



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**ESTUDIO DE UN CASO: ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN  
DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL  
TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS  
TRASTORNOS EMOCIONALES DE BARLOW.**

Presentado por: Santiago Hernández Burguete

Tutor/a: Inmaculada Aragonés Barberá

Valencia, a 18 de mayo de 2023

## **Resumen:**

**Introducción:** En el presente estudio de caso único, se llevó a cabo una adaptación del Protocolo Unificado de Barlow (2017) para abordar las necesidades de un individuo particularmente vulnerable a los trastornos emocionales. Este caso se caracteriza por la presencia simultánea de múltiples condiciones, incluyendo el sinhogarismo crónico, un proceso oncológico incipiente y la manifestación de síntomas psicóticos como delirios leves y un Trastorno Formal del Pensamiento de moderado a grave. **Objetivo:** el propósito principal de este estudio consistió en adaptar el Protocolo Unificado a las circunstancias individuales de este paciente, al tiempo que se centró en desarrollar sus habilidades de regulación emocional para la reducir el malestar emocional y como factor de protección ante las vulnerabilidades mencionadas. **Método:** Para lograr una adaptación precisa, se realizó una evaluación exhaustiva de los síntomas psicóticos, así como la evaluación de la sintomatología ansioso-depresiva. Posteriormente a la intervención, se evaluó de nuevo al paciente a modo de *test-retest* para analizar su evolución. **Resultados:** los hallazgos obtenidos revelaron una disminución significativa tanto en la gravedad como en el deterioro general de los síntomas depresivos y de ansiedad, con reducciones del 36.4% y 63.6% respectivamente. **Conclusiones:** Estos hallazgos respaldan la efectividad de la adaptación del Protocolo Unificado y el enfoque de mejora de la regulación emocional como estrategias terapéuticas en este caso específico.

**Palabras clave:** Protocolo Unificado, Comorbilidad, Sinhogarismo, Trastorno Formal, Cáncer

## **Abstract:**

**Introduction:** In this single-case study, an adaptation of Barlow's Unified Protocol (2017) was conducted to address the needs of an individual particularly vulnerable to emotional disorders. This case is characterized by the simultaneous presence of multiple conditions, including chronic homelessness, an early-stage oncological process, and the manifestation of psychotic symptoms such as mild delusions and a moderate to severe Formal Thought Disorder. **Objective:** The main purpose of this study was to adapt the Unified Protocol to the individual circumstances of this patient, while focusing on developing their emotional regulation skills to reduce emotional distress and serve as a protective factor against the previously mentioned vulnerabilities. **Method:** To achieve precise adaptation, a comprehensive assessment of psychotic symptoms was conducted, as well as an evaluation of the anxiety and depressive symptomatology. Following the intervention, the patient was reassessed through a *test-retest* method to analyse his progress. **Results:** The outcomes revealed a significant decrease in both the severity and overall impairment of depressive and anxiety symptoms, with reductions of 36.4% and 63.6%, respectively. **Conclusions:** These findings support the effectiveness of the adaptation of the Unified Protocol and the approach of enhancing emotional regulation as therapeutic strategies in this specific case.

**Keywords:** Unified Protocol, Comorbidity, Homelessness, Formal Disorder, Cancer.

# ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS .....	6
1. INTRODUCCIÓN .....	7
1.1. MARCO HISTÓRICO .....	7
1.2. TRASTORNOS EMOCIONALES.....	7
1.3. PROTOCOLO UNIFICADO .....	8
1.4. CONDICIONES DEL PACIENTE .....	9
1.4.1. PERSONA SIN HOGAR .....	9
1.4.2. PACIENTE ONCOLÓGICO .....	11
1.4.3. TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO.....	11
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	13
2. OBJETIVOS .....	14
3. METODOLOGÍA.....	15
3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO .....	15
3.2. EVALUACIÓN DEL CASO.....	16
3.3. TRATAMIENTO. PLAN DE INTERVENCIÓN .....	18
3.4. RESULTADOS .....	28
3.4.1. FASE EVALUACIÓN (PRE-INTERVENCIÓN) .....	28
4. DISCUSIÓN.....	30
4.2. LIMITACIONES Y POPUESTAS DE FUTURO.....	31
5. BIBLIOGRAFÍA .....	32
6. APÉNDICE .....	40
<b>Tabla A1</b> .....	40
<b>Figura A1</b> .....	41
Apéndice A. Lista de materiales .....	42
Apéndice B. Test y resultados.....	56

## LISTA DE ACRÓNIMOS

A continuación, se proporcionado un listado de los acrónimos o abreviaturas empleadas en el texto. A pesar de que el número de los mismos es relativamente pequeño, se ha incluido con el fin de proporcionar claridad y facilitar la lectura:

**TCC:** Terapia Cognitivo-Conductual

**TE:** Trastornos Emocionales

**TFP:** Trastorno Formal del Pensamiento

**PU:** Protocolo Unificado

**PUB:** Protocolo Unificado de Barlow

**RE:** Regulación Emocional

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. MARCO HISTÓRICO

El tratamiento conocido como transdiagnóstico, término inicialmente utilizado en el ámbito de los trastornos alimentarios (Fairburn, Cooper y Shafran 2003), se ha convertido en una opción cada vez más popular para abordar los desafíos complejos y variados asociados con la salud mental.

El enfoque transdiagnóstico busca identificar y tratar los factores subyacentes comunes a varios trastornos en lugar de centrarse en los síntomas específicos de cada trastorno. Al hacerlo, los pacientes, especialmente aquellos que reciben intervención terapéutica en grupo, pueden recibir un tratamiento más eficiente en comparación con los tratamientos específicos, lo que a su vez puede reducir los costes asociados a la atención médica.

Además, la implementación de un enfoque transdiagnóstico puede ayudar a reducir la necesidad de tratamientos adicionales, así como la implementación de pruebas y evaluaciones para cada trastorno, mejorando la coordinación entre profesionales y fomentando una atención integral hacia el paciente.

Con el propósito de aprovechar los beneficios de este enfoque de tratamiento, el psicólogo David Barlow y sus colaboradores (2004) iniciaron el desarrollo un protocolo para abordar, de manera unificada, distintos trastornos cuya morbilidad se encontraba fuertemente asociada: los trastornos emocionales.

## 1.2. TRASTORNOS EMOCIONALES

Los trastornos emocionales (TE) son un conjunto de alteraciones que afectan al estado emocional de la persona y a su capacidad para funcionar en la vida diaria. Entre ellos, encontramos una serie de condiciones tales como Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia, Fobia Social, Ansiedad Generalizada, Depresión, Estrés Postraumático, Trastorno Obsesivo-Compulsivo o Trastorno por abuso de sustancias, entre otros (Barlow et al., 2017).

Estos presentan una elevada tasa de comorbilidad entre ellos: el 55% de los pacientes con un TE tienen al menos otro trastorno emocional (Brown y Barlow, 2009); motivo por el cual Brown y Barlow (2009) propusieron abordar los TE atendiendo a sus coincidentes dimensiones de orden superior:

- Un alto nivel de neuroticismo o afecto negativo. Característica que supone una percepción de incontabilidad respecto a acontecimientos futuros, hipervigilancia y percepción baja de autoeficacia en relación al afrontamiento de acontecimientos estresantes, lo que se manifestará en conductas de evitación.
- Un bajo nivel de extraversión o afecto positivo. Lo que daría lugar a la abulia, desánimo, desinterés, pesimismo y una baja activación comportamental.

### 1.3. PROTOCOLO UNIFICADO

El protocolo en cuestión es un tratamiento cognitivo-conductual integrador que se enfoca en identificar y modificar los patrones de pensamiento o de conducta que pueden estar contribuyendo a generar y mantener la ansiedad, así como otros problemas emocionales. (Barlow et al., 2010).

Su objetivo principal, es mejorar la regulación emocional (RE) del beneficiario. La RE se refiere al conjunto de procesos que permiten a la persona influir en la naturaleza, intensidad y duración de sus experiencias emocionales con el objetivo de lograr un bienestar emocional (Gross, 1998). Hay evidencias de que las estrategias de RE inadecuadas contribuyen enormemente al desarrollo y mantenimiento de la sintomatología ansiosa y depresiva, presente en los TE (Barlow, 1988).

El Protocolo Unificado de Barlow (PUB) consta de cinco etapas principales: educación, conciencia, estrategias cognitivas, estrategias conductuales y consolidación (Barlow et al., 2017). En la primera etapa, se educa al paciente sobre la naturaleza de las emociones y se establecen metas terapéuticas. La segunda fase implica el desarrollo de conciencia y autoobservación de los síntomas y pensamientos (mindfulness). La tercera, se enfoca en las estrategias cognitivas, que incluyen la identificación y cuestionamiento de pensamientos negativos y la sustitución de estos por pensamientos más adaptativos y realistas (reestructuración cognitiva). La cuarta etapa se centra en las estrategias

conductuales, como la identificación de las conductas de evitación, la tolerancia a las sensaciones físicas y la exposición gradual a situaciones temidas. Finalmente, en la etapa de consolidación, se revisa y se mantiene el progreso realizado y se prepara al paciente para enfrentar futuras situaciones estresantes.

Numerosos estudios han investigado la eficacia del PUB. En un metaanálisis realizado por Leona Carlucci et al., (2021) se recogieron los resultados de un total de 32 investigaciones que incluían un cómputo de 2183 pacientes que se beneficiaron del PUB. En el metaanálisis se evaluaron los efectos que produjo la participación en el programa, concluyendo una efectividad media valorada de grande a moderada para el tratamiento de la depresión y ansiedad, evidenciando, además, un “potencial para contribuir a mejorar los resultados de salud mental” (Carlucci et al., 2021).

#### 1.4. CONDICIONES DEL PACIENTE

En este estudio se adaptará y aplicará el PUB a un paciente en situación de sinhogarismo crónico. Para una adecuada adaptación, se analizarán previamente sus condiciones. El paciente muestra evidencias de padecer un trastorno formal del pensamiento (TFP) y se encuentra iniciando un proceso oncológico.

