

# Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso.

## *Behavioral Activation Therapy for negative symptoms in schizophrenia: A clinical case.*

L. Celia Fernández Martín

Psicólogo Clínico. Hospital de día. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Clara Fombellida Velasco

Psiquiatra. Hospital de día. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Cristina Montero Fernández

PIR IV. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Resumen:** En el presente artículo de caso único se explica la intervención realizada con un paciente diagnosticado de esquizofrenia con importantes síntomas negativos, utilizando la Terapia de Activación Conductual con componentes de Aceptación y Compromiso. El objetivo es analizar los cambios que se han producido tras la intervención evaluándolos a través de PANSS, y la finalidad última, reflexionar sobre la combinación de diferentes herramientas que se potencian mutuamente mejorando la calidad de vida del paciente. Como resultados se obtienen la reducción del enlentecimiento psicomotor, del ensimismamiento y de las preocupaciones somáticas, la recuperación del proceso de volición y la mejora de las funciones cognitivas como consecuencia de lo anterior.

**Palabras clave:** Terapia de Activación Conductual. Esquizofrenia. Síntomas negativos. Terapia de Aceptación y Compromiso. Experimento de caso único.

**Abstract:** In the present article we explain an intervention with a patient diagnosed with Schizophrenia with severe negative symptoms. We used the Behavioral Activation Therapy with Acceptance and Commitment components. The objective is to analyse the changes occurred after the intervention. We used the PANSS in order to assess the changes. The final goal is to reflect about the combination of different treatments that mutually work to improve the patient's quality of life. The results were an improvement in willingness and a decrease in motor retardation, in absorption and in somatic concerns. This lead to an improvement in cognitive functions.

**Key words:** Behavioral Activation Therapy. Schizophrenia. Negative symptoms. Acceptance and Commitment Therapy. Single case experiment.

## Introducción

Los síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia han sido reconocidos y descritos reiteradamente, dada su gran incidencia en el tratamiento y el pronóstico de esta enfermedad.

Además, no es rara la confusión de los mismos con síntomas depresivos o con los efectos parkinsonianos de los antipsicóticos, como la aquinesia. Constituyen, pues, una importante limitación en la vida de las personas que padecen este trastorno, y aunque algunas de ellas

tienen buena respuesta a ciertos antipsicóticos como Risperidona o Aripiprazol, o a cierta gama de antidepresivos como el Bupropion, otros pacientes no responden a éstos y se requiere una intervención cognitivo-conductual específica para la mejora de los mismos.

La Escala de Síntomas de la PANNS (1) se ha convertido en un referente en la evaluación que permite valorar distintos síntomas, positivos y negativos, de la esquizofrenia y además objetivar los progresos del paciente tras la instauración de un determinado tratamiento.

Por otro lado, la necesidad de rentabilizar el trabajo terapéutico, ahorrando recursos económicos y profesionales, nos lleva a buscar procedimientos eficaces y eficientes en la práctica clínica que complementen el tratamiento grupal que se realiza en Hospital de día con estrategias individuales que aborden la dificultad particular de cada individuo, incidiendo específicamente en su sintomatología particular. A este respecto, la Terapia de Activación Conductual ha sido utilizada para la mejoría de algunos síntomas negativos con buenos resultados (2).

En otro orden de cosas, la Terapia de Aceptación y Compromiso, con la resolución del síndrome de evitación experiencial (presente, entre otros, en los síntomas psicóticos), no busca cambiar o reducir los pensamientos molestos sino alterar su función y generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. No se centra, por tanto, en la eliminación de los síntomas para así modificar la conducta del paciente, sino que se orienta a la transformación de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos. Es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno mismo que contempla el malestar y el sufrimiento como normales, producto de la condición humana. Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en su propia experiencia como la clave del tratamiento. Entre sus aportaciones se encuentran el análisis funcional del problema del paciente y los objetivos a abordar para darle solución (3).

El objetivo de este trabajo es describir un Programa de Activación Conductual con componentes de Aceptación y Compromiso para la sintomato-

logía negativa de un paciente diagnosticado de Esquizofrenia y analizar los resultados de dicho tratamiento.

## Material y método

Se ha realizado un estudio de caso único *a posteriori* de la praxis clínica.

