



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES



Centro de  
Referencia  
Estatal de  
Atención  
Psicosocial

# Guía de Buenas Prácticas en Intervención Cognitivo- Conductual para Personas con Trastorno Mental Grave: Estándares y Aplicación del Modelo Centrado en la Persona en el Ámbito de la Rehabilitación Psicosocial

---

IMSERSO. MAYO 2026



## CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CREAP)

EDITA:

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Imserso (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)

<https://creap.imserso.es/documents/20123/924348/20260520-guia-tcc-tmg-rehabilitacion-psicosocial-2026.pdf>

<https://cpage.mpr.gob.es/>

NIPO: 235-26-009-6

Fecha edición: 2026

AUTORES

### **Jorge Marredo Rosa**

*Psicólogo investigador. Coordinador del área de Gestión del Conocimiento del Centro Estatal de Atención Psicosocial, que presta sus servicios en el Creap a través de Grupo 5 Acción y Gestión Social S.A.U.*

COORDINACIÓN Y REVISIÓN

### **Jorge Marredo Rosa y Juan Lázaro Mateo**

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

### **Jorge Marredo Rosa** siguiendo las guías de estilo de Imserso

Para la edición del manuscrito final de este manual, mejorar la coherencia general, legibilidad de este y la traducción de algunos términos se usó el modelo LLM Claude 4.6 Sonnet de Anthropic.

Las figuras utilizadas en este documento fueron generadas con inteligencia artificial mediante el modelo LLM Gemini 3.1. Pro de Google, por lo que carecen de derechos de copyright ya que la plataforma permite el uso de las imágenes generadas sin restricciones de derechos de autor.

La información está actualizada a fecha de redacción de la guía, en mayo de 2026.

Esta guía se ha redactado con los principios del lenguaje inclusivo, también del lenguaje no estigmatizante, así como de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.



# Índice

ÍNDICE .....	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS .....	10
NOTA EDITORIAL.....	11
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS .....	13
MARCO CONCEPTUAL: EL MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS COMO FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	14
1.1. Posicionamiento del manual en la Serie de Rehabilitación Psicosocial .....	15
1.2. El trastorno mental grave: delimitación funcional orientada a la intervención cognitivo-conductual.....	17
1.3. El modelo de vulnerabilidad-estrés aplicado a la rehabilitación psicosocial .....	20
1.4. La TCC como herramienta de modulación de la interacción vulnerabilidad-estrés-protección .....	24
EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA TCC EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE: ALCANCE, EFICACIA, MODERADORES Y LÍMITES.....	28
2.1. TCC en psicosis: esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico.....	29
2.2. TCC en trastorno bipolar .....	33
2.3. TCC en depresión resistente al tratamiento .....	35
2.4. TCC en trastornos de personalidad graves .....	37
2.5. Síntesis transversal: patrones comunes, moderadores compartidos y fronteras de la evidencia .....	40
EVALUACIÓN ORIENTADA A LA INTERVENCIÓN TCC: BPRS, GAF, LSP Y CAN.....	44
3.1. La evaluación como fundamento del plan de intervención TCC: principios generales	45
3.2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) .....	47
3.3. Global Assessment of Functioning (GAF) .....	50
3.4. Life Skills Profile (LSP) .....	53
3.5. Camberwell Assessment of Need (CAN) .....	55
3.6. Matrices de correspondencia entre instrumentos y áreas de intervención TCC .....	59
DEL PERFIL EVALUATIVO AL PLAN DE INTERVENCIÓN TCC: ALGORITMOS DE DECISIÓN, OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y PLANTILLAS ESTANDARIZADAS .....	63
4.1. Algoritmos de decisión clínica para la intervención cognitivo-conductual .....	64
4.2. Formulación de objetivos terapéuticos TCC mediante metodología SMART .....	70
4.3. Plantillas estandarizadas para el plan de intervención TCC .....	74
ESTRUCTURA Y PLANIFICACIÓN DE SESIONES TCC EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	81
5.1. Estructura tipo de una sesión TCC adaptada al trastorno mental grave .....	82
5.2. Adaptaciones esenciales de la sesión TCC al contexto del TMG .....	86



5.3. Planificación de la secuencia completa de sesiones: fases de la intervención TCC .....	89
5.4. Herramientas de planificación.....	94
TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES NUCLEARES ADAPTADAS AL TRASTORNO MENTAL GRAVE .....	99
6.1. Reestructuración cognitiva adaptada al TMG .....	100
6.2. Activación conductual .....	103
6.3. Entrenamiento en resolución de problemas.....	107
6.4. Técnicas de relajación y manejo de la activación .....	109
6.5. Prevención de recaídas.....	112
6.6. Psicoeducación cognitivo-conductual .....	115
INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PSICOSIS: PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS .....	120
7.1. Fundamentos de la TCC para psicosis: principios específicos y diferenciación respecto a la TCC estándar.....	121
7.2. TCC para delirios.....	123
7.3. TCC para alucinaciones auditivas .....	127
7.4. Intervenciones para sintomatología negativa .....	131
7.5. Intervención en desorganización del pensamiento y la conducta .....	135
TCC APLICADA A LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL: HABILIDADES SOCIALES, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INTEGRACIÓN COMUNITARIA .....	138
8.1. Entrenamiento en habilidades sociales con base cognitivo-conductual.....	139
8.2. Resolución de problemas aplicada a situaciones de la vida cotidiana .....	142
8.3. Exposición gradual a contextos comunitarios .....	144
8.4. Intervención sobre cogniciones disfuncionales que limitan la participación.....	146
8.5. Integración del trabajo funcional con el plan de intervención TCC y el PAI .....	148
SITUACIONES CLÍNICAS COMPLEJAS Y ADAPTACIONES.....	151
9.1. Dificultades en la adherencia a la intervención TCC .....	152
9.2. Consumo de sustancias comórbido.....	154
9.3. Fluctuación sintomática significativa entre sesiones .....	157
9.4. Riesgo de crisis durante la intervención.....	158
9.5. Déficits cognitivos marcados .....	160
9.6. Rechazo del modelo cognitivo por parte de la persona .....	162
9.7. Conflictos con el equipo o la familia respecto a la intervención.....	164
9.8. Adaptaciones por diagnóstico específico .....	164
INDICADORES DE CALIDAD, FIDELIDAD AL MODELO Y MONITORIZACIÓN DE RESULTADOS .....	168
10.1. Sistema de indicadores específicos para la intervención TCC en rehabilitación psicosocial .....	169
10.2. Fidelidad al modelo: evaluación de la competencia terapéutica.....	174



10.3. Herramientas de monitorización sesión a sesión.....	177
10.4. Informes de resultados y rendición de cuentas .....	180
COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS, BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN .....	184
11.1. El rol del terapeuta TCC en el equipo multidisciplinar de rehabilitación psicosocial.....	185
11.2. Coordinación específica para el componente TCC en la red de servicios .....	187
11.3. Barreras para la implementación de la TCC en rehabilitación psicosocial .....	191
11.4. Facilitadores y estrategias de implementación .....	193
ESTUDIOS DE CASO INTEGRADORES .....	198
12.1. Caso 1: Persona con esquizofrenia paranoide, sintomatología positiva persistente y aislamiento social.....	199
12.2. Caso 2: Persona con trastorno bipolar tipo I, múltiples hospitalizaciones y dificultades de adherencia.....	204
12.3. Caso 3: Persona con depresión resistente al tratamiento, desesperanza crónica y deterioro funcional grave.....	207
12.4. Caso 4: Persona con trastorno límite de personalidad grave, desregulación emocional e historial de rupturas terapéuticas .....	211
12.5. Direcciones futuras de la intervención cognitivo-conductual en rehabilitación psicosocial .....	214
GLOSARIO DEL VOLUMEN III.....	218
Listado de referencias bibliográficas .....	226
APÉNDICE A. PLANTILLAS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN TCC .....	237
A.1. Plantilla de formulación cognitivo-conductual del caso .....	237
A.2. Plantilla del plan de intervención TCC.....	239
A.3. Plantilla de integración del plan TCC en el PAI .....	242
A.4. Ejemplo cumplimentado de plan TCC.....	243
APÉNDICE B. MATRICES DE CORRESPONDENCIA INSTRUMENTOS—OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN .....	247
B.1. Matriz BPRS → áreas prioritarias de intervención TCC .....	248
B.2. Matriz GAF → intensidad y formato de intervención .....	249
B.3. Matriz LSP → objetivos funcionales de intervención.....	251
B.4. Matriz CAN → necesidades no cubiertas abordables mediante TCC.....	252
B.5. Matriz integrada de perfil evaluativo global → línea de intervención prioritaria.....	254
B.6. Integración de las cuatro matrices en un perfil evaluativo global orientado a la planificación TCC .....	255
APÉNDICE C. ALGORITMOS DE DECISIÓN CLÍNICA EN FORMATO VISUAL.....	257
Presentación del apéndice .....	257
C.1. Algoritmo de selección de la línea de intervención TCC .....	257
C.2. Algoritmo de secuenciación de intervenciones .....	258