##### 1.4.1. PERSONA SIN HOGAR

La Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabaja con Personas sin Hogar (FEANTSA) define a las mismas como aquellas que “no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación permanente y que proporcione un marco estable de convivencia. Ya sea por cuestiones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma” (Avramov, 1996:71).

Las personas sin hogar suponen un colectivo especialmente vulnerable a sufrir y haber sufrido varios sucesos vitales estresantes (Fazel et al., 2014), los cuales suelen estar relacionados con aspectos como la salud, las relaciones familiares y relacionales, económicas y laborales entre otros, teniendo un impacto especialmente significativo

cuando suceden en edades tempranas. Estos sucesos vitales estresantes están relacionados directamente con el padecimiento de trastornos emocionales (Manti et al., 2022) y psicóticos (Turner et al., 2019).

Se ha encontrado que las personas sin hogar tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales y emocionales en comparación con la población general (Fazel, Khosla, Doll y Geddes, 2008; Gelberg, bag y Leake, 1988). Además, se ha constatado a través de diversos estudios que las personas sin hogar presentan necesidades de atención médica no cubiertas, entre las cuales destacan los trastornos mentales (Baggett, O'Connell, Singer y Rigotti, 2010). Asimismo, se ha evidenciado que aquellos sin hogar que sufren de trastornos mentales tienen una tasa de mortalidad significativamente más elevada (Hibbs et al., 1994).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se registraron 28552 personas sin hogar en el año 2022 (estas cifras solo recogen a aquellos que han sido usuarios de centros asistenciales de alojamiento), de las cuales, el 59,6% presentó algún síntoma depresivo (siendo 67,8% en las mujeres) y el 37,3% experimentó problemas de adicción a sustancias (INE, 2022).

Socialmente, las personas sin hogar tienen un alto riesgo de estar aisladas y de contar con bajos niveles de apoyo e interacción social. Está demostrado que, esta carencia de recursos, acrecienta y contribuye al deterioro de su salud física y mental (Hwang et al., 2009).

Igualmente, se ha comprobado que, en general, las personas sin hogar presentan mayores dificultades a la hora de acceder a los servicios de salud pública, particularmente a la especialidad de urgencias y al proceso de hospitalización (Hwang et al., 2013; Lebrun-Harris et al., 2013). Esto representa una barrera estructural hacia el colectivo, haciéndose evidente cuando estos se enfrentan a procesos oncológicos, ya que, como resultado, tienden a ser diagnosticadas en fases más avanzadas del cáncer y, por ende, a presentar una expectativa de éxito mermada en comparación con el resto población (Koung et al., 2016).

#### *1.4.2. PACIENTE ONCOLÓGICO*

La mayoría de los pacientes oncológicos experimentan alguna forma de problema de salud mental durante el proceso de tratamiento y recuperación, especialmente síntomas relacionados con trastornos emocionales, siendo la ansiedad y la depresión los trastornos de mayor prevalencia:

La predominancia de depresión en pacientes con cáncer varía entre el 8% y el 24% (Krebber et al., 2014). En otro estudio en el que se valoraba la prevalencia de la ansiedad en 150 pacientes con cáncer, 69 de ellos (46%) padecían algún tipo de ansiedad (Nikbakhsh et al., 2014). En general, entre el 30 y el 35% de los pacientes oncológicos presentan algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad (Caruso et al., 2020).

Sin embargo, los problemas de salud mental en pacientes oncológicos a menudo no son detectados ni tratados de manera adecuada. Los profesionales de la salud pueden centrarse en el tratamiento de la enfermedad física en lugar de prestar atención a la salud mental del paciente. La falta de formación en esta área y el estigma asociado a los problemas de salud mental también pueden ser barreras para la identificación y el tratamiento adecuados (Kızmazoğlu et al., 2019; Vetsch et al., 2018).

No obstante, los beneficios de las terapias psicológicas en procesos oncológicos son abundantes y tanto las expectativas como la satisfacción de los pacientes sobre estas suelen ser muy altas: las revisiones concluyen que las terapias ayudan a reducir los efectos secundarios de los tratamientos e incluso a mejorar la función inmunológica y la longevidad de los pacientes (Newell et al., 2002). Entre las terapias que han demostrado ser eficaces para desórdenes emocionales en pacientes con cáncer, destacan: el mindfulness (Piet et al., 2012), la terapia-cognitivo conductual y la terapia de apoyo (Carlson et al., 2004; Faller et al., 2013).

#### *1.4.3. TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO*

A continuación, procederemos a introducir el concepto de TFP, así como sus principales características, pues consideramos que será fundamental para el éxito del tratamiento proceder teniendo en cuenta estos factores.

Aunque el TFP es un síntoma común de la esquizofrenia (Radanovic et al., 2013) históricamente ha estado ligado a ella (p.e. Bleuer, 1911; Schneider, 1942), el discurso desorganizado (o TFP) también puede ocurrir en el Trastorno del Espectro Autista o en otros trastornos psicóticos, como el trastorno delirante, el bipolar, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizoafectivo y esquizofreniforme (American Psychiatric Association, 2014).

Actualmente, el TFP es concebido como un síntoma común de psicosis que puede usarse como indicador de la gravedad de la enfermedad, además de que, mediante la evaluación dimensional completa del mismo, puede facilitarse el diagnóstico y predecirse el pronóstico (Roche et al., 2015).

En general, las personas que padecen este trastorno se caracterizan por tener formas de pensar inusuales o ilógicas, así como una alteración en la expresión de las mismas (en la Tabla A1 se exponen más detalladamente las características del TFP). Los síntomas del trastorno formal del pensamiento pueden dificultar la comprensión del discurso y la comunicación efectiva, y están asociados con una disminución en la calidad de vida y un mayor grado de discapacidad social en personas con esquizofrenia (Palaniyappan et al., 2023)

Son varios los estudios que respaldan la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), incluida la reestructuración cognitiva, en la mejora significativa de los síntomas psicóticos (p.e. Chadwick et al., 1994; Gumley et al., 2003; Tarrier et al., 2004; Turkington et al., 2006; Van der Gaag et al., 2014; Wykes et al., 2008). Otros tratamientos efectivos para el tratamiento del trastorno, son la terapia de mindfulness (Chadwick, 2005) y, evidentemente, los medicamentos antipsicóticos, variando en conveniencia dependiendo de la gravedad y la causa subyacente del trastorno (Patel et al., 2014).

El PUB, que contiene ambas técnicas y que está basado en la TCC es un protocolo potencialmente beneficioso para una persona con TFP, ya que su aplicación puede ayudar al paciente a identificar y evaluar patrones de pensamiento distorsionados o irracionales, así como a descentrarse de ellos.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN

El PUB es un programa diseñado para mejorar la regulación emocional en Trastornos Emocionales. Sin embargo “el PU [Protocolo Unificado] se desarrolló para hacer frente a la realidad clínica de la comorbilidad y podemos emplearlo para tratar trastornos que se manifiestan simultáneamente” (Barlow et al., 2017: 32).

Los resultados del PUB evidencian que el protocolo puede ser potencialmente beneficioso para una amplia gama de trastornos. Aunque existe poca literatura al respecto, recientes investigaciones han estudiado los efectos de su aplicación en trastornos psicóticos. Los hallazgos sugieren viabilidad, aceptabilidad y eficacia en relación con la mejora de síntomas psiquiátricos, la calidad de vida y la regulación emocional (Weintraub, Zinberg, Bearden, & Miklowitz, 2020).

De hecho, determinadas etapas del PUB pueden ayudar especialmente a pacientes con TFP, pues incluye módulos que representan terapias de elección para este trastorno como puede ser la reestructuración cognitiva (Lehman et al., 2014).

Por otro lado, como ha quedado reflejado anteriormente, su situación de sinhogarismo ya supone *per se* una condición de alta vulnerabilidad (Melo et al., 2019), presentando barreras en el acceso a las instituciones sanitarias (Hwang et al., 2013). En los procesos oncológicos, factores como la falta de redes de apoyo sociofamiliar (común en las personas en situación de sin hogar (Hwang et al., 2009) y la sintomatología depresiva (Pinquart y Duberstein, 2010b), se asocian directamente con la mortalidad en el cáncer (Pinquart y Duberstein, 2010a), lo que hace al paciente especialmente vulnerable ante el enfrentamiento de su proceso oncológico.

Además de la vulnerabilidad para con su proceso de enfermedad, factores que se encuentran ampliamente presentes en el sinhogarismo, como la exposición a traumas (Dunn et al., 2018), el estrés crónico (Hammen, 2005) y otras variables psicosociales adversas como la pobreza, la falta de apoyo social y la discriminación (Evans et al., 2013), incrementan significativamente el riesgo de desarrollar trastornos emocionales.

Por el contrario, la mejora de la RE supone una amplia gama de potenciales beneficios para el paciente. De manera directa, hay evidencias de que la terapia dirigida a mejorar la regulación emocional en pacientes oncológicos puede ayudar a reducir la sintomatología relacionada con la ansiedad y el estrés (Stanton et al., 2000), así como la

depresión (Faller et al., 2013). De manera indirecta, la terapia en los pacientes de cáncer actúa como factor de protección, ayudando a reducir los efectos secundarios de la quimioterapia y mejorando su función inmunológica y longevidad (Newell et al., 2002).

En conclusión, el PUB es potencialmente beneficioso para el paciente debido a sus condiciones de sinhogarismo, salud mental y condición oncológica, por lo que se espera que se incremente la calidad de vida del mismo a través del tratamiento.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio consistirá en evaluar la eficacia de una adaptación del PU para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow en una persona que se encuentra en situación de sinhogarismo crónico y presenta comorbilidad de ansiedad, depresión y sintomatología psicótica, y está iniciando un proceso oncológico.