Se trata de un varón de 25 años, estudiante de 5<sup>º</sup> de Licenciatura, diagnosticado de Esquizofrenia de 2 años de evolución. Su nivel sociocultural es medio-alto y tiene un buen soporte familiar y social, manteniéndose insertado en su medio urbano de origen. Es derivado al Hospital de día para un tratamiento específico dada la deficiente respuesta de los síntomas negativos de su enfermedad a la farmacoterapia.

El instrumento de medida empleado es la Escala de Síntomas Negativos de la PANSS, desarrollada por Kay y cols. (1) y validada en nuestro contexto por Peralta y cols. (4). Se realiza un análisis funcional tras una entrevista clínica en la que el paciente habla de las preocupaciones actuales en relación con su enfermedad. Se pregunta al paciente sobre síntomas específicos y su valoración de los mismos. Esto nos permite obtener una puntuación del propio paciente en las distintas áreas de la PANSS, complementada con la evaluación de un entrevistador cualificado. La gráfica del análisis funcional es la línea base de la intervención.

Como herramienta de intervención se aplica un *Programa de Activación Conductual* adaptado a las características particulares del paciente a partir del de Lejuez *et al.* (5). La intervención tiene lugar durante seis semanas en sesiones semanales de 35 minutos de duración mientras acude al Hospital de Día. Mantiene el tratamiento farmacológico con Risperidona 2 ml y Sertralina 100 mg y asiste a las actividades terapéuticas grupales con bajo nivel de iniciativa y pobre rendimiento.

Durante las dos primeras sesiones se implementa la línea base, la valoración inicial de la motivación y la preparación para el tratamiento, así como el aprendizaje del manejo y cumplimentación de los autorregistros, la escala y la autoevaluación. En las siguientes semanas tiene lugar el tratamiento. A partir de la cuarta semana, como parte del proceso de recuperación del control de la propia vida y la autonomía personal, es

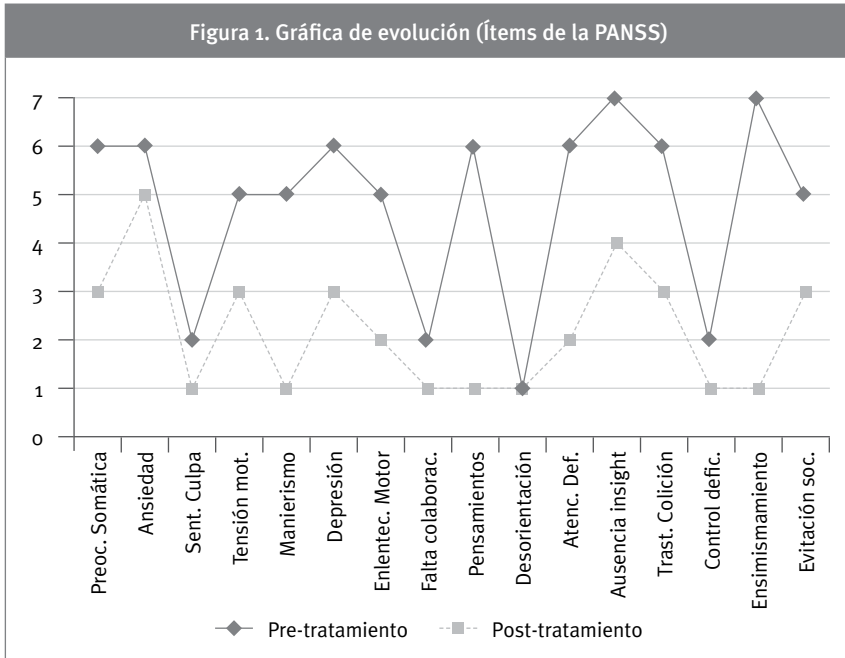


el paciente quien empieza a diseñar sus auto-registros, y desde la quinta semana introduce modificaciones en las actividades, manteniendo horarios y variabilidad de las mismas.

Las sesiones constan de dos partes. En la primera se revisan las tareas de la semana anterior y se valoran y clasifican, asignándoles el sujeto una puntuación respecto a satisfacción producida y

ansiedad que suscita su ejecución. En la segunda parte de la sesión se trabaja el *insight*, el autorreforzamiento y la identificación y cribado de pensamientos críticos y negativos acerca de sí mismo, y se programa la actividad de la semana siguiente.