C.3. Algoritmo de determinación de intensidad .....	259
C.4. Algoritmo de modificación en curso del tratamiento .....	260
C.5. Algoritmo de integración con farmacoterapia .....	261
C.6. Algoritmo de respuesta ante no realización de tareas entre sesiones .....	262
C.7. Algoritmo de respuesta ante inasistencia recurrente a sesiones.....	263
C.8. Algoritmo de respuesta ante consumo comórbido de sustancias .....	264
C.9. Algoritmo de respuesta ante crisis o empeoramiento agudo .....	265
C.10. Algoritmo de respuesta ante déficits cognitivos marcados .....	266
APÉNDICE D. GUÍA OPERATIVA DE REVISIÓN DE FIDELIDAD DEL MODELO TCC EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....	269
D.1. Estructura general de la guía .....	270
D.2. Sistema de puntuación.....	271
D.3. Dominio 1 — Formulación del caso .....	272
D.4. Dominio 2 — Estructura de sesión.....	273
D.5. Dominio 3 — Adecuación técnica .....	273
D.6. Dominio 4 — Adaptación específica al TMG.....	274
D.7. Dominio 5 — Integración con el PAI y con el equipo .....	276
D.8. Dominio 6 — Monitorización y revisión del proceso .....	277
D.9. Hoja resumen de puntuación.....	278
D.10. Instrucciones de uso .....	278
D.11. Ejemplo breve de aplicación .....	279
Nota de cierre del apéndice .....	280
APÉNDICE E. PLANTILLAS DE PLANIFICACIÓN DE SESIÓN Y SECUENCIA DE INTERVENCIÓN .....	281
E.1. Plantilla de planificación de sesión individual.....	282
E.2. Plantilla de secuencia completa de intervención .....	284
E.3. Registro breve post-sesión .....	286
E.4. Ejemplo cumplimentado de secuencia de intervención .....	287
E.5. Recomendaciones de uso transversal del apéndice.....	291



## Índice de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
<b>Tabla 1.1. Relación funcional entre los tres primeros volúmenes de la Serie RPS</b>	3
<b>Tabla 1.2. Ejes de inclusión en la categoría de TMG</b>	4
<b>Tabla 1.3. Variables moduladoras de la respuesta a la TCC en TMG</b>	5
<b>Tabla 1.4. Componentes del modelo de vulnerabilidad-estrés</b>	6
<b>Tabla 1.5. Matriz clínica orientativa de vulnerabilidad, estresores, protección e implicaciones TCC por perfil diagnóstico</b>	7
<b>Tabla 1.6. Traducción clínica del modelo de vulnerabilidad-estrés a dianas TCC</b>	9
<b>Tabla 2.1. Síntesis operativa de la evidencia de TCC en psicosis por dominio de resultado</b>	13
<b>Tabla 2.2. Moderadores clínicos de respuesta en psicosis</b>	14
<b>Tabla 2.3. Posición de las guías clínicas sobre TCC para psicosis</b>	14
<b>Tabla 2.4. Principales límites metodológicos de la literatura sobre TCC en psicosis</b>	14
<b>Tabla 2.5. Traducción práctica de la evidencia: qué esperar y qué no prometer</b>	22
<b>Tabla 3.1. Criterios de selección de instrumentos para este capítulo</b>	25
<b>Tabla 3.2. Lectura clínica de la BPRS orientada a TCC</b>	27
<b>Tabla 3.3. Lectura operativa de la GAF para planificación TCC</b>	29
<b>Tabla 3.4. Correspondencia entre dimensiones LSP/LSP-20 y áreas TCC</b>	30
<b>Tabla 3.5. Lectura de la CAN orientada a TCC</b>	32
<b>Tabla 4.1. Ejemplos SMART para sintomatología positiva</b>	41
<b>Tabla 4.2. Ejemplos SMART para sintomatología negativa</b>	41
<b>Tabla 4.3. Ejemplos SMART para funcionamiento social y AVD</b>	41
<b>Tabla 4.4. Ejemplos SMART para prevención de recaídas</b>	42
<b>Tabla 4.5. Ejemplos SMART para cogniciones transversales</b>	42
<b>Tabla 5.1. Estructura tipo de una sesión TCC adaptada al TMG</b>	52

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
<b>Tabla 5.2. Adaptaciones esenciales de la sesión TCC al TMG</b>	54
<b>Tabla 5.3. Fases de la intervención TCC y criterios orientativos</b>	57
<b>Tabla 5.4. Criterios orientativos de extensión o acortamiento</b>	57
<b>Tabla 6.1. Síntesis rápida de técnicas nucleares adaptadas al TMG</b>	75
<b>Tabla 7.1. Condiciones de un buen experimento conductual en delirios</b>	81
<b>Tabla 7.2. Trabajo directo con delirios: cuándo sí y cuándo no de inicio</b>	82
<b>Tabla 7.3. Monitorización en trabajo con delirios</b>	82
<b>Tabla 7.4. Voces: cuándo priorizar afrontamiento y cuándo trabajar creencias</b>	84
<b>Tabla 7.5. Monitorización en trabajo con voces</b>	84
<b>Tabla 7.6. Sintomatología negativa: cuándo esperar más y cuándo menos de la TCC</b>	86
<b>Tabla 7.7. Monitorización en sintomatología negativa</b>	87
<b>Tabla 7.8. Desorganización: señales de que la TCC debe volverse predominantemente externa y conductual</b>	88
<b>Tabla 8.1. Problema predominante y foco principal de intervención en habilidades sociales</b>	93
<b>Tabla 8.2. Trabajo in vivo: niveles de apoyo</b>	94
<b>Tabla 8.3. Secuencia de exposición comunitaria</b>	95
<b>Tabla 8.4. Diferenciación clínica de cogniciones que limitan la participación</b>	97
<b>Tabla 8.5. Correspondencia entre objetivos funcionales TCC y formulación en el PAI</b>	98
<b>Tabla 8.6. Registro funcional mínimo</b>	98
<b>Tabla 9.1. Lectura clínica de la tarea no realizada</b>	102
<b>Tabla 9.2. Participación pasiva en sesión: lectura diferencial</b>	104
<b>Tabla 9.3. Algoritmo práctico en consumo comórbido</b>	105
<b>Tabla 9.4. Estado de entrada y tipo de sesión recomendable</b>	106
<b>Tabla 9.5. Protocolo de actuación ante crisis en sesión</b>	108



<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
<b>Tabla 9.6. Umbral de no viabilidad temporal de la TCC</b>	<b>110</b>
<b>Tabla 9.7. Tipos de rechazo y adaptación correspondiente</b>	<b>111</b>
<b>Tabla 9.8. Algoritmo integrador de respuesta clínica</b>	<b>114</b>
<b>Tabla 10.1. Indicadores de estructura del componente TCC</b>	<b>118</b>
<b>Tabla 10.2. Indicadores de proceso del componente TCC</b>	<b>119</b>
<b>Tabla 10.3. Indicadores de resultado del componente TCC</b>	<b>120</b>
<b>Tabla 10.4. Uso adaptado de la CTS-R en TMG</b>	<b>121</b>
<b>Tabla 10.5. Estándares mínimos de competencia en TCC para TMG</b>	<b>122</b>
<b>Tabla 10.6. Indicadores breves de sesión según tipo de problema</b>	<b>123</b>
<b>Tabla 10.7. Estructura mínima del registro estandarizado de sesión</b>	<b>124</b>
<b>Tabla 10.8. Sistema de alertas y respuesta recomendada</b>	<b>125</b>
<b>Tabla 10.9. Estructura operativa del informe de resultados</b>	<b>126</b>
<b>Tabla 10.10. Ciclo de mejora continua del componente TCC</b>	<b>127</b>
<b>Tabla 11.1. Funciones del terapeuta TCC en rehabilitación psicosocial</b>	<b>130</b>
<b>Tabla 11.2. Protocolo mínimo de derivación interna a TCC</b>	<b>132</b>
<b>Tabla 11.3. Qué debe preservarse en una transición del componente TCC</b>	<b>133</b>
<b>Tabla 11.4. Matriz de comunicación interservicios del componente TCC</b>	<b>134</b>
<b>Tabla 11.5. Tipología de barreras y nivel principal de respuesta</b>	<b>135</b>
<b>Tabla 11.6. Aplicación pragmática del CFIR a la TCC en rehabilitación psicosocial</b>	<b>136</b>
<b>Tabla 11.7. Barreras, estrategias y responsables</b>	<b>137</b>
<b>Tabla 12.1. Perfil evaluativo inicial del Caso 1</b>	<b>142</b>
<b>Tabla 12.2. Resultados pre-post del Caso 1</b>	<b>144</b>
<b>Tabla 12.3. Perfil evaluativo inicial del Caso 2</b>	<b>146</b>
<b>Tabla 12.4. Resultados pre-post del Caso 2</b>	<b>148</b>