Los objetivos específicos del tratamiento serán (1) reducir la intensidad y la incidencia de las experiencias emocionales desadaptativas, (2) medir la mejoría relacionada con la RE a través de pruebas estandarizadas y (3) mejorar el funcionamiento de la persona participante dotándole de estrategias para la modificación de sus hábitos de RE, especialmente en las relacionadas con su situación.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El paciente y beneficiario del estudio, al que nos referiremos como “V”, es un varón de 72 años, soltero y usuario del centro de acogida Casa Caridad situado en el barrio de Benicalap, en la ciudad de Valencia. Se encuentra en el módulo de “Convalecientes” debido a su situación de especial vulnerabilidad; encontrándose en situación de sinhogarismo crónico y comenzando a enfrentarse a un proceso oncológico.

Para la realización del presente estudio, se solicitó previamente la evaluación por parte del Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, acordando una resolución favorable del proyecto que tiene por código UCV/2022-2023/161.

En referencia al proceso oncológico, se trata de una neoplasia de colon con carcinomatosis peritoneal, es decir, presenta cáncer de colon que se ha diseminado hacia el peritoneo. La carcinomatosis representa una etapa avanzada o metastásica del cáncer e indica un pronóstico desfavorable.

Presenta sintomatología psicótica especialmente evidente en el discurso, que es desorganizado y de coherencia intermitente, dejando en ocasiones entrever ciertas ideas delirantes.

El paciente lleva más de 30 años en calle y los informes médicos a los que el centro tiene acceso son muy escasos, particularmente los relacionados con la salud mental (p.e. no hay constancia del origen, el transcurso o la existencia de enfermedad mental).

Se desconoce también la adhesión a la medicación previa a su ingreso en el centro. A pesar de ello, actualmente sí existe una adhesión adecuada a la siguiente pauta de psicofármacos: Antipsicóticos: Quetiapina, 25mg. Peliperidona, 3mg. Benzodiazepinas: Rivotril, 0.5 mg.

Se dispone de un informe médico emitido aproximadamente dieciocho meses antes de su ingreso en el centro de acogida, en el cual se describen algunos de los síntomas que generaron la sospecha de un TFP en un momento que aparenta ser crítico (dado su estado de "alteración"). En él se describe la siguiente sintomatología: “verborrea, lenguaje

sobreelaborado, pensamiento tangencial, discurso prolijo a veces disgregado, de contenido paranoide y con discurso incoherente”.

En la actualidad, su sintomatología psicótica no parece suponer un impedimento en su actividad diaria, ya que se desenvuelve con relativa funcionalidad. Sin embargo, es imprescindible entender y tener en cuenta el marco contextual en el que se encuentra: se halla en un centro de acogida donde procuran que mantenga una alimentación e higiene adecuadas, una correcta adhesión a la medicación, el seguimiento de horarios, etc.

En cuanto a su situación en el centro, mantiene interacciones sociales breves, aunque cordiales con las demás personas usuarias del centro y sostiene una buena relación con los profesionales. No obstante, sí que expone una considerable preocupación por el proceso quimioterapéutico que dificulta su bienestar, así como una “excesiva emocionalidad”, y señala, en la entrevista inicial, que le gustaría “eliminar” ambas.

El paciente fue sugerido para la intervención por la psicóloga del centro, quien al advertir deficiencias en su regulación emocional, propuso a V para la recepción del PUB y para ser entrenado para la mejora del mismo, tratando de establecer así un factor de protección psicológica contra el proceso incipiente.

### *3.2. EVALUACIÓN DEL CASO*

Previamente a la intervención, se realizará una evaluación inicial a fin de explorar la situación del participante para así poder adaptar el PUB a sus necesidades y situación y poder establecer un indicador de evolución. Esta evaluación consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Overall Depression Severity and Impairment Scale- ODSIS (Bentley et al., 2014).
- Overall Anxiety Severity and Impairment Scale- OASIS (Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006).
- Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen, 1984).

Las escalas ODSIS y OASIS son las escalas propuestas por el Protocolo original para medir la evolución respecto a la RE a través del discurso de la intensidad e interferencia de los síntomas depresivos y ansiógenos, respectivamente. Por ello, se emplearán estas escalas como indicadores del éxito del tratamiento, así como para la consecución de

objetivos. Con este propósito, se administrarán inicialmente como pre-test antes del comienzo del tratamiento, y posteriormente a modo de post-test al finalizar la implementación del programa.

La ODSIS es un instrumento de evaluación diseñado para medir aspectos relacionados con la depresión. Se trata de un autoinforme que se compone de cinco ítems con respuestas tipo Likert (del 0 al 4) que evalúa la gravedad de los síntomas depresivos y la interferencia de la depresión en la vida diaria de la persona en la última semana. Los estudios sobre sus propiedades psicométrica han demostrado que posee una elevada consistencia interna (0.92) (Mira et al., 2018).

Asimismo, la OASIS es un instrumento de evaluación que, a modo de autoinforme, mide la gravedad de los síntomas ansiógenos y el impacto funcional que estos tienen en la vida diaria de una persona. Esta se compone también de cinco ítems que el sujeto valora de 0 a 4. En ellos, se valoran la frecuencia, la intensidad, la evitación a agentes ansiógenos y la interferencia social y funcional, de manera semejante a como lo hace el ODSIS. Empleamos la versión en español de Osma y sus colegas (Osma et al., 2021). El coeficiente alfa de Cronbach para los ítems es de .86 (González-Robles et al., 2018), lo que demuestra una alta consistencia interna. Otros estudios respaldan su confiabilidad test-re-test y validez convergente y discriminante (Campbell-Sills et al., 2009; Norman et al., 2011).

Por otro lado, previamente al inicio del tratamiento, el paciente mostraba síntomas relacionados con el TFP, por lo que, para profundizar en la exploración de la sintomatología y desarrollar una correcta adaptación del programa enfocada a las necesidades individuales del paciente, se procedió a realizar una evaluación a través del instrumento SAPS.

La escala SAPS es una herramienta de evaluación psiquiátrica que evalúa los síntomas positivos de la esquizofrenia: alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extravagante y trastorno formal del pensamiento. La escala se compone de 34 ítems que se dividen en estas cuatro categorías. Sin embargo, no se valoraron las categorías “alucinaciones” y “conductas extrañas o extravagantes” por no existir evidencia o reporte de las misma, ni por parte del paciente ni en sus informes médicos.

### 3.3. TRATAMIENTO. PLAN DE INTERVENCIÓN

Existen 8 módulos a tratar en el programa, aunque este será sintetizado y dos de los módulos serán omitidos por razones explicadas más adelante; se espera un total aproximado de 8 sesiones. La duración aproximada de las sesiones será de 60 minutos y se realizarán una o dos por semana.

Tras cada sesión, se le proporcionarán al paciente los materiales o registros para la aplicación práctica y el afianzamiento de los conocimientos adquiridos durante la sesión. Estos materiales serán repasados al principio de la siguiente sesión, donde se discutirán aplicaciones, principios y problemas relacionados.

Además, se le proporcionará el capítulo del “*manual del paciente*” correspondiente a la sesión. Este es un manual diseñado para el receptor del tratamiento, donde se desarrolla lo abordado en la sesión. A través del mismo, el participante podrá progresar y repasar el programa a su propio ritmo, por lo que contará con una referencia disponible cuando haya acabado la sesión o finalice el programa.

En referencia a las **modificaciones realizadas al programa**, como se ha comentado anteriormente, fueron suprimidos dos módulos: “Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas” (Módulo 6) y “Exposición a emociones basadas en claves situacionales/interoceptivas” (Módulo 7).

Las razones por las que tanto el Módulo 6 como el 7 fueron omitidos, son porque, debido a la sintomatología positiva del paciente, este presentará presumiblemente un déficit en sus niveles de precisión interoceptiva y en su conciencia corporal, lo que dificultaría considerablemente la percepción de sus sensaciones corporales y el trabajo a partir de estas (Torregrossa et al., 2019). Además, esto podría influir de manera perjudicial en su autoeficacia, así como repercutir negativamente en su autoconcepto. Asimismo, es importante considerar también la edad del paciente y su experiencia de vida previa: la exposición emocional interoceptiva y situacional del módulo implica la exposición gradual y controlada a estímulos emocionales que pueden resultar incómodos o aversivos para el paciente y puede ser difícil de tolerar para una persona mayor en condiciones de significativa vulnerabilidad.

Respecto al contenido, no se realizaron más supresiones, y aunque si se añadieron algunos conceptos, por lo demás se mantuvieron los fundamentos originales. Algunas de las adaptaciones diseñadas previamente a la intervención fueron las siguientes:

-Representación de conceptos: simplificación del lenguaje y uso de material visual. La exposición de todos los conceptos introducidos a través de la psicoeducación serán explicados de forma simplificada, breve y siempre con apoyo gráfico para facilitar la comprensión y el recuerdo de los mismos (p.e. ver Figura A1), ya que, debido a su trastorno psicótico, puede tener dificultades para procesar y retener información verbal (Cirillo & Seidman, 2003).

-Flexibilización de ejemplos. Dado que el paciente ha vivido muchos años en situación de sin hogar, puede tener dificultades para identificarse con los ejemplos y metáforas que propone el Protocolo para explicar ciertos conceptos. Por ello, todos los ejemplos serán creados tratando de que reflejen su experiencia para facilitar la asimilación de los mismos.

-Ajuste de la duración y el ritmo de las sesiones. Debido a su incipiente tratamiento quimioterapéutico, se facilitará la variabilidad de las sesiones en función de la disponibilidad y disposición del paciente para evitar la sobrecarga cognitiva y física. Además, como excepción, podrán dividirse las sesiones en bloques más cortos y espaciados en el tiempo para adaptarse a sus necesidades.