Al final del tratamiento el paciente hace un registro gráfico de las puntuaciones y se evalúa de nuevo con la PANSS (ver FIGURA 1).



Las técnicas utilizadas fueron el moldeamiento (por aproximaciones sucesivas en algunas tareas de especial dificultad), manteniéndose una estructura común en todas las sesiones con el fin de generar seguridad en el sujeto y eficacia en la gestión de su tiempo; *mindfulness*, respiración profunda, la formulación de objetivos conforme a sus metas, la autoorganización mediante programación estructurada y el autorreforzamiento.

### Resultados

A partir de la primera sesión, el sujeto fue concretando semanalmente las metas hacia las que se orientaba en función de sus propios valores. Durante cada sesión el paciente mejoró sus autorrefuerzos, continuados y valorados por él se-

gún el nivel de dificultad que tenía cada objetivo. No se castigó la ausencia de logro, sino que se mantuvo como meta para la semana siguiente, incidiendo en las dificultades y reforzando la idea de entrenamiento y satisfacción diferida.

Los déficits que se han encontrado tras la evaluación inicial en la Escala PANSS han sido importantes, superando en todos los casos la puntuación 5 (de la escala 1-7), salvo en dos áreas: "Control de impulsos", dado que el paciente tenía un comportamiento mayoritariamente restrictivo, y "Ausencia o falta de colaboración".

Las áreas deficitarias se hallan reflejadas en la Tabla 1. Los objetivos de trabajo operativizados entre el paciente y el terapeuta se detallan en la Tabla 2.

Tabla 1. Áreas deficitarias de la PANSS. Línea base

Puntaje/Áreas	1	2	3	4	5	6	7
Preocupación somática							
Ansiedad							
Sent. Culpa.							
Tensión motora							
Manierismos							
Depresión							
Enlentecimiento motor							
Falta colaboración							
Pensamientos inusuales							
Desorientación							
Atención deficitaria							
Ausencia <i>insight</i>							
Trastornos volición							
Control def. impulsos							
Ensimismamiento							
Evitación social activa.							

Tabla 2. Actividades objetivo

Áreas	Tareas
Trabajo	- Acudir al hospital diariamente. - Acudir a la Facultad un día/semana.
Obligaciones domésticas	- Limpiar su habitación. - Poner la mesa para comer.
Autocuidado	- Aseo diario sin indicaciones. - Ir a buscar su medicación a la farmacia.
Deporte/salud	- Pasear diariamente. - Jugar a baloncesto.
Ocio	- Leer. - Tocar la guitarra.
Relaciones sociales	- Contactar con sus amigos por Internet. - Llamar amigo por teléfono. - Quedar con amigo.

La valoración de logros que realizó el propio paciente se registró en una Escala tipo académica de 0 a 10. Esto fue así debido a las dificultades de comprensión que sufría al inicio del tratamiento, que sugirieron la conveniencia de asemejar las puntuaciones a un formato conocido para él. Así mismo, la ansiedad fue valorada en USAs en una Escala de 0 a 10. Las puntuaciones de valoración de logros oscilaron en las distintas semanas, pero fueron aumentando a medida que el paciente se sentía mejor, a la vez que disminuían las USAs.

Los ítems incluidos en el proceso de tratamiento que fueron valorados por el propio paciente como claves para la mejora de los síntomas se especifican en la Tabla 3.

Tabla 3. Ítems clave del tratamiento

Actividad monitorizada.

Trabajo con metas individuales y valores del paciente.

Programación de actividades.

Entrenamiento en destrezas como procedimiento de mejora.

Aprendizaje de autorrefuerzos y automanejo de contingencias.

Relajación y/o *Mindfulness*.

Aprendizaje de conductas verbales y formulación de objetivos.

Manejo del afrontamiento frente a la evitación como respuesta.

## Discusión

La mejoría de algunos aspectos del funcionamiento vital de nuestro paciente es esencial para retomar su vida diaria y para recuperar la autoestima, aspectos que se consideran imprescindibles tras la ruptura psicótica. Esto aumenta su relevancia al tratarse de un segundo episodio, donde el paciente ha perdido parte de sus habilidades sociales y relacionales y también su capacidad para autoorganizarse, aunque anteriormente poseyera este tipo de destrezas. En este período de tiempo se hace más dependiente de su entorno, ya que su propia inseguridad le hace



percibirse como ineficaz en las tareas de la vida diaria y en las interacciones sociales, y a la vez es una época de riesgo de quedarse anclado en la pasividad fruto de la enfermedad, lo que conocemos como síntomas negativos.

