistro de las creencias respecto a las voces

ANTECEDENTES	LISTADO DE VOCES (Clasificadas según características físicas y contenido)	SENTIMIENTOS (tras escuchar las voces)	PENSAMIENTOS (tras escuchar las voces)	Identificar si tiene relación con creencias sobre omnipotencia, malevolencia, benevolencia u obediencia

ANEXO 9. Autorregistros de creencias alternativas respecto a las voces

Antecedentes	Voces	Sentimientos (tras escuchar las voces)	Pensamientos que surgen tras escuchar las voces	Pensamientos alternativos	Emociones derivadas de los pensamientos alternativos (Identificar grado de malestar asociado a las voces del 1 a 10)	Creencias respecto al origen de las voces (Identificar si la fuente es interna o externa)

Anexo 11. Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS)

0	Paz y calma completa.
1	No hay angustia real, pero quizás un ligero sentimiento de desagrado.
2	Un poco triste o apagado.
3	Preocupado o molesto.
4	Molesto hasta el punto de que los pensamientos negativos comienzan a impactarte.
5	Molesto e incómodo.
6	Incomodidad hasta el punto de sentir que se necesita un cambio.
7	La incomodidad domina tus pensamientos y luchas para no mostrarla.
8	El pánico se apodera.
9	Sentirse desesperado, indefenso e incapaz de manejarlo.
10	Insoportablemente molesto hasta el punto de que no puede

	funcionar y puede estar al borde de una avería
--	--

Anexo 12. Prevención de Recaídas

Signos personales de advertencia temprana ¿Qué signos noto antes de una crisis?	Plan de detección y afrontamiento ¿Qué puede hacer una vez he detectado las señales de advertencia?