-Incorporación de alternativas de acción en el Módulo 5, sesión 7. Tras la identificación de situaciones en las que usamos estrategias evitativas para enfrentar el problema, procederemos a proponer estrategias alternativas, explicando su utilidad y poniéndolas en práctica mediante simulaciones. Dado que el paciente ha vivido en situación de sinhogarismo durante muchos años, es probable que carezca de una red de apoyo emocional y social sólida. Por lo tanto, podría ser importante incorporar estrategias de apoyo emocional y social en el tratamiento para mejorar su bienestar general y aumentar su capacidad para afrontar las situaciones estresantes, así como un entrenamiento en asertividad que le dote de las habilidades necesarias para llevarlas a cabo.

-Adaptación del mindfulness. Los pacientes con psicosis, especialmente aquellos con síntomas de TFP, presentan asociaciones semánticas más rápidas y, por ende, más difíciles de controlar, lo que suele desembocar en una atención alterada (Spitzer et al., 1993). Por ello, se seguirán las adaptaciones de Chadwick (2014) a la hora aplicar la práctica de mindfulness: 1. Las prácticas no se extenderán más de 10 minutos y 2. Se

ofrecerán guías verbales cada 30 o 60 segundos. En general, se adoptará un actitud más directiva con el objetivo de estimular y orientar su atención, evitando que el paciente se pierda en rumias.

Por último, cabe señalar una última modificación que se instauró durante la intervención:

Desde la segunda sesión, V comenzó a manifestar quejas sobre la presencia de despertares nocturnos que impedían volverse a dormir y, en consecuencia, estar descansado al día siguiente. Él atribuía la causa a que era “muy nervioso” (término que utiliza como sinónimo de ansiedad) y se “inquietaba” pensando en sus quehaceres, su proceso médico, etc. Por ello, en la cuarta sesión, se incluyó un tiempo para entrenarle tanto en relajación muscular como respiratoria, con el objetivo de que repitiera estos ejercicios antes de dormir y (si sucedían) tras los despertares.

Estos despertares se encuentran fuertemente relacionados con el estrés y o la ansiedad (Baglioni et al., 2010), por lo que se trató de influir cognitivamente sobre ellas a través de la relajación corporal (Bernstein et al., 1973).

A continuación, se muestra una tabla comparativa que confronta los contenidos del Protocolo original con los aplicados en la adaptación:

**Tabla 1***Comparación de los contenidos del Protocolo Unificado original y del adaptado.*

PROTOCOLO UNIFICADO			PROTOCOLO ADAPTADO		
MÓDULO	N.º de SESIONES estimadas	DESCRIPCIÓN	M.	N.º SS	DESCRIPCIÓN
1	1	Mejorar la motivación y el compromiso	1	1	Generación de discrepancias (entre su situación actual y la ideal). Establecimiento de objetivos y pasos para alcanzarlos. Fomento de la autoeficacia y afianzamiento del compromiso.
2	1-2	Entender las emociones	2	2	Psicoeducación con ejemplos de su vida cotidiana: -Naturaleza de las emociones. Exploración de situaciones de la vida del paciente en las que emociones “negativas” han resultado tener una función útil. -Componentes de la emoción
2		Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional	2	3	Introducir el ARC de las emociones (análisis contextual) y realizar la disgregación de dos experiencias emocionales recientes. Introducir el concepto de CIE (Conducta Impulsada por la Emoción) y de respuesta aprendida.

PROTOCOLO UNIFICADO			PROTOCOLO ADAPTADO		
MÓDULO	N.º de SESIONES estimadas	DESCRIPCIÓN	M.	N.º SS	DESCRIPCIÓN
3	1-2	Entrenamiento en conciencia emocional, aprendiendo a observar las experiencias.	3	4	Entrenamiento en relajación (muscular y respiratoria). Entrenamiento en mindfulness (ejercicio de conciencia emocional sin juzgar)
4	1-2	Evaluación y reevaluación cognitiva	4	5	Reestructuración sin confrontar aplicada a un problema reciente.
5a	1-2	Evitación emocional	5	6	Conductas adaptativas (Evitación y CIE): concepto, prejudicialidad e identificación.
5b	1-2	Conductas impulsadas por la emoción	5	7	Presentación de la asertividad como alternativa de acción. Ejercicio de simulación de conflicto (similar a problema reciente).
6	1	Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas			NO SE APLICAN

PROTOCOLO UNIFICADO			PROTOCOLO ADAPTADO		
MÓDULO	N.º de SESIONES estimadas	DESCRIPCIÓN	M.	N.º SS	DESCRIPCIÓN
7	4-6	Exposición emocional interoceptiva y situacional			
8	1	Logros, mantenimiento y prevención de recaídas	8	8	Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

En referencia al diseño de las sesiones, es importante destacar antes de exponerlas que todas las sesiones del programa presentarán objetivos comunes, los cuales han sido omitidos en la descripción detallada de cada sesión para evitar redundancias innecesarias. Estos objetivos son:

- Revisar los conocimientos aprendidos en la sesión anterior.
- Realizar la tarea asignada para casa, la cual implica el cumplimiento de los registros mencionados en la sección de materiales requeridos.
- Revisión de “registros tarea” proporcionados la sesión anterior.
- Entregar el capítulo del “manual del paciente” correspondiente.

## **SESIÓN 1.**

### **Módulo 1. Mejora de la motivación para un compromiso con el tratamiento**

Materiales requeridos:

- 1. Balance decisional.
- 2. Hoja para el establecimiento de objetivos de tratamiento.

Objetivos:

- Describir la motivación como concepto y examinar su significado para el cambio.
- 1. Ayudar al paciente a sopesar las ventajas y desventajas tanto de permanecer igual, como de cambiar.
- 2. Coadyuvar al paciente a desarrollar metas respecto al tratamiento (a corto y a largo plazo).
- 2. Apoyarle en la descomposición de las metas en pasos para hacer su ejecución práctica y alcanzable.

## **SESIÓN 2**

### **Módulo 2. Entender las emociones**

Materiales requeridos:

- 1. Modelo de los tres componentes de la emoción.

Objetivos:

- Dar una visión general de cómo las emociones, incluyendo las negativas, son tanto adaptativas como funcionales.
- 1. Explicar las relaciones entre los tres elementos de las experiencias emocionales (pensamientos, sensaciones corporales y conductas).
- Descomponer una experiencia emocional del paciente sucedida recientemente.
- Definir el término “conductas impulsadas por la emoción” (CIE).

### **SESIÓN 3.**

#### **Módulo 2. Identificación y evaluación de la reacción emocional.**

Materiales requeridos:

- 1. Registro "Análisis contextual de las emociones y CIE."

Objetivos:

- 1. Explicar cómo se clasifican las emociones usando el modelo ARC (Antecedente, Respuesta y Consecuencia).
- 1. Completar el registro contextualizando al menos dos experiencias recientes del paciente (identificando el evento desencadenante, la reacción emocional, cognitiva y conductual, y las consecuencias a corto y largo plazo de las mismas).
- Introducir el concepto de respuesta aprendida y discutir cómo experiencias emocionales pasadas influyen en las conductas actuales.

### **SESIÓN 4.**

#### **Módulo 3. Entrenamiento en conciencia emocional. Aprendiendo a observar las experiencias.**

Materiales requeridos:

- 1. Equipo de música
- 2. Registro de conciencia emocional orientada al presente sin juzgar.

Objetivos:

- Entrenar al paciente en relajación respiratoria y muscular.
- Introducir el concepto de conciencia emocional centrada en el presente y sin juzgar.
- 1 y 2. Realizar un ejercicio de mindfulness durante la sesión (con música).

## **SESIÓN 5**

### **Módulo 4. Evaluación y reevaluación cognitiva.**

Materiales requeridos:

- 1. Imagen ambigua.
- 2. Registro observando tus interpretaciones.
- 3. Registro de la técnica de las flechas descendentes.
- 4. Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos.

Objetivos:

- 1 y 2. Describir cómo los pensamientos y las emociones están relacionados.
- Explicar la idea de las evaluaciones automatizadas.
- 4. Ayudar a reconocer los errores de pensamiento más frecuentes.
- 3. Explicar la reevaluación cognitiva y ayudar al paciente a utilizarla para ampliar su gama de posibles interpretaciones.

## **SESIÓN 6**

### **Módulo 5.A. Evitación emocional.**

Materiales necesarios:

- 1. Registro de estrategias de evitación emocional.
- 2. Registro de cambio de CIE

Objetivos:

- Explicar qué son las conductas desadaptativas, introducir concepto de evitación y ampliar concepto de las CIE
- Clarificar por qué estas conductas son desadaptativas (exponer el papel que la evitación tiene en el desarrollo y mantenimiento de las emociones negativas y su efecto paradójico)
- 1 y 2. Identificar, con ayuda del terapeuta, al menos una conducta de evitación y una CIE en el paciente.

## **SESIÓN 7**

### **Módulo 5.b. Conductas impulsadas por la emoción.**

Materiales necesarios: ninguno

Objetivos:

- Discutir sobre las actitudes (creencias y disposición) hacia la búsqueda de apoyo funcional y emocional.
- Introducir el concepto de asertividad
- Exponer mediante ejemplos diferentes tipos de estrategias asertivas
- Simular (*role-playing*) una situación de conflicto (de “Análisis contextual de las emociones y CIE”) e invitar al paciente a enfrentarlo empleando estrategias asertivas.
- Discutir sobre situaciones en las que se requiera algún tipo de apoyo e hipotetizar sobre un plan de acción.

## **SESIÓN 8**

### **Módulo 8. Logros, mantenimiento y prevención de recaídas.**

Materiales necesarios:

- 1. Plan de trabajo.
- 2. Registro de objetivos a largo plazo.

Objetivos:

- Revisar las habilidades para hacer frente a las emociones.
- 1. Identificar los desencadenantes frecuentes/potenciales y establecer un plan de trabajo sobre ellos.
- Aplicar ODSIS Y OASIS
- 2. Fomentar la autoeficacia: revisar la evolución, promover la generalización de habilidades y establecer objetivos para el progreso continuo.