Durante el Programa de tratamiento el paciente se pone en contacto con su propia realidad a través de la autovaloración de los síntomas negativos, pero también en contacto con un procedimiento de lucha contra dichos síntomas, que acaban siendo algo externo a él. Se puede hacer cargo de ellos porque se han externalizado y logra neutralizarlos mediante entrenamiento específico.

Los elementos clínicos manejados durante la intervención que se han demostrado eficaces han sido, como en otros autores (6-9), los siguientes: por un lado, la formulación de sus objetivos conforme a metas concretas a conseguir, que responden a los propios valores del sujeto. Por otro, el aprendizaje de la autoorganización mediante programación estructurada y el asesoramiento al paciente para que aprenda a autorreforzarse y obtener contingencias positivas a partir de las actividades que cada semana consigue realizar. Además de ello, se ha dotado al paciente de herramientas como la atención plena y técnicas básicas de respiración profunda para el manejo de situaciones de especial estrés o que le suponían frustraciones por ausencia de éxito.

El manejo de la programación de actividades de su vida, logrando éxitos que se convierten en *feedback* respecto a su conducta, se ha visto complementado con la iniciativa que el paciente pone en marcha cada semana programándose la siguiente antes de venir a terapia y convirtiendo

al terapeuta en observador y acompañante en el proceso de cambio. Por otra parte, el paciente incluye actividades nuevas en el Programa que son el resultado de su deseo identificado de mejora, mientras deja atrás la falta de iniciativa y la pasividad como síntomas (ya externalizados) de la enfermedad, convirtiéndose en agente de su propio cambio.

Los resultados obtenidos nos hacen pensar que al mejorar el déficit en la volición se activan en nuestro paciente mecanismos para que el entrecimiento motor disminuya (empieza a recuperar el placer por jugar a baloncesto o hacer *jogging*), mejora el ensimismamiento (sale más de sí mismo ocupándose de otros) y las preocupaciones somáticas pasan a un segundo plano, igual que los pensamientos inusuales. Mejora la atención y la memoria, apoyando estos avances el efecto beneficioso de la medicación (no olvidar que el programa tiene lugar cuando el paciente lleva ya tiempo con la medicación pautada).

Los resultados finales parecen tener que ver con los ítems clave del tratamiento que hemos detallado anteriormente, aunque no podemos valorar (este estudio no lo pretende) cuál sería el peso específico de cada uno de ellos en la evolución. El valor que se le da tiene relación con la importancia que el propio paciente les concede, reflejándose dicha importancia como un conjunto de todos ellos. Conviene cotejar estos resultados con otros estudios donde, utilizando el mismo procedimiento, se incluyan más pacientes y se valore la relevancia subjetiva que cada uno de ellos otorga a cada elemento de cambio (lo que hemos llamado “ítems clave”).

## Contacto

**Cristina Montero Fernández.**

Hospital de Día. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Paseo de San Vicente, 81 • 37005 Salamanca

Teléfono y fax: 923 272 540 • e-mail: [monterofernandez.cristina@gmail.com](mailto:monterofernandez.cristina@gmail.com)

• Recibido: 04/04/2014

• Aceptado: 28/05/2014

## Bibliografía

1. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76.
2. Romero R, Poves S. y Vucinovich N. Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de conducta* 2011; 37(155-156): 65-75.
3. Luciano MC y Valdivia MS. La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Rev Papeles del Psicólogo* 2006; 27(2).
4. Peralta V y Cuesta MJ. Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANNS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso – Esp neurol Psiquiatr* 1994; 22(4): 171-7.
5. Lejuez C. W. y Derek R. A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001; 8: 164-75.
6. Kanter JW, Manor RC, Bowe WM, Baruch DE, Busch AM y Ruch LC. What is the behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(6): 608-20.
7. Manor RC, Kanter JW y Busch AM. A critical review of assessment strategies to a measure the behavioural activation model of depression. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(5): 547-61.
8. Cuijpers P, Van Straten A y Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2007; 27(3): 318-26.
9. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ y Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles and progress. *Clinical Psychology Review* 2003; 23(5): 699-717.