<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
<b>Tabla 12.5. Perfil evaluativo inicial del Caso 3</b>	149
<b>Tabla 12.6. Resultados pre-post del Caso 3</b>	151
<b>Tabla 12.7. Perfil evaluativo inicial del Caso 4</b>	152
<b>Tabla 12.8. Resultados pre-post del Caso 4</b>	154
<b>Tabla B.1. Correspondencia entre hallazgos BPRS y áreas de intervención TCC</b>	174
<b>Tabla B.2. Correspondencia entre rango GAF e intensidad/formato de intervención</b>	176
<b>Tabla B.3. Correspondencia entre dimensiones LSP y objetivos funcionales TCC</b>	177
<b>Tabla B.4. Correspondencia entre necesidades CAN y pertinencia del componente TCC</b>	178
<b>Tabla B.5. Perfil evaluativo integrado y línea inicial de intervención TCC</b>	180

## Índice de figuras

<b>Número</b>	<b>Título de la Figura</b>	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b>	<i>Algoritmo de selección de la línea de intervención TCC</i>	257
<b>Figura 2</b>	<i>Algoritmo de secuenciación de intervenciones</i>	258
<b>Figura 3</b>	<i>Algoritmo de determinación de intensidad</i>	259
<b>Figura 4</b>	<i>Algoritmo de modificación en curso del tratamiento</i>	260
<b>Figura 5</b>	<i>Algoritmo de integración con farmacoterapia</i>	261
<b>Figura 6</b>	<i>Algoritmo de respuesta ante no realización de tareas entre sesiones</i>	262
<b>Figura 7</b>	<i>Algoritmo de respuesta ante inasistencia recurrente a sesiones</i>	263
<b>Figura 8</b>	<i>Algoritmo de respuesta ante consumo comórbido de sustancias</i>	264
<b>Figura 9</b>	<i>Algoritmo de respuesta ante crisis o empeoramiento agudo</i>	265
<b>Figura 10</b>	<i>Algoritmo de respuesta ante déficits cognitivos marcados</i>	266
<b>Figura 11</b>	<i>Algoritmo de respuesta ante rechazo del modelo cognitivo</i>	267



## Nota editorial

Esta serie de publicaciones técnicas del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental grave (Creap) nace con una finalidad doble: ofrecer un marco conceptual sólido para la intervención en trastorno mental grave y, al mismo tiempo, traducir ese marco a procedimientos, herramientas y decisiones clínico-organizativas aplicables en la práctica real. Su vocación no es únicamente académica ni exclusivamente asistencial. Aspira a ocupar el punto de encuentro entre ambas: el lugar en que la reflexión rigurosa sobre modelos, evidencia y métodos se convierte en apoyo técnico útil para los equipos que trabajan en recursos de rehabilitación psicosocial.

En ese contexto, este volumen, titulado *Guía de Buenas Prácticas en Intervención Cognitivo-Conductual para Personas con Trastorno Mental Grave: Estándares y Aplicación del Modelo Centrado en la Persona en el Ámbito de la Rehabilitación Psicosocial*, debe leerse como el Volumen III de una arquitectura deliberadamente progresiva.

El Volumen I asentó el marco general del Plan de Atención Individualizada (PAI) y del Modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona, definiendo la lógica de evaluación, formulación de objetivos, coordinación y seguimiento que debe estructurar la intervención rehabilitadora. Allí se estableció una idea básica para toda la serie: la intervención no puede organizarse exclusivamente desde el diagnóstico ni desde la oferta estándar del recurso, sino desde la articulación entre necesidades, funcionamiento, apoyos, objetivos vitales y contexto de vida de la persona.

El Volumen II desarrolló esa lógica en el terreno del diseño de programas grupales evaluables, mostrando cómo traducir el marco del PAI a dispositivos estructurados de intervención colectiva, con claridad en sus objetivos, secuencia, evaluación y criterios de calidad. Ese volumen permitió ampliar la mirada desde el plan individual hacia la construcción de programas técnicamente fundamentados, transferibles y revisables.

El presente Volumen III da un paso más en esa misma secuencia. Su objeto no es sustituir lo ya desarrollado en los dos volúmenes anteriores, sino complementarlo y especificarlo. Si el Volumen I definía el marco organizador y el Volumen II mostraba cómo estructurar programas grupales, este volumen se centra en la intervención cognitivo-conductual (TCC) como componente terapéutico específico dentro del PAI y dentro del proceso general de rehabilitación psicosocial.

Esa precisión era necesaria. En la práctica asistencial, la TCC suele ocupar una posición ambivalente. En algunos contextos se la presenta como técnica universal, casi autosuficiente, capaz de responder por sí sola a la complejidad del trastorno mental grave. En otros, se la reduce a un conjunto de procedimientos útiles solo en escenarios ambulatorios muy seleccionados o se la considera difícilmente aplicable en recursos de rehabilitación, donde las necesidades funcionales, sociales y organizativas parecen desbordar su alcance. Este volumen se sitúa deliberadamente fuera de ambos extremos.

La tesis que organiza el libro es clara: la TCC puede y debe desempeñar un papel relevante en la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave, pero solo cuando se entiende como una intervención adaptada al perfil clínico-funcional de la persona, integrada en el PAI, coordinada con el resto del equipo y orientada no solo a la reducción sintomática, sino también a la mejora del funcionamiento, la prevención de recaídas, la participación comunitaria y la recuperación personal.

Por eso, este volumen no aborda la TCC como una psicoterapia aislada del contexto asistencial ni como un repertorio de técnicas desancladas de la vida cotidiana. La aborda como una tecnología clínica insertada en una red rehabilitadora, que exige evaluación específica, formulación compartida, selección rigurosa de objetivos, adaptación al TMG, coordinación entre profesionales, monitorización de resultados y criterios explícitos de calidad e implementación.

Esta orientación explica la propia estructura del libro. Los primeros capítulos sitúan el marco conceptual y la evidencia disponible; los siguientes desarrollan la evaluación y la planificación de la intervención; después se abordan la estructura de sesiones, las técnicas nucleares, la intervención específica en psicosis y la rehabilitación funcional; finalmente, se trabajan las adaptaciones a situaciones clínicas complejas, los indicadores de calidad, las condiciones de implementación y varios estudios de caso integradores. El propósito no es ofrecer un tratado abstracto sobre la TCC, sino un manual de buenas prácticas que permita al profesional avanzar desde la comprensión del modelo hasta la toma de decisiones clínicas concretas.

Esta Nota editorial quiere subrayar, además, una convicción compartida por los tres volúmenes: la rehabilitación psicosocial no puede sostenerse sobre dicotomías pobres. No se trata de elegir entre atención centrada en la persona y rigor técnico, entre intervención clínica y apoyo comunitario, entre evaluación estructurada y flexibilidad, o entre tratamiento de síntomas y recuperación. La tarea consiste, precisamente, en articular estos planos sin diluir ninguno. Este volumen se inscribe en esa exigencia.

Leído desde esa perspectiva, el Volumen III no representa una ruptura con los anteriores, sino su desarrollo necesario. Allí donde el Volumen I definió el marco del plan y el Volumen II mostró cómo estructurar programas grupales, este volumen aborda la pregunta por cómo intervenir cognitivo-conductualmente con precisión, continuidad y sentido rehabilitador en personas con necesidades complejas y trayectorias de larga duración.