### 3.4. RESULTADOS

#### 3.4.1. FASE EVALUACIÓN (PRE-INTERVENCIÓN)

Los resultados de la evaluación inicial para el ODSIS y el OASIS son de 11 y 13 (sobre 20), respectivamente (ver Apéndice B). Estos resultados nos ayudan a hacernos una idea de la situación emocional del paciente y apuntan a la presencia de depresión y ansiedad moderadas. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, es importante tener en cuenta en el contexto en el que se están dando: el paciente se halla en un centro de acogida donde se procura la adhesión a su tratamiento psicofarmacológico, una alimentación e higiene adecuadas, el seguimiento de horarios para levantarse y comer, se asegura un acceso efectivo a los sistemas sanitarios... Es decir, de una serie de condiciones temporales que favorecen su estabilidad psicológica.

La evaluación de la sintomatología psicótica será realizada en forma de entrevista semiestructurada junto con la psicóloga del centro, con el fin de garantizar la fiabilidad y la validez de los resultados.

En referencia a los delirios, presenta una puntuación global de delirios de 2 (Leve). En su discurso, ha dejado ocasionalmente entrever ideas delirantes (persecutorio, grandeza y de referencia). Sin embargo, eventualmente las ha cuestionado y actualmente no hay evidencias de que afecten significativamente a su funcionamiento.

Por otro lado, presenta una puntuación global de 3 (Moderada) en trastornos positivos de la forma del pensamiento, ya que “presenta sintomatología en frecuentes ocasiones y a veces es difícil entenderlo” (ver Apéndice B).

## Fase post intervención

**Tabla 2:**

*Comparación de las puntuaciones pre y post-test del paciente del ODSIS y OASIS*

Subescalas	ODSIS (Depresión)		OASIS (Ansiedad)	
	Pre	Post	Pre	Post
Frecuencia	1	1	2	1
Intensidad	2	2	2	1
Anhedonia/Evitación	3	3	3	1
Interferencia tareas	2	0	2	1
Interferencia social	3	1	2	0
TOTAL (N=1)	11	7	11	4

*Nota.* \*El término, “Anhedonia”, empleado para referenciar el ítem 3, no es exacto, su descripción precisa se halla a continuación\*

Como se observa en la *Tabla 2*, las puntuaciones en las escalas ODSIS y OASIS reflejan una reducción tanto de la gravedad como del deterioro general de la depresión y de la ansiedad, de un 36.4 y 63.6%, respectivamente.

Sin embargo, en referencia al ODSIS, la frecuencia y la intensidad de la depresión de mantuvieron igual que al inicio del tratamiento. Por otro lado, las puntuaciones de interferencia social e interferencia en la realización de tareas, disminuyeron cada una dos puntos.

El ítem referenciado como “Anhedonia” (que mide la frecuencia con la que se presenta dificultad a la hora de realizar o interesarse por actividades que normalmente disfrutas, debido a la depresión), tampoco experimentó cambios en su puntuación.

En cuanto al OASIS, las puntuaciones de frecuencia e intensidad de la ansiedad, así como la interferencia en las tareas pasaron de “moderada” a “leve”, reduciéndose un punto cada una de ellas. La conducta de evitación pasó de ser una estrategia usada frecuentemente a emplearse de forma anómala. Por último, la interferencia que la ansiedad ejercía sobre su vida social y relaciones pasó de ser moderada a no interferir.

#### 4. DISCUSIÓN

En cuanto a los objetivos, se ha logrado conseguir el objetivo específico 2 “medir la mejoría relacionada con la RE a través de pruebas estandarizadas” mediante la aplicación pre y post test de las escalas ODSIS y OADSIS, donde se refleja una reducción general de la puntuación.

Respecto al objetivo específico 1, “reducir la intensidad y la incidencia de las experiencias emocionales desadaptativas”, se ha alcanzado en referencia a la reducción de las experiencias emocionales ansiógenas, que han pasado de “moderadas” a “leves” tanto en su frecuencia como intensidad; no siendo así con la depresión, que se mantuvo igual que al inicio del tratamiento.

Por último, respecto al objetivo 3 “mejorar el funcionamiento de la persona participante dotándole de estrategias para la modificación de sus hábitos de RE” podemos concluir que se ha llevado a cabo con relativo éxito:

-Tras la intervención, el paciente experimentó una reducción significativa de la interferencia que las experiencias emocionales ansiógeno-depresivas causaban sobre 1. Su capacidad y disposición de realizar tareas necesarias en su vida cotidiana y 2. Sus relaciones sociales.

-El paciente disminuyó considerablemente la frecuencia con la evitaba situaciones, lugares, objetos o actividades debido a su ansiedad o miedo.

Aunque el paciente no presentó cambios en sus puntuaciones de anhedonia, cabe resaltar, que el proceso quimioterapéutico puede influir en la dificultad de una persona para participar en actividades que normalmente disfruta o mostrar interés por ellas. Esto puede deberse a los posibles efectos secundarios de la terapia, como fatiga, debilidad, náuseas, cambios en el estado de ánimo y síntomas depresivos. Estos efectos pueden disminuir la energía, el ánimo y la motivación de la persona, lo que puede dificultar su participación en actividades que solían ser placenteras.

#### *4.2. LIMITACIONES Y POPUESTAS DE FUTURO*

Es precisamente, la cuestión recién mencionada, una de las principales limitaciones del estudio: los efectos fisiológicos secundarios adversos de la quimioterapia probablemente estén afectando a las condiciones psicológicas del paciente, así como a su disposición para el cambio y, por ende, a los resultados. Por lo que es fundamental interpretar estos resultados con cautela.

Por otro lado, hubiese resultado beneficioso para la fiabilidad y validez interna de los resultados haber empleado otros instrumentos de evaluación, no tanto por recoger en detalle otros aspectos de la evolución, sino por ampliar el carácter temporal; ya que las escalas utilizadas preguntan respecto a la semana anterior a ese momento.

Sin embargo, estas escalas fueron seleccionadas debido a su brevedad, ya que otras más extensas podían suponer dificultades considerables en su aplicación debido al trastorno del paciente, por lo que una solución eficaz podría ser adaptar las escalas para que recogiesen un mayor rango temporal en la recopilación de datos, permitiendo la indagación de hechos o eventos más distantes en el tiempo y contribuyendo así a ampliar la perspectiva temporal de la información recogida. Convendría, además, realizar un seguimiento a largo plazo tras la intervención, para comprobar así la perdurabilidad de los resultados.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Andreasen, Carolina del Norte (1979). Trastornos del pensamiento, lenguaje y comunicación: I. Valoración clínica, definición de términos y evaluación de su fiabilidad. *Archivos de psiquiatría general*, 36 (12), 1315-1321.

Andreasen, N. C. (1984). Scale for the assessment of positive symptoms. *Psychiatrie & Psychobiologie*

Andreasen, N. C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *The British journal of psychiatry*, 155(S7), 49-52.

Avramov, D. (1996) *The Invisible Hand of the Housing Market: A Study of Effects of Changes in the Housing Market on Homelessness in the European Union*. Bruselas: FEANTSA.

Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *American journal of public health*, 100(7), 1326-1333.

Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep medicine reviews*, 14(4), 227-238.

Barlow, D. H (1988): *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., & Fairholme, C. P. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological assessment*, 26(3), 815.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Research Press.
- Bleuler, E. (1911). *La Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Editorial Lumen, 1993.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.
- Campbell-Sills, L., Norman, S., Craske, M., Sullivan, G., Lang, A., Chavira, D., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P., & Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112(1–3), 92–101
- Chadwick, P. D., & Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 355-367.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 33(3), 351-359.
- Chadwick, p. (2014). Mindfulness for psychosis. *British journal of psychiatry*, 204(5), 33-334.
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999.
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psycho-*

Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 13(12), 837-849.

- Caruso, R., & Breitbart, W. (2020). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e86.
- Cirillo, M. A., & Seidman, L. J. (2003). Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain mechanisms. *Neuropsychology review*, 13, 43-77.
- Dunn, V. J., Abbott, R. A., Croudace, T. J., Wilkinson, P., Jones, P. B., & Herbert, J. (2018). Profiles of family-focused adverse experiences through childhood and early adolescence: The ROOTS project a community investigation of adolescent mental health. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-11.
- Evans, G. W., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (2013). Stressing out the poor: Chronic physiological stress and the income-achievement gap. *Pathways*, 25(1), 7-11
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical oncology*, 31(6), 782-793.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 5(12), e225.

- Gelberg, L., Linn, L. S., & Leake, B. D. (1988). Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *The American Journal of Psychiatry*.
- González-Robles, A., Mira, A., Miguel, C., Molinari, G., Díaz-García, A., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R., & Botella C. (2018). A brief online transdiagnostic measure: Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among Spanish patients with emotional disorders. *PLoS ONE*, 13(11).
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gumley, A., O'GRADY, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological medicine*, 33(3), 419-431.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hibbs, J. R., Benner, L., Klugman, L., Spencer, R., Macchia, I., Mellinger, A. K., & Fife, D. (1994). Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *New England Journal of Medicine*, 331(5), 304-309.
- Hwang, S. W., Chambers, C., Chiu, S., Katic, M., Kiss, A., Redelmeier, D. A., & Levinson, W. (2013). A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *American Journal of Public Health*, 103(Suppl 2), S294–301
- Hwang, S. W., Kirst, M. J., Chiu, S., Tolomiczenko, G., Kiss, A., Cowan, L., & Levinson, W. (2009). Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *Journal of Urban Health*, 86, 791-803.
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). Encuesta sobre las personas sin hogar 2022
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101-1119.