Ese es, en última instancia, el lugar que este libro quiere ocupar dentro de la Serie RPS: no el de una pieza autónoma, sino el de un volumen que completa la lógica de la serie al introducir, con el mayor grado posible de claridad técnica y prudencia clínica, el componente cognitivo-conductual dentro del modelo general de rehabilitación psicosocial centrada en la persona.

## Índice de acrónimos

- ACT** — *Acceptance and Commitment Therapy*
- APA** — *American Psychiatric Association*
- AVD** — *Actividades de la Vida Diaria*
- BPRS** — *Brief Psychiatric Rating Scale*
- CAN** — *Camberwell Assessment of Need*
- CANFOR** — *Camberwell Assessment of Need – Forensic Version*
- CANMAT** — *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*
- CBT** — *Cognitive Behavioral Therapy*
- CBTp** — *Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis*
- CFIR** — *Consolidated Framework for Implementation Research*
- CGI** — *Clinical Global Impression*
- CTS-R** — *Cognitive Therapy Scale – Revised*
- DBT** — *Dialectical Behavior Therapy*
- GAF** — *Global Assessment of Functioning*
- IC** — *Intervalo de Confianza*
- LSP** — *Life Skills Profile*
- LSP-20** — *Life Skills Profile, versión abreviada de 20 ítems*
- NICE** — *National Institute for Health and Care Excellence*
- PAI** — *Plan de Atención Individualizada*
- PANSS** — *Positive and Negative Syndrome Scale*
- PORT** — *Patient Outcomes Research Team*
- ROM** — *Routine Outcome Monitoring*
- RV** — *Realidad Virtual*
- Serie RPS** — *Serie de Rehabilitación Psicosocial*
- SMART** — *Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*
- TCC** — *Terapia Cognitivo-Conductual*
- TFP** — *Trastorno del Espectro Psicótico*
- TMG** — *Trastorno Mental Grave*
- TO** — *Terapia Ocupacional / Terapeuta Ocupacional*
- WHODAS 2.0** — *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*
- WHO** — *World Health Organization*



# 1

## Marco conceptual: el modelo de vulnerabilidad-estrés como fundamento de la intervención cognitivo-conductual en rehabilitación psicosocial

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de situar este volumen dentro de la Serie de Rehabilitación Psicosocial y precisar su relación con los Volúmenes I y II; delimitar el trastorno mental grave (TMG) desde una perspectiva funcional orientada a la intervención cognitivo-conductual; explicar el modelo de vulnerabilidad-estrés en sus formulaciones clásicas y en su reformulación rehabilitadora; identificar la interacción entre vulnerabilidad, estresores y factores protectores como proceso clínico continuo; y justificar por qué la terapia cognitivo-conductual (TCC) constituye una herramienta especialmente adecuada para modular esa interacción al servicio de la recuperación, la autonomía y la participación comunitaria. La Organización Mundial de la Salud sitúa la transformación de los servicios comunitarios de salud mental en torno a enfoques centrados en la persona, basados en derechos, orientados a recuperación e integrados con la inclusión social y la participación comunitaria; además, la revisión de [van Genk et al. \(2023\)](#) sintetiza que la atención comunitaria para personas con enfermedad mental grave y necesidades complejas se apoya en combinaciones de atención clínica, apoyos psicosociales, trabajo en red, continuidad asistencial y orientación a la recuperación ([World Health Organization \[WHO\], 2021; van Genk et al., 2023](#)).

### Resumen inicial

Este volumen ocupa una posición específica dentro de la Serie de Rehabilitación Psicosocial. Si el Volumen I fijó el marco del Plan de Atención Individualizada (PAI) y del Modelo de Atención

Integrada Centrada en la Persona, y el Volumen II desarrolló la lógica del diseño, secuenciación y evaluación de programas grupales, el presente manual se sitúa en un plano más focalizado: el de la intervención cognitivo-conductual como componente técnico específico dentro de itinerarios rehabilitadores complejos. No partimos aquí de una psicoterapia concebida como recurso autosuficiente ni de una rehabilitación entendida como suma indiferenciada de apoyos, sino de una integración deliberada entre formulación clínica, técnicas cognitivo-conductuales, metas funcionales y proyecto vital. Esa articulación es coherente con la orientación comunitaria, centrada en la persona y basada en derechos defendida por la OMS, así como con la literatura reciente sobre salud mental comunitaria para personas con trastorno mental grave y necesidades de apoyo complejas (WHO, 2021; van Genk et al., 2023).

El hilo conductor del capítulo es el modelo de vulnerabilidad-estrés. Aunque surgió como formulación psicopatológica, sigue siendo un marco clínicamente fértil para comprender por qué personas con diferente predisposición, diferentes recursos y distinta exposición ambiental responden de manera desigual a contingencias similares. En este volumen sostendremos una tesis central: en rehabilitación psicosocial, la TCC debe entenderse menos como técnica de reducción sintomática aislada y más como un conjunto de procedimientos estructurados para ayudar a la persona a identificar, interpretar y modular la interacción entre vulnerabilidades, estresores y factores protectores en contextos reales de vida. La orientación a la recuperación, además, no puede reducirse a una declaración programática, sino que requiere prácticas, instrumentos y culturas de servicio coherentes, como muestran tanto la revisión sistemática de medidas de orientación a la recuperación de Leamy et al. (2023) como la síntesis de principios de servicios orientados a la recuperación (*recovery-oriented*) realizada por Subandi et al. (2023).

### Palabras clave

*Trastorno mental grave; rehabilitación psicosocial; modelo de vulnerabilidad-estrés; intervención cognitivo-conductual; recuperación personal; atención centrada en la persona; factores protectores; estresores; formulación clínica; funcionamiento psicosocial.*

## 1.1. Posicionamiento del manual en la Serie de Rehabilitación Psicosocial

### 1.1.1. Relación con el Volumen I: el Plan de Atención Individualizado y el Modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona como marco de referencia

Este volumen se apoya directamente en el Volumen I. Allí se estableció que la atención en rehabilitación psicosocial debe organizarse alrededor de la persona, no exclusivamente del diagnóstico, y que el PAI constituye la herramienta que articula evaluación, objetivos, apoyos, responsables y seguimiento. El presente volumen no sustituye ese marco. Lo especifica. La TCC aparece aquí como uno de los componentes clínicos que pueden insertarse dentro del PAI



cuando el perfil clínico-funcional de la persona justifica una intervención cognitivo-conductual estructurada. Esta lectura encaja con la guía OMS de 2021, que sitúa los enfoques centrados en la persona y basado en derechos como base de la transformación de servicios, no como un añadido retórico.

### **1.1.2. Relación con el Volumen II: articulación de la intervención TCC con el diseño de programas grupales evaluables**

La continuidad con el Volumen II también es directa. Aquel volumen mostró que la intervención rehabilitadora requiere diseño programático, objetivos verificables, secuenciación lógica y evaluación explícita. Este volumen comparte esa lógica, pero la desplaza al terreno de la intervención clínica cognitivo-conductual, tanto individual como grupal. Muchas líneas de trabajo cognitivo-conductual —psicoeducación, habilidades sociales, activación conductual, resolución de problemas, prevención de recaídas— pueden desarrollarse en formato grupal, pero su indicación, adaptación y profundidad dependen con frecuencia de una formulación individual. Por eso, este volumen no compite con el Volumen II: lo afina y lo complementa.

### **1.1.3. Alcance y límites del presente volumen: la TCC como componente terapéutico específico dentro del PAI**

El alcance de este volumen debe definirse con precisión. Su propósito no es presentar la TCC como solución universal para cualquier forma de TMG, ni importarla sin ajustes desde contextos ambulatorios convencionales. Tampoco pretende diluir la especificidad técnica en un discurso genérico sobre recuperación. Su objetivo es describir cómo una intervención cognitivo-conductual rigurosa puede integrarse dentro del PAI como componente terapéutico diferenciado, coordinado con otros apoyos y orientado a problemas clínicos y funcionales concretos. La OMS subraya que la reforma de las políticas y planes estratégicos de salud mental requiere actuar sobre áreas clave como gobernanza, organización de servicios, fuerza laboral, financiación, información, determinantes sociales y articulación intersectorial, lo que refuerza la idea de que ninguna intervención psicológica debe pensarse aisladamente del entramado asistencial, comunitario y social (WHO, 2025).