- Kızmazoğlu, D., Sarı, S., Sezgin, M. E., Kantarcıoğlu, A., Tüfekçi, Ö., Yenigürbüz, F. D., ... & Ören, H. (2019). Assessment of health-related quality of life in pediatric acute lymphoblastic leukemia survivors: perceptions of children, siblings, and parents. *Turkish Journal of Hematology*, 36(2), 112.
- Koung Jin Suh, Ki Hwan Kim, Jin Lim, Jin Hyun Park, Jin-Soo Kim e In Sil Choi. (2016). Cáncer de pulmón en personas sin hogar: resultados clínicos y análisis de costos en un solo instituto. *Diario respiratorio canadiense*, 2016.
- Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., De Bree, R., Leemans, C. R., ... & Verdonck-de Leeuw, I. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130.
- Lebrun-Harris, L. A., Baggett, T. P., Jenkins, D. M., Sripipatana, A., Sharma, R., Hayashi, A. S., Daly, C. A., & Ngo-Metzger, Q. (2013). Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: Findings from the 2009 patient survey. *Health Services Research*, 48(3), 992–1017.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., & Perkins, D. O. (2010). *Treatment of Patients With Schizophrenia*. American Psychiatric Association.
- Manti, F., Giovannone, F., Aceti, F., Giacchetti, N., Fioriello, F., Maugeri, A., & Sogos, C. (2022). Unraveling the Relationship between Sleep Problems, Emotional Behavior Disorders, and Stressful Life Events in Preschool Children. *Journal of clinical medicine*, 11(18), 5419.
- Melo, A. S., & Roncalli, A. G. (2019). Situación de calle y vulnerabilidad social en América Latina: una revisión sistemática de la literatura. *Salud Colectiva*, 15(3), 1-16
- Mira, A., González-Robles, A., Molinari, G., Miguel, C., Díaz-García, A., Bretón-López, J., ... & Botella, C. (2019). Capturando la severidad y el deterioro asociado con la depresión: validación de la escala general de severidad y deterioro de la depresión (ODSIS) en una muestra clínica española. *Fronteras en Psiquiatría*, 10, 180.

- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian journal of internal medicine*, 5(3), 167.
- Norman, S. B., Hami-Cissell, S., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and Validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) *Depress Anxiety*; 23: 245–249
- Norman, S., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K., & Stein, M. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 262–268.
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2021). Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 345.
- Palaniyappan, L., Homan, P., & Alonso-Sanchez, M. F. (2023). Language Network Dysfunction and Formal Thought Disorder in Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 49(2), 486–497.
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638.
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1007.
- Pinquart, M. y Duberstein, PR (2010a). Asociaciones de las redes sociales con la mortalidad por cáncer: un metanálisis. *Revisiones críticas en oncología/hematología*, 75 (2), 122-137.
- Pinquart, M. y Duberstein, P. (2010b). Depresión y mortalidad por cáncer: un metanálisis. *Medicina psicológica*, 40 (11), 1797-1810.
- Radanovic, M., Sousa, R. T., Valiengo, L., Gattaz, W. F., & Forlenza, O. V. (2013). Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia. *Arquivos*

de neuro-psiouiatria, 71(1), 55–60. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2012005000015>

- Roche, E., Creed, L., MacMahon, D., Brennan, D., & Clarke, M. (2015). The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: a systematic review. *Schizophrenia bulletin*, 41(4), 951-962.
- Schneider, C. (1942). *Die Schizophrenen Symptomverbande (The Schizophrenic Symptom Groups)*. Berlin: Springer
- Spitzer, M., Braun, U., Hermle, L., & Maier, S. (1993). Associative semantic network dysfunction in thought-disordered schizophrenic patients: direct evidence from indirect semantic priming. *Biological psychiatry*, 34(12), 864-877.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour research and therapy*, 42(12), 1377-1401.
- Torregrossa, L. J., Snodgrass, M. A., Hong, S. J., Nichols, H. S., Glerean, E., Nummenmaa, L., & Park, S. (2019). Anomalous bodily maps of emotions in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 45(5), 1060-1067.
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2006). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Focus*, 10(2), 5-233.
- Turner, S., Harvey, C., Hayes, L., Castle, D., Galletly, C., Sweeney, S., Shah, S., Keogh, L., & Spittal, M. J. (2019). Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e78.
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 156(1), 30-37.

- Vetsch, J., Wakefield, C. E., Robertson, E. G., Trahair, T. N., Mateos, M. K., Grootenhuis, M., ... & Fardell, J. E. (2018). Health-related quality of life of survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: a systematic review. *Quality of Life Research*, 27, 1431-1443.
- Weintraub, M. J., Zinberg, J., Bearden, C. E., & Miklowitz, D. J. (2020). Applying a transdiagnostic cognitive-behavioral treatment to adolescents at high risk for serious mental illness: rationale and preliminary findings. *Cognitive and behavioral practice*, 27(2), 202-214.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537.

## 6. APÉNDICE

**Tabla A1**

*18 categorías de Andreasen (1979) para los Trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación.*

<b>Síntoma</b>	<b>Descripción</b>
(2) Pobreza del habla	Respuestas con una sola palabra.
(2) Pobreza del contenido del habla	Respuestas con duración excesiva, con poco contenido y repetitivas.
(1) Presión del habla	Incremento en la cantidad de habla espontánea, rápido y difícil de interrumpir.
(1) Habla distraída	Interrupción de una idea para cambiar a otro tema.
(1) Tangencialidad	Respuestas oblicuas, tangenciales e irrelevantes.
(1) Descarrilamiento (pérdida de asociaciones)	Habla espontánea en la que las ideas carecen de conexión.
(1) Incoherencia	Discurso ininteligible, con reglas sintácticas ignoradas y palabras unidas al azar o sustituidas de forma incorrecta.
(1) Ilogicidad	Conclusiones que no siguen una lógica.
(1) Resonancias (clanging)	Elección de palabras basada en su sonido en lugar de su significado.
(1) Circunstancialidad	Discurso indirecto, que se enfoca en detalles irrelevantes y hace paréntesis excesivos.
Aproximaciones a palabras	Uso no convencional de las palabras o creación de pseudopalabras que siguen las reglas de formación del idioma.
Neologismos	Formación de nuevas palabras que no tienen una derivación comprensible.
Pérdida de meta	Fracaso en seguir el hilo conductor del pensamiento hasta su conclusión.
Perseveración	Repetición persistente de palabras o ideas.
Ecolalia	Repetición en eco de palabras o frases del interlocutor.
Bloqueo	Interrupción del habla antes de completar un pensamiento o idea.
Habla afectada	Habla pomposa, distante y excesivamente culta.
Autorreferencia	El paciente lleva el tema hacia sí mismo.

*Nota.* Las categorías están recuperadas de la Escala de Trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación (1979). En realidad, solo las categorías marcadas con “(1)” (síntomas positivos) y “(2)” (síntomas negativos) cumplen con los criterios actuales de fiabilidad para estudios observacionales. Esto se debe en parte a que algunas de las categorías pueden ser difíciles de medir de manera objetiva y reproducible entre diferentes evaluadores. Sin embargo, todas ellas nos proporcionan información sobre las sintomatología del TFP, por lo que es importante revisarlas.

**Figura A1**

*Componentes de la emoción*



*Nota.* La imagen, cuya fuente es de elaboración propia, trata de representar analógicamente los tres componentes de la emoción: Fisiológico (qué siento en mi cuerpo; corresponde a los pedales), Cognitivo (qué pienso; representado por el volante o la dirección) y Conductual (qué hago, respectivo al camino o la acción que tomo).

## *Apéndice A. Lista de materiales*

### HOJA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

**Mi objetivo n.º 1 de tratamiento es:**

**Concretando...** Ahora vamos a tomarnos un momento para hacer este objetivo más concreto: ¿cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías? ¿Qué conductas estarías haciendo o no haciendo? Intenta ser lo más concreto posible:

**Establecer los pasos necesarios...** Ahora, piensa en pasos pequeños manejables y alcanzables que te lleven hacia el objetivo específico que has descrito arriba. Estos pasos deberían poder alcanzarse entre unos cuantos días hasta un mes. ¿Qué pasos serían? Puede ser de ayuda pensarlos hacia atrás imaginando los pasos necesarios desde el objetivo final para poder alcanzarlo.

Utiliza las conductas que has descrito arriba para sacar los pasos necesarios para alcanzar tu objetivo de tratamiento.

Paso 5:

Paso 4:

Paso 3:

Paso 2:

Paso 1:

Las personas suelen tener unos cuantos objetivos de tratamiento. Tómate un momento para escribir un objetivos más.

**Mi objetivo n.º 2 de tratamiento es:**

**Concretando...** Ahora vamos a tomarnos un momento para hacer este objetivo más concreto: ¿cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías? ¿Qué conductas estarías haciendo o no haciendo? Intenta ser lo más concreto posible:

**Establecer los pasos necesarios...** Ahora, piensa en pasos pequeños manejables y alcanzables que te lleven hacia el objetivo específico que has descrito arriba. Estos pasos deberían poder alcanzarse entre unos cuantos días hasta un mes. ¿Qué pasos serían? Puede ser de ayuda pensarlo hacia atrás imaginando los pasos necesarios desde el objetivo final para poder alcanzarlo.

Utiliza las conductas que has descrito arriba para sacar los pasos necesarios para alcanzar tu objetivo de tratamiento.

Paso 5:

Paso 4:

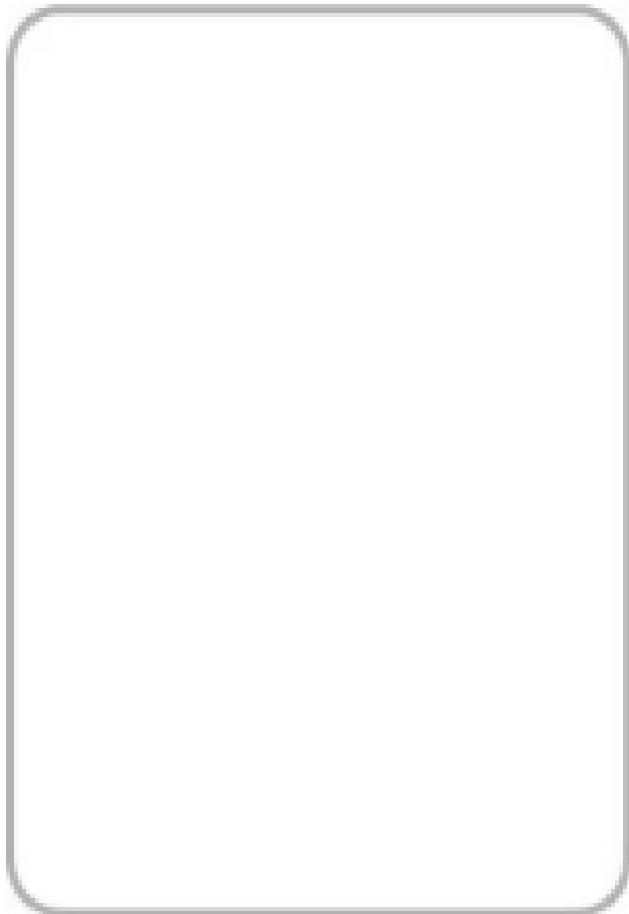
Paso 3:

Paso 2:

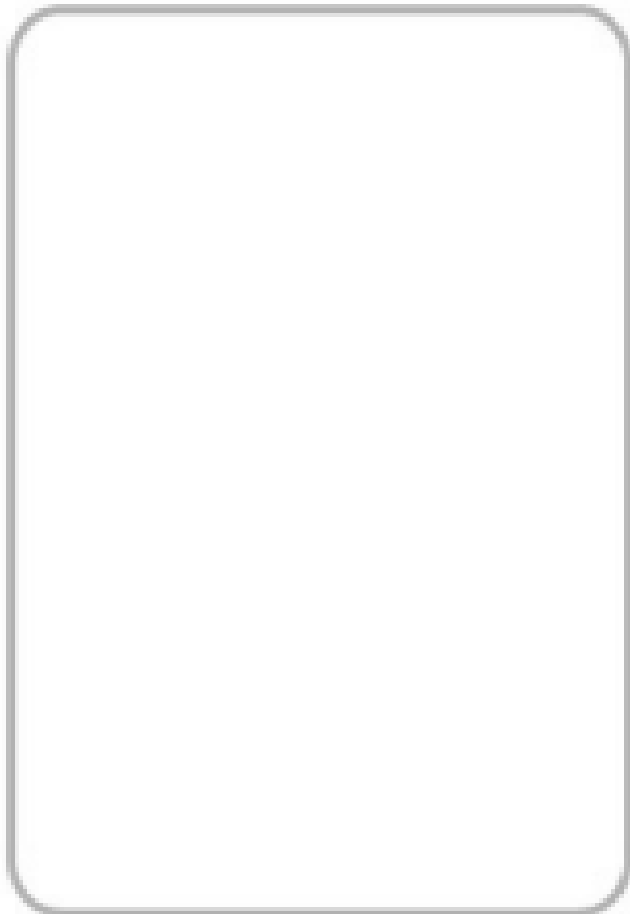
Paso 1:

**1. REGISTRO DEL MODELO DE LOS TRES COMPONENTES (SESIÓN 2. Módulo 2)**

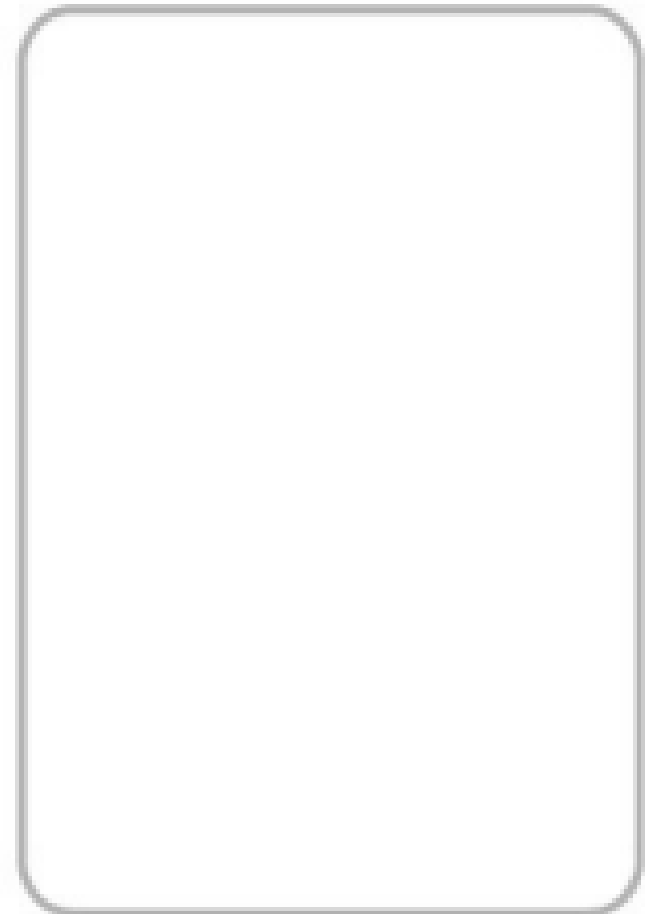
**Pensamientos**  
(lo que pienso)

A large, empty, rounded rectangular box with a thin grey border, intended for recording thoughts.

**Sensación física/sentimientos**  
(lo que siento)

A large, empty, rounded rectangular box with a thin grey border, intended for recording physical sensations and feelings.

**Conducta**  
(lo que hago)

A large, empty, rounded rectangular box with a thin grey border, intended for recording behavior.

**2. REGISTRO DEL ANÁLISIS CONTEXTUAL DE LAS EMOCIONES Y CIE. EL ARC DE LAS EMOCIONES (SESIÓN 3. Módulo 2)**

	A Antecedentes	R Respuestas			C Consecuencias
Fecha/hora	Situación/ Desencadenantes	Pensamientos	Sentimientos/ sensaciones	Conductas	¿Qué ocurrió después?
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					

**3. REGISTRO DE CONCIENCIA EMOCIONAL CENTRADA EN EL PRESENTE SIN JUZGAR. (SESIÓN 4. Módulo 3)**

	<b>¿Qué has notado?</b>				<b>¿Cómo de eficaz fuiste en no juzgar tu experiencia?</b>
	<b>Práctica</b>	<b>Pensamientos</b>	<b>Sensaciones físicas/ sentimientos</b>	<b>Conductas</b>	<b>0 - 10 (nada) (mucho)</b>
Lunes	1.				
	2.				
Martes	1.				
	2.				
Miércoles	1.				
	2.				
Jueves	1.				
	2.				

**EJERCICIO IMÁGEN AMBIGUA (SESIÓN 5. Módulo 4)**



**REGISTRO OBSERVANDO TUS INTERPRETACIONES. IMÁGEN AMBIGUA**  
**(SESIÓN 5. Módulo 4)**

*1. ¿Cuáles fueron tus interpretaciones automáticas sobre la escena que recoge la ilustración?*

*2. ¿Qué factores o indicios contribuyeron a tu interpretación automática? (P. ej., experiencias pasadas, recuerdos, aspectos específicos del dibujo, etcétera).*

*3. Genera algunas interpretaciones alternativas sobre lo que el contenido de la imagen podría significar (al menos tres alternativas). Si tu primera interpretación del dibujo fue negativa, piensa en alguna interpretación positiva que pueda ajustarse. Por el contrario, si la primera interpretación fue positiva, trata de generar una interpretación nueva negativa. Pon este ejercicio en práctica siendo flexible con tus interpretaciones.*

**REGISTRO DE LA TÉCNICA DE LAS FLECHAS DESCENDENTES (SESIÓN 5.**  
**Módulo 4)**

• **Evaluación automática:**



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

• **Evaluación encubierta:**



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

• **Evaluación encubierta:**



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto

fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

• **Evaluación encubierta:**

Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?



• **Evaluación encubierta:**

**REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (SESIÓN 5. Módulo 4)**

<b>Situación/ Desencadenante</b>	<b>Pensamientos automáticos</b>	<b>Emociones</b>	<b>Identificación de «errores de pensamiento»</b>	<b>Interpretaciones alternativas</b>
--------------------------------------	-------------------------------------	------------------	---	--

**REGISTRO DE ESTRATEGIAS DE EVITACIÓN EMOCIONAL (SESIÓN 5. Módulo 5ª)**

**Conductas sutiles de evitación**

**Evitación cognitiva**

**Conductas de seguridad**

**REGISTRO DE CAMBIO DE CIE. (SESIÓN 6. Módulo 5b)**

<b>Situación/Desencadenante</b>	<b>Emoción</b>	<b>CIE</b>	<b>Nuevas respuestas (incompatibles)</b>	<b>Consecuencias</b>
---------------------------------	----------------	------------	--	----------------------

**REGISTRO DE EVALUACIÓN DE PROGRESO (SESIÓN 8. Módulo 8)**

**Evalúa tu propio progreso desde que iniciaste el tratamiento**

<b>Ansiedad y depresión</b> Significativa reducción en el nivel de ansiedad, miedo y sentimientos de depresión.	Sí	No
<b>Conciencia emocional centrada en el presente</b> Mejora significativa en tu capacidad para observar sin juzgar tanto a tus emociones como a las reacciones ante estas.	Sí	No
<b>Pensamientos negativos</b> Reducción significativa en saltar a las conclusiones o a interpretar de forma catastrófica.	Sí	No
<b>Sintomatología y actividad física</b> Reducción significativa de la angustia experimentada a partir de sensaciones físicas.	Sí	No
<b>Evitación</b> Reducción significativa de la evitación emocional.	Sí	No
<b>Conductas impulsadas por emociones (CIE)</b> Reducción significativa de las CIE desadaptativas.	Sí	No

**PLAN DE TRABAJO (SESIÓN 9. Módulo 8)**

**Cosas para practicar**

**Planes específicos**

Conciencia emocional centrada en el presente

---

---

---

---

---

Aumento de la flexibilidad cognitiva

---

---

---

---

---

Reducción de la evitación y cambio de las CIE

---

---

---

---

---

Exposición emocional

---

---

---

---

---

**REGISTRO DE OBJETIVOS A LARGO PLAZO (SESIÓN 9. Módulo 8)**

<b>Objetivos a largo plazo</b>	<b>Pasos para lograr la meta a largo plazo</b>
	5.
	4.
	3.
	2.
	1.
<b>Objetivos a largo plazo</b>	<b>Pasos para lograr la meta a largo plazo</b>
	5.
	4.
	3.
	2.
	1.