Esta delimitación también protege a la TCC de dos usos problemáticos. El primero consiste en presentarla como una técnica autosuficiente, capaz de responder por sí sola a necesidades clínicas, sociales y funcionales que exigen coordinación más amplia. El segundo consiste en reducirla a un recurso accesorio, sin estructura propia, absorbido por una intervención rehabilitadora genérica. En este manual, la TCC se sitúa en un punto intermedio: como componente clínico específico, técnicamente reconocible, pero integrado en un plan individualizado que debe dialogar con apoyos comunitarios, intervención farmacológica, red familiar o natural, necesidades sociales y condiciones materiales de vida. Esta lectura es coherente con el enfoque de servicios comunitarios centrados en la persona y basados en derechos defendido por la OMS, así como con revisiones recientes sobre atención comunitaria para personas con enfermedad mental grave (WHO, 2021; van Genk et al., 2023).



**Tabla 1.1. Relación funcional entre los tres primeros volúmenes de la Serie RPS**

Volumen	Foco principal	Unidad de organización	Función dentro de la serie	Relación con la TCC
<b>Volumen I</b>	PAI y Modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona	La persona y su plan global	Marco de referencia clínico-organizativo	Sitúa la TCC como componente posible dentro del PAI
<b>Volumen II</b>	Diseño, secuenciación y evaluación de programas grupales	El programa estructurado	Ofrece lógica programática y evaluativa	Permite integrar procedimientos TCC en formatos grupales
<b>Volumen III</b>	Intervención cognitivo-conductual en TMG	El componente terapéutico específico	Aporta formulación, técnicas, secuencia y criterios de implementación	Desarrolla la TCC como herramienta clínica integrada en rehabilitación

## 1.2. El trastorno mental grave: delimitación funcional orientada a la intervención cognitivo-conductual

### 1.2.1. Criterios de inclusión en la categoría de TMG: diagnóstico, duración y discapacidad funcional

En este manual utilizaremos la categoría de trastorno mental grave (TMG) en un sentido deliberadamente funcional y rehabilitador. Esta precisión no es menor. La literatura reciente muestra que los términos Trastorno Mental Grave (*serious mental illness* o *severe mental illness*), Trastorno Mental Grave ( ) y Trastorno mental grave y persistente (*severe and persistent mental illness*) carecen de una definición operativa plenamente estable y homogénea, tanto en investigación como en política sanitaria. [Zumstein y Riese \(2020\)](#) concluyen que se trata de un concepto parcialmente maduro, útil en la práctica, pero todavía necesitado de mayor clarificación conceptual, mientras que [Gonzales et al. \(2022\)](#) observaron que la mayoría de los estudios empíricos que emplean la etiqueta SMI ni siquiera la definen operacionalmente de forma explícita. Esta variabilidad no invalida el constructo; obliga, más bien, a explicitar el criterio de uso cada vez que se emplea.

Por ello, en el presente volumen se adopta una delimitación basada en tres ejes complementarios: gravedad clínica del trastorno, persistencia o recurrencia relevante en el tiempo, y afectación funcional sostenida que exige apoyos clínicos y psicosociales continuados. Esta tríada no pretende resolver definitivamente el debate terminológico, sino ofrecer un criterio

pragmático y clínicamente operativo para la planificación de la intervención cognitivo-conductual en contextos de rehabilitación psicosocial. Además, la relevancia del deterioro funcional no es una elección arbitraria: las definiciones normativas y administrativas revisadas por [Gonzales et al. \(2023\)](#) incorporan con mucha frecuencia el deterioro funcional o la discapacidad como criterio central de elegibilidad, precisamente porque es ese componente el que mejor conecta la categoría con necesidades reales de atención y apoyo.

Para el presente volumen, estos tres ejes pueden resumirse así:

**Tabla 1.2. Ejes de inclusión en la categoría de TMG**

Eje	Pregunta clínica	Relevancia para la TCC
<b>Diagnóstico</b>	¿Estamos ante un cuadro de suficiente gravedad y complejidad clínica?	Orienta el repertorio técnico probable
<b>Duración/curso</b>	¿Existe persistencia, recurrencia o alta vulnerabilidad a recaídas?	Justifica el enfoque longitudinal y preventivo
<b>Discapacidad funcional</b>	¿Hay afectación relevante de autonomía, participación o autorregulación?	Convierte la TCC en intervención potencialmente útil dentro de rehabilitación

La revisión de [van Genk et al. \(2023\)](#) refuerza precisamente que, en la atención comunitaria a personas con necesidades complejas, la combinación de necesidades clínicas, funcionales y de apoyo resulta más informativa que una lectura exclusivamente categorial.

### 1.2.2. Heterogeneidad clínica del espectro del TMG: esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico, trastorno bipolar, depresión resistente al tratamiento y trastornos de personalidad graves

El TMG no designa una entidad nosológica única, sino una población clínica heterogénea caracterizada por la convergencia de gravedad, persistencia y necesidad de apoyos prolongados. Precisamente por eso, su delimitación no puede descansar solo en el nombre diagnóstico. El análisis conceptual de [Zumstein y Riese \(2020\)](#) subraya que el constructo remite más a una población con necesidades complejas que a una enfermedad singular, y la revisión sistemática de [Gonzales et al. \(2022\)](#) confirma que, en la práctica investigadora, la categoría se utiliza de forma variable y con fronteras imprecisas. Desde esa perspectiva, la heterogeneidad no es un problema accidental del campo, sino un rasgo constitutivo de la propia categoría.

En este volumen se trabajará principalmente con cuatro grandes perfiles clínicos: esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico, trastorno bipolar con deterioro funcional relevante, depresión resistente al tratamiento y trastornos de personalidad graves cuando generan desregulación persistente, deterioro interpersonal significativo o necesidad de apoyos intensivos. Esta selección obedece a un criterio técnico: son perfiles en los que confluyen, con particular claridad, problemas de curso, funcionamiento, participación comunitaria y continuidad asistencial, y en los que la adaptación de la TCC resulta especialmente pertinente dentro de la rehabilitación psicosocial. En otras palabras, no se trata de agotar todas las formas

posibles de complejidad clínica, sino de delimitar el núcleo de aplicación más relevante para el propósito del manual.

### **1.2.3. Perfil funcional como eje de la planificación terapéutica: más allá del diagnóstico categorial**

En rehabilitación psicosocial, el diagnóstico constituye un punto de partida, pero no el organizador último del plan terapéutico. Lo que determina la arquitectura real de la intervención es el perfil funcional de la persona: su capacidad para sostener actividades de la vida diaria, regularse emocionalmente, participar en relaciones significativas, mantener continuidad asistencial, afrontar crisis, tolerar demandas comunitarias y utilizar los apoyos disponibles. Dos personas con la misma etiqueta diagnóstica pueden requerir planes cognitivo-conductuales radicalmente distintos si difieren en estos dominios. Esta prioridad del perfil funcional resulta coherente con la orientación contemporánea hacia servicios centrados en la persona, en los que la planificación debe atender no solo al diagnóstico, sino también a preferencias, participación, cooperación, accesibilidad, necesidades de apoyo y contexto vital (Khosravi et al., 2024; WHO, 2021).

La literatura contemporánea sobre salud mental comunitaria converge en esa dirección. La guía de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental sitúa en el centro los enfoques centrados en la persona, basados en derechos y conectados con inclusión social, vivienda, empleo, educación y participación comunitaria. La revisión de van Genk et al. (2023), por su parte, muestra que la atención comunitaria dirigida a personas con enfermedad mental grave y alto uso de servicios no puede reducirse al tratamiento clínico aislado, sino que se compone de combinaciones variables de atención clínica, apoyos psicosociales, trabajo en red, continuidad asistencial y orientación a la recuperación. Por eso, en este manual el perfil funcional no será un complemento del diagnóstico, sino el eje a partir del cual se define la indicación, la secuencia y la intensidad de la intervención TCC (van Genk et al., 2023; WHO, 2021).

### **1.2.4. Variables clínicas que modulan la respuesta a la intervención TCC: funcionamiento cognitivo, conciencia de enfermedad, motivación al cambio y contexto psicosocial**

La respuesta a la TCC en personas con TMG no depende exclusivamente del diagnóstico. La investigación reciente, especialmente en psicosis, ha desplazado la atención desde la pregunta dicotómica sobre si la terapia “funciona” hacia la cuestión más fértil de para quién, en qué condiciones y a través de qué procesos produce mejores resultados. El metaanálisis con datos individuales de Varese et al. (2025) se sitúa precisamente en esa línea al examinar modificadores del efecto de la TCC en psicosis, y sus conclusiones refuerzan una idea clínicamente decisiva: la indicación y la forma de la intervención deben calibrarse atendiendo a variables del usuario, del contexto y del proceso terapéutico, no solo al rótulo diagnóstico.

Desde esa lógica, en este manual se considerarán especialmente relevantes cuatro variables moduladoras: funcionamiento cognitivo, grado de conciencia de problema o enfermedad, motivación al cambio y contexto psicosocial. El funcionamiento cognitivo condiciona la comprensión del modelo, la utilidad de los registros, el seguimiento de la agenda y la



generalización del aprendizaje; la conciencia de problema influye en la posibilidad de construir una formulación colaborativa; la motivación al cambio modula la adherencia, la tolerancia a la frustración y la persistencia entre sesiones; y el contexto psicosocial puede facilitar o bloquear el efecto de una técnica bien elegida. La OMS ha insistido, además, en que la salud mental está profundamente imbricada con determinantes estructurales y sociales —como vivienda, pobreza, empleo y educación—, de modo que planificar una TCC ignorando esas condiciones materiales supondría reducir la intervención a un ejercicio abstracto, clínicamente elegante pero prácticamente ciego.

**Tabla 1.3. Variables moduladoras de la respuesta a la TCC en TMG**

Variable	Qué modula	Implicación clínica
Funcionamiento cognitivo	Comprensión del modelo, uso de registros, seguimiento de agenda, generalización	Obliga a adaptar lenguaje, ritmo, tareas y apoyo visual
Conciencia de problema o enfermedad	Capacidad para vincular dificultades con necesidad de cambio	Condiciona tipo de formulación y grado de empirismo colaborativo posible
Motivación al cambio	Adherencia, tolerancia a tareas, persistencia ante frustración	Puede exigir trabajo motivacional previo o simultáneo
Contexto psicosocial	Vivienda, pobreza, red de apoyo, estigma, conflictividad, acceso a recursos	Puede facilitar o bloquear el efecto de técnicas bien elegidas

La guía OMS de 2025 insiste precisamente en que la salud mental está profundamente vinculada con determinantes sociales y estructurales como vivienda, empleo, educación y pobreza. Esto refuerza la idea de que la TCC no puede planificarse ignorando el contexto material y relacional de la persona.

## 1.3. El modelo de vulnerabilidad-estrés aplicado a la rehabilitación psicosocial

### 1.3.1. Formulación original del modelo: Zubin y Spring (1977) y desarrollos posteriores de Nuechterlein y Dawson (1984)

El modelo de vulnerabilidad-estrés ocupa una posición fundacional en la comprensión de los trastornos mentales graves porque permite pensar la descompensación no como expresión lineal de una “enfermedad que actúa sola”, sino como el resultado de una interacción entre predisposiciones relativamente estables y demandas ambientales variables. Zubin y Spring (1977) propusieron que la vulnerabilidad no equivale al episodio clínico, sino a una susceptibilidad diferencial. Nuechterlein y Dawson (1984) ampliaron esta visión integrando factores biológicos, déficit de procesamiento de información, reactividad psicofisiológica, habilidades de afrontamiento y mediadores ambientales.

Su valor actual reside menos en su novedad histórica que en su potencia clínica: obliga a abandonar explicaciones totalizantes y a sustituirlas por mapas de interacción.



### 1.3.2. Componentes del modelo: vulnerabilidad biológica y psicológica, estresores ambientales y psicosociales, factores protectores personales y contextuales

Aplicado a la clínica contemporánea, el modelo de vulnerabilidad-estrés debe entenderse como una arquitectura de interacción entre predisposiciones relativamente estables, demandas ambientales variables y recursos protectores que amortiguan o modulan el impacto de esa interacción. La formulación clásica de Zubin y Spring y su ampliación por Nuechterlein y Dawson siguen siendo referencias fundacionales porque permiten abandonar explicaciones lineales del trastorno y pensar el episodio clínico como un resultado contingente de múltiples factores concurrentes. En rehabilitación psicosocial, esa formulación resulta más fértil cuando incorpora explícitamente no solo la vulnerabilidad y el estrés, sino también la constelación de factores protectores personales, relacionales y contextuales que modifican el curso, la capacidad de afrontamiento y las posibilidades reales de recuperación. Esta ampliación es coherente con la literatura reciente sobre atención comunitaria en enfermedad mental grave y con los enfoques de recuperación, derechos humanos y atención informada por trauma (Melillo et al., 2025; van Genk et al., 2023).

La inclusión de factores protectores no es una concesión retórica al lenguaje de la recuperación, sino una exigencia técnica. La guía de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental vincula la calidad de la atención con apoyos personalizados, inclusión social, respeto de derechos y conexión con recursos comunitarios. A su vez, Melillo et al. (2025) destacan que las prácticas orientadas a la recuperación e informadas por trauma pueden contribuir a desplazar los servicios hacia modelos más respetuosos con los derechos humanos y de mayor calidad asistencial. Leído desde el modelo de vulnerabilidad-estrés, esto significa que elementos como la alianza terapéutica, la estabilidad residencial, las rutinas de sueño, la red de apoyo, la continuidad asistencial o la participación ocupacional no son un “contexto externo” indiferente, sino parte del sistema de protección que modula el riesgo y la recuperación (Melillo et al., 2025; WHO, 2021).

Aplicado a la clínica, el modelo se organiza en tres grandes bloques: vulnerabilidades, estresores y factores protectores. La utilidad de esta organización no reside en convertir la complejidad del caso en una lista cerrada, sino en identificar qué elementos aumentan riesgo, qué elementos incrementan carga y qué elementos pueden amortiguar, compensar o modificar la trayectoria del problema. Esta lectura es especialmente útil en rehabilitación psicosocial porque permite formular intervenciones que no se limiten a reducir síntomas, sino que también fortalezcan condiciones de vida, redes, hábitos y recursos que hacen más viable la continuidad del proceso terapéutico (van Genk et al., 2023; WHO, 2021).

Tabla 1.4. Componentes del modelo de vulnerabilidad-estrés

Componente	Ejemplos clínicos
Vulnerabilidad	Predisposición biológica, deterioro neurocognitivo, sensibilidad al rechazo, desregulación emocional, estilos atribucionales amenazantes, historial de episodios
Estresores	Conflictos familiares, aislamiento, pobreza, consumo de sustancias, discontinuidad asistencial, demandas ocupacionales desajustadas, estigma, rutinas caóticas



Factores protectores	Alianza terapéutica, red de apoyo fiable, hábitos de sueño, competencias de afrontamiento, tratamiento integrado, estructura ocupacional con sentido, capacidad de pedir ayuda
----------------------	--

### 1.3.3. Interacción dinámica entre componentes: el equilibrio vulnerabilidad–estrés–protección como proceso continuo

La utilidad clínica del modelo no reside únicamente en inventariar componentes, sino en comprender la dinámica de su interacción. La vulnerabilidad no opera de forma automática ni constante; los estresores no tienen el mismo efecto en todas las personas ni en todos los momentos; y los factores protectores tampoco constituyen blindajes absolutos. Lo decisivo es el equilibrio cambiante entre estas dimensiones. Las revisiones recientes sobre estrés, entorno y psicosis muestran precisamente que la relación entre factores ambientales, sensibilidad al estrés, retraimiento social, trauma, recaída y aparición o intensificación de síntomas psicóticos es compleja, dinámica y dependiente de condiciones personales y contextuales (Almuqrin et al., 2023; Xenaki et al., 2024).

Una misma persona puede mantenerse relativamente estable en un entorno y desorganizarse en otro no porque haya cambiado la “naturaleza” del trastorno, sino porque se ha modificado la relación entre carga, recursos, demandas ambientales y capacidad de regulación. Esta forma de pensar el problema resulta especialmente útil en rehabilitación psicosocial porque desplaza la mirada desde la esencia diagnóstica hacia los mecanismos concretos que están manteniendo, agravando o amortiguando el malestar en el presente. En psicosis, por ejemplo, la evidencia revisada por Almuqrin et al. (2023) vincula el estrés psicosocial, la sensibilidad interpersonal y el retraimiento social con el riesgo de recaída, lo que refuerza la necesidad de evaluar no solo síntomas, sino también contexto relacional, carga ambiental y recursos de afrontamiento.

Además, esta lectura dinámica es coherente con las orientaciones contemporáneas sobre servicios comunitarios. La OMS insiste en modelos de atención que conecten cuidado clínico, contexto social y participación comunitaria, y las revisiones recientes sobre orientación a la recuperación muestran que los procesos de recuperación no se reducen a la remisión sintomática, sino que involucran esperanza, agencia, identidad, vínculos, sentido y participación efectiva en la comunidad (Leamy et al., 2023; WHO, 2021). En consecuencia, el equilibrio vulnerabilidad–estrés–protección no debe leerse solo como una ecuación de recaída, sino como una matriz clínica desde la cual es posible pensar tanto el riesgo de descompensación como las condiciones de posibilidad de la recuperación.

### 1.3.4. Reconceptualización del modelo en el marco de la rehabilitación psicosocial: de la predicción de recaídas a la promoción de la recuperación

En su uso clásico, el modelo de vulnerabilidad-estrés fue empleado con frecuencia para explicar episodios y recaídas. En rehabilitación psicosocial, esa lectura sigue siendo válida, pero resulta insuficiente. El modelo adquiere mayor potencia cuando se utiliza también para identificar qué combinaciones de apoyos, aprendizajes, hábitos, contextos y relaciones favorecen trayectorias de mayor estabilidad, autonomía y participación. Dicho de otra manera: no solo interesa qué precipita la descompensación, sino también qué permite sostener proyectos vitales menos

frágiles y más habitables. Ese desplazamiento de foco no elimina la prudencia clínica; la vuelve más útil.

Esta reconceptualización está en sintonía con la evolución internacional del campo. [Leamy et al. \(2011\)](#) ofrecieron un marco robusto de recuperación personal articulado en torno a conectividad, esperanza, identidad, sentido y empoderamiento; [Subandi et al. \(2023\)](#) mostraron que las guías recovery-oriented de distintos países convergen en principios como esperanza, autodeterminación, participación, apoyo relacional y reconocimiento de derechos; y [Melillo et al. \(2025\)](#) han reforzado recientemente la conexión entre cuidado orientado a la recuperación, enfoque informado por trauma, derechos humanos y calidad de la atención. A la luz de este desarrollo, el modelo de vulnerabilidad-estrés puede y debe utilizarse no solo para anticipar crisis, sino también para organizar intervenciones que aumenten agencia, continuidad, inclusión y capacidad real de sostener una vida con mayor margen de autodirección.

### 1.3.5. Matrices de factores de riesgo y protección por diagnóstico: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión resistente y trastornos de personalidad graves

**Tabla 1.5. Matriz clínica orientativa de vulnerabilidad, estresores, protección e implicaciones TCC por perfil diagnóstico**

Perfil clínico	Vulnerabilidades frecuentes	Estresores frecuentes	Factores protectores frecuentes	Implicaciones TCC preliminares
Esquizofrenia y espectro psicótico	Sensibilidad a amenaza, alteraciones cognitivas, episodios previos, baja tolerancia al estrés interpersonal	Privación de sueño, conflicto, aislamiento, consumo, discontinuidad asistencial	Alianza estable, afrontamiento de voces, rutinas, red fiable, actividad significativa	Normalización, afrontamiento, reducción de evitación, trabajo sobre interpretación y prevención de recaídas
Trastorno bipolar	Vulnerabilidad a cambios de ritmo, impulsividad, pobre detección de pródromos	Irregularidad de sueño, sobrecarga de objetivos, suspensión de medicación, consumo	Monitoreo temprano, adherencia, regulación de ritmos, red de apoyo	Prevención de recaídas, autorregulación, trabajo sobre adherencia y creencias sobre control
Depresión resistente	Desesperanza consolidada, pérdida de reforzadores, cronicidad, autoeficacia baja	Inactividad, aislamiento, carga somática, desgaste terapéutico acumulado	Estructura diaria, continuidad terapéutica, pequeñas experiencias de dominio, apoyo social	Activación conductual, trabajo sobre desesperanza, resolución de problemas, prevención de recaídas
Trastornos de personalidad graves	Sensibilidad al abandono, desregulación emocional, impulsividad,	Conflictos relacionales, invalidación, cambios bruscos	Encadre consistente, validación, habilidades de	Regulación emocional, prevención de crisis, trabajo sobre esquemas nucleares

	autoimagen inestable	de encuadre, soledad	regulación, red coordinada	y reparación de alianza
--	----------------------	----------------------	----------------------------	-------------------------

Esta tabla debe leerse como una guía orientativa y no como sustituto de la formulación individual. Su función es ordenar patrones frecuentes y preparar la traducción clínica que se desarrollará en capítulos posteriores.

## 1.4. La TCC como herramienta de modulación de la interacción vulnerabilidad-estrés-protección

### 1.4.1. Lógica de la intervención cognitivo-conductual dentro del modelo: fortalecer factores protectores, reducir el impacto de los estresores, compensar la vulnerabilidad

La afinidad entre el modelo de vulnerabilidad-estrés y la TCC no es accidental. Si el malestar y la discapacidad emergen de la interacción entre predisposiciones, interpretaciones, hábitos, contingencias ambientales y recursos disponibles, necesitamos una intervención capaz de operar precisamente sobre esos puntos de articulación. Desde una perspectiva contemporánea, la TCC puede entenderse como un conjunto de procedimientos orientados a modificar patrones de interpretación, sesgos atencionales, conductas de evitación, repertorios de afrontamiento y secuencias acción-emoción-consecuencia que mantienen el problema o amplifican su impacto. [Salkovskis et al. \(2023/2024\)](#) subrayan, de hecho, que una de las fortalezas históricas de la TCC reside en haber generado hipótesis explícitas sobre mecanismos de cambio y en vincular dichas hipótesis con procedimientos clínicos observables y revisables.

En términos operativos, esto significa que la TCC puede actuar en tres direcciones complementarias. Primero, fortaleciendo factores protectores, por ejemplo, mediante el entrenamiento en afrontamiento, la estructuración de rutinas, la mejora de autoeficacia o la prevención de recaídas. Segundo, reduciendo el impacto de los estresores, ya sea a través de resolución de problemas, exposición graduada, regulación de activación o relectura de situaciones amenazantes. Tercero, compensando vulnerabilidades persistentes mediante simplificación cognitiva, apoyo visual, adaptación del ritmo terapéutico o trabajo específico sobre creencias nucleares y sesgos de interpretación. La intervención no elimina mágicamente la vulnerabilidad, pero puede modificar de forma significativa la manera en que esta se activa, se mantiene o se compensa en contextos reales de vida.

### 1.4.2. Especificidad de la TCC frente a otras intervenciones psicosociales en rehabilitación: mecanismos de cambio propuestos

La TCC comparte con otras intervenciones psicosociales la orientación general hacia el funcionamiento, la autonomía y la participación, pero su especificidad no reside simplemente en su etiqueta, sino en el tipo de mecanismos de cambio que formula y trabaja de manera explícita. Frente a modelos más centrados en acompañamiento, apoyo inespecífico o contención general, la TCC interviene deliberadamente sobre procesos como interpretación de la



experiencia, inferencias amenazantes, evitación, aprendizaje de nuevas respuestas, monitorización de la propia actividad y contraste sistemático entre expectativas y resultados. [Salkovskis et al. \(2023\)](#) subrayan que una de las características distintivas de la TCC ha sido su esfuerzo por formular hipótesis explícitas sobre mecanismos de cambio y vincularlas con procedimientos clínicos observables, revisables y técnicamente enseñables.

Esta idea se vuelve aún más clara en el terreno de la psicosis. [Sheffield et al. \(2024\)](#) han propuesto una lectura de la CBTp desde el marco del procesamiento predictivo, argumentando que una parte relevante de la intervención se dirige a cómo la persona selecciona, experimenta e interpreta la información, facilitando el fortalecimiento de explicaciones alternativas y una mayor flexibilidad en la actualización de creencias. En una línea complementaria, [Akers et al. \(2025\)](#) muestran que las intervenciones cognitivo-conductuales en psicosis pueden producir cambios en esquemas negativos, especialmente en esquemas negativos sobre uno mismo, lo que ofrece una vía adicional para comprender por qué estas terapias modifican no solo contenidos concretos, sino también disposiciones psicológicas que influyen en la experiencia de amenaza, indefensión o rechazo. Esta especificidad ayuda a justificar por qué la TCC resulta especialmente valiosa cuando se integra en rehabilitación psicosocial con objetivos clínicos y funcionales bien definidos ([Akers et al., 2025](#); [Sheffield et al., 2024](#)).

En ese sentido, su valor diferencial no consiste en ser “superior” en abstracto a otras intervenciones, sino en aportar una gramática clínica particularmente útil cuando el problema central se mantiene por procesos cognitivo-conductuales relativamente identificables y modificables. La TCC permite traducir una formulación compleja en procedimientos observables: explorar interpretaciones, graduar exposiciones, revisar predicciones, entrenar respuestas alternativas, organizar tareas entre sesiones y monitorizar cambios. Esa capacidad de conectar hipótesis clínica, procedimiento y revisión del resultado es una de las razones por las que conserva un lugar propio dentro de un modelo rehabilitador amplio ([Salkovskis et al., 2023](#); [Sheffield et al., 2024](#)).

**Tabla 1.6. Traducción clínica del modelo de vulnerabilidad-estrés a dianas TCC**

Componente del modelo	Pregunta clínica	Dianas TCC posibles
Vulnerabilidad	¿Qué predisposiciones o fragilidades hacen más probable la desorganización?	Compensación de déficits, simplificación cognitiva, entrenamiento en afrontamiento, adaptación del formato
Estresores	¿Qué contextos, eventos o patrones incrementan malestar o riesgo?	Identificación de desencadenantes, exposición graduada, resolución de problemas, regulación de activación
Factores protectores	¿Qué recursos amortiguan, estabilizan o permiten recuperación?	Fortalecimiento de rutinas, red de apoyo, adherencia, autoeficacia, prevención de recaídas
Interacción global	¿Qué patrón mantiene hoy el problema?	Formulación de caso, objetivos SMART, secuenciación técnica y monitorización

### 1.4.3. Integración de la perspectiva centrada en la persona: la TCC al servicio de los objetivos de vida de la persona, no solo de la reducción sintomática

La legitimidad plena de la TCC en rehabilitación psicosocial depende de su inserción en una práctica centrada en la persona. Esto significa, en primer lugar, que la formulación clínica no puede construirse como una descripción externa del trastorno impuesta desde el profesional, sino como una elaboración colaborativa que conecte datos clínicos, experiencia subjetiva, contexto social, recursos disponibles y metas significativas para la persona. Significa, también, que la reducción sintomática, aun siendo importante, no agota el horizonte terapéutico. Una intervención técnicamente correcta pero desvinculada de la vida cotidiana, de las prioridades del sujeto y de sus condiciones materiales de existencia corre el riesgo de convertirse en una terapia formalmente adecuada, pero débil en su rendimiento rehabilitador. Los principios de atención centrada en la persona en salud mental incluyen, entre otros elementos, educación, implicación, cooperación, acceso, respeto a preferencias y participación activa en las decisiones, dimensiones directamente coherentes con esta forma de entender la TCC en rehabilitación (Khosravi et al., 2024).

La orientación internacional actual refuerza esta exigencia. La OMS sitúa en el centro los enfoques centrados en la persona y basados en derechos, y subraya la necesidad de articular los servicios de salud mental con vivienda, educación, empleo, protección social e inclusión comunitaria. Las revisiones recientes sobre orientación a la recuperación, además, convergen en que la buena práctica no se limita a aliviar síntomas, sino que debe fortalecer esperanza, autodeterminación, relaciones significativas, participación y ejercicio efectivo de derechos (Melillo et al., 2025; Subandi et al., 2023; WHO, 2021).

En términos clínicos, esto obliga a reformular la pregunta terapéutica. No basta con preguntar qué síntoma reducir; hay que preguntarse qué interacción entre vulnerabilidades, barreras contextuales, patrones cognitivos y limitaciones de apoyo está bloqueando la vida que la persona desea sostener, y qué cambios psicológicos, relacionales y ambientales pueden ampliar su margen real de acción. Ahí es donde la TCC encuentra su lugar más defendible dentro de la rehabilitación psicosocial: no como técnica aislada de corrección de pensamientos, sino como herramienta estructurada para aumentar comprensión, agencia, afrontamiento, participación y continuidad en proyectos vitales con sentido (Khosravi et al., 2024; Melillo et al., 2025; WHO, 2021).

### Resumen final

En este capítulo hemos situado el presente volumen dentro de la Serie de Rehabilitación Psicosocial y hemos precisado su función específica: desarrollar la intervención cognitivo-conductual como componente técnico integrado en un modelo de rehabilitación psicosocial centrado en la persona. Hemos delimitado el TMG desde una lógica funcional, subrayando que la heterogeneidad diagnóstica importa clínicamente cuando modifica vulnerabilidades, estresores, recursos y necesidades de apoyo. Después, hemos recuperado el modelo de vulnerabilidad-estrés en sus formulaciones clásicas y en su reformulación rehabilitadora, incorporando de manera explícita el papel de los factores protectores y proponiendo matrices



orientativas por perfiles diagnósticos. Finalmente, hemos mostrado que la TCC encaja de forma privilegiada en este marco porque traduce una comprensión compleja del malestar a operaciones clínicas concretas sobre interpretación, afrontamiento, conducta, hábitos y exposición ambiental, siempre dentro de una práctica orientada a recuperación, autonomía y participación. Esta lectura es coherente con las orientaciones internacionales sobre servicios comunitarios, el enfoque de recuperación y planificación estratégica en salud mental.



# 2

## Evidencia científica de la TCC en el trastorno mental grave: alcance, eficacia, moderadores y límites

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de analizar críticamente la evidencia científica disponible sobre la terapia cognitivo-conductual (TCC) en los principales diagnósticos incluidos en el espectro del trastorno mental grave; diferenciar entre significación estadística, tamaño de efecto y relevancia clínica; identificar moderadores de resultado que condicionan la respuesta al tratamiento; situar la TCC dentro de las guías clínicas internacionales vigentes; y traducir la evidencia disponible a expectativas terapéuticas realistas para la práctica en rehabilitación psicosocial. Las guías y revisiones recientes coinciden en que la TCC mantiene un lugar legítimo en varios perfiles de trastorno mental grave, aunque con efectos variables según diagnóstico, objetivo terapéutico, formato, competencia del terapeuta y condiciones de implementación (American Psychiatric Association [APA], 2021; Berendsen et al., 2024; Giguère et al., 2025; Keramatian et al., 2023; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014, 2022, 2014/2025; Stoffers-Winterling et al., 2022; Tan et al., 2022). La guía APA recomienda CBTp para esquizofrenia, NICE mantiene guías específicas para psicosis, bipolaridad y depresión, y las revisiones recientes muestran efectos variables según dominio y población.

### Resumen inicial

La pregunta relevante de este capítulo no es si la TCC “funciona” en abstracto, sino qué respaldo empírico tiene en los distintos perfiles del TMG, qué puede esperarse de ella con prudencia clínica y qué límites deben reconocerse sin maquillaje. La síntesis reciente más amplia para trastornos del espectro esquizofrénico concluye que la TCC produce efectos pequeños a moderados sobre síntomas generales y positivos al final del tratamiento, con evidencia más inconsistente en otros dominios y con una heterogeneidad metodológica que obliga a interpretar los resultados con cautela (Berendsen et al., 2024). En bipolaridad, depresión resistente y trastornos de personalidad graves, la situación es más heterogénea: la utilidad existe, pero

depende más del desenlace, del modelo específico y de la calidad de los estudios disponibles (Giguère et al., 2025; McIntyre et al., 2023; Stoffers-Winterling et al., 2022; Tan et al., 2022).

Desde la perspectiva del presente manual, esa combinación de utilidad clínica y límites metodológicos no debilita la TCC; la sitúa en su lugar correcto. La TCC no debe presentarse como intervención universal, ni como recurso menor. Debe leerse como una herramienta psicológica con valor clínico real cuando se integra en un plan rehabilitador, se adapta al perfil funcional de la persona y se formula con expectativas sobrias. Esta lectura es coherente con las guías clínicas que recomiendan la TCC para psicosis dentro de un abordaje integral, con la evidencia sobre intervenciones psicológicas específicas en bipolaridad, depresión resistente y trastorno límite de personalidad, y con la necesidad de reconocer los límites de generalización de los ensayos disponibles (APA, 2021; Berendsen et al., 2024; NICE, 2014; Stoffers-Winterling et al., 2022; Varese et al., 2025).

### **Palabras clave**

*Terapia cognitivo-conductual; trastorno mental grave; psicosis; trastorno bipolar; depresión resistente al tratamiento; trastornos de personalidad graves; moderadores de resultado; guías clínicas; tamaños de efecto; rehabilitación psicosocial.*

## **2.1. TCC en psicosis: esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico**

### **2.1.1. Revisión de metaanálisis y revisiones Cochrane recientes sobre TCC para sintomatología positiva: delirios y alucinaciones**

La psicosis es el campo donde la TCC ha sido más desarrollada y escrutada. La revisión paraguas (