## Apéndice B. Test y resultados

### PUNTUACIONES DEL ODSIS PREVIAS A LA INTERVENCIÓN

<b>Escala General de Gravedad e Interferencia de Depresión (ODSIS)</b> Bentley, Gallagher, Carl, y Barlow (2014). Validación al castellano por Osma et al. (2019)	
Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.	
<b>1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?</b>	
0 = No me sentí deprimido durante la última semana.	
1 = Depresión infrecuente. Me sentí deprimido en algunos momentos.	
2 = Depresión ocasional. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.	
3 = Depresión frecuente. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.	
4 = Depresión constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.	
<b>2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿cómo de intensa o grave fue tu depresión?</b>	
0 = Poco o nada. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.	
1 = Leve. La depresión fue de baja intensidad.	
2 = Moderada. La depresión me generó malestar en algunos momentos.	
3 = Severa. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.	
4 = Extrema. La depresión me sobrepasó.	
<b>3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?</b>	
0 = Ninguna. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que normalmente disfruto debido a la depresión.	
1 = Infrecuente. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.	
2 = Ocasional. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.	
3 = Frecuente. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.	
4 = Todo el tiempo. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.	
<b>4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en tu vida cotidiana?</b>	
0 = Nada. La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.	
1 = Leve. La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.	
2 = Moderada. La depresión definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.	
3 = Severa. La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.	
4 = Extrema. La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.	
<b>5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?</b>	
0 = Nada. La depresión no interfirió en mis relaciones.	
1 = Leve. La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.	
2 = Moderada. La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.	
3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.	
4 = Extrema. La depresión ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.	
PUNTUACIÓN TOTAL: 11	

## PUNTUACIONES DEL OASIS PREVIAS A LA INTERVENCIÓN

### Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad (OASIS)

Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein (2006). Validación al castellano por Osma et al. (2019)

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

#### 1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

0 = No me sentí ansioso durante la última semana.

1 = Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.

2 = Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.

3 = Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.

4 = Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

#### 2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿cómo de intensa o grave fue tu ansiedad?

0 = Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.

1 = Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.

2 = Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.

3 = Severa. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron enormemente molestos.

4 = Extrema. La ansiedad me sobrepasó. Me fue totalmente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

#### 3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?

0 = Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.

1 = Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pude manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3 = Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4 = Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

#### 4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en tu vida cotidiana?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La ansiedad verdaderamente ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

#### 5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La ansiedad ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

PUNTUACIÓN TOTAL: 13

## PUNTUACIONES DEL ODSIS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN

### Escala General de Gravedad e Interferencia de Depresión (ODSIS)

Bentley, Gallagher, Carl, y Barlow (2014). Validación al castellano por Osma et al. (2019)

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

#### 1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?

0 = No me sentí deprimido durante la última semana.

1 = Depresión infrecuente. Me sentí deprimido en algunos momentos.

2 = Depresión ocasional. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.

3 = Depresión frecuente. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.

4 = Depresión constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.

#### 2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿cómo de intensa o grave fue tu depresión?

0 = Poco o nada. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.

1 = Leve. La depresión fue de baja intensidad.

2 = Moderada. La depresión me generó malestar en algunos momentos.

3 = Severa. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.

4 = Extrema. La depresión me sobrepasó.

#### 3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?

0 = Ninguna. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que normalmente disfruto debido a la depresión.

1 = Infrecuente. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.

3 = Frecuente. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.

4 = Todo el tiempo. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.

#### 4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en tu vida cotidiana?

0 = Nada. La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La depresión definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

#### 5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?

0 = Nada. La depresión no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La depresión ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

PUNTUACIÓN TOTAL: 5

## PUNTUACIONES DEL OASIS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN

### **Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad (OASIS)** Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein (2006). Validación al castellano por Osma et al. (2019)

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

#### **1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?**

0 = No me sentí ansioso durante la última semana.

1 = Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.

2 = Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.

3 = Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.

4 = Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

#### **2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿cómo de intensa o grave fue tu ansiedad?**

0 = Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.

1 = Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.

2 = Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.

3 = Severa. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron enormemente molestos.

4 = Extrema. La ansiedad me sobrepasó. Me fue totalmente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

#### **3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?**

0 = Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.

1 = Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pude manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3 = Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4 = Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

#### **4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en tu vida cotidiana?**

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La ansiedad verdaderamente ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

#### **5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?**

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La ansiedad ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

PUNTUACIÓN TOTAL 6

## PUNTUACIONES PARA EL INSTRUMENTO SAPS

\* SINTOMAS +/- 0= Ninguno; 1= Cuestionable; 2=Ligero; 3= Moderado; 4= Marcado; 5= Grave

### ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE SINTOMAS POSITIVOS

#### ALUCINACIONES

1. Alucinaciones Auditivas El paciente refiere que oye voces u otros ruidos que nadie puede escuchar.	-
2. Comentario de Voces El paciente refiere que una voz realiza comentarios sobre su conducta o sus pensamientos.	-
3. Voces que conversan entre sí El paciente refiere que experimenta extrañas sensaciones físicas en su cuerpo.	-
4. Alucinaciones Cenesésicas El paciente refiere que experimenta extrañas sensaciones físicas en su cuerpo.	-
5. Alucinaciones Olfativas (Osmicas) El paciente refiere que tiene olores extraños que nadie puede experimentar.	-
6. Alucinaciones visuales El paciente ve formas o personas que no están, de hecho, presentes.	-
7. Puntuación Global de las Alucinaciones Esta puntuación deberá estar basada en la duración y la severidad de las alucinaciones y su efecto en la vida del paciente.	-

#### DELIRIOS

8. Delirios de persecución El paciente cree que hay una conspiración en su contra o que es perseguido de algún modo.	2
9. Delirios Celotípicos El paciente cree que su cónyuge mantiene relaciones amorosas con alguien	-
10. Delirios de Culpa El paciente cree que ha cometido algún pecado terrible o que ha hecho algo imperdonable.	-
11. Delirios de Grandeza El paciente cree que tiene poderes o capacidades especiales.	2
12. Delirios Religiosos La temática delirante está centrada en falsas creencias en naturaleza religiosa no compartidas socialmente.	-
13. Delirios Dismorfofóbicos El paciente cree que su cuerpo esta alterado o cambiado de alguna manera	-
14. Delirios de Referencia El paciente cree que comentarios o acontecimientos insignificantes se refieren a él o tienen un especial significado.	3
15. Delirios de control El paciente siente que sus sentimientos o acciones están controladas por alguna fuerza extrema.	-
16. Delirios de Lectura del pensamiento El paciente siente que la gente puede leer su mente o conocer sus pensamientos.	-
17. Sonoridad de Pensamiento El paciente cree que sus pensamientos son sonoros y que, por lo tanto, el y las demás personas pueden escucharlos.	-
18. Inserción del Pensamiento El paciente cree que su pensamiento no son los suyos propios sino que han sido introducidos en su mente.	-

19. Robo de Pensamiento El paciente cree que sus pensamientos han sido extraídos de su mente.	-
20. Puntuación Global de los Delirios Esta puntuación estará basada la duración y persistencia de los delirios y su efecto en la vida del paciente.	2

### **CONDUCTA EXTRAVAGANTE O EXTRAÑA**

21. Vestidos y Apariencias El paciente viste de una forma inusual y/o con cosas extrañas que alteran su apariencia.	-
22. Conducta Social y Sexual El paciente hace cosas consideradas inapropiadas de acuerdo con las normas sociales vigentes (p. ej. Masturbarse en público)	-
23. Conducta Agresiva o Agitada El paciente se comporta de una manera agresiva, agitada y a menudo impredecible.	-
24. Conducta Repetitiva o Estereotipada El paciente muestra un conjunto de actos repetitivos o rituales que ejecuta una y otra vez.	-
25. Puntuación Global de la Conducta Extravagante Esta puntuación deberá reflejar el tipo de conducta y el grado en que se desvía de las normas sociales.	-

### **TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO**

26. Desrealismo (Desrealización) El paciente habla de forma que sus ideas desembocan en otras ideas relacionadas o no.	3
27. Tangencialidad El paciente contesta a las preguntas de manera indirecta, tangencial, cuya significación y adecuación son irrelevantes.	3
28. Incoherencia Forma de hablar básicamente incomprensible.	2
29. Pensamiento ilógico Forma de hablar en la que las circunstancias son elaboradas de una manera ilógica.	1
30. Circunstancialidad Una forma de hablar muy indirecta, que tarda en llegar a su meta final.	3
31. Taquilalia El habla del paciente es rápida y difícil de interrumpir, la cantidad el habla producida es mayor que la que es considerada normal.	4
32. Asíndesis El paciente es distraído por un estímulo insignificante que interrumpe el curso de su lenguaje.	1
33. Asociación de sonidos Habla en la que los sonidos, más que su significado, gobiernan la elección de las palabras.	2
34. Puntuación Global del Desorden Formal del Pensamiento Esta puntuación deberá reflejar la frecuencia y grado de anormalidad que afecta la capacidad del paciente para comunicarse.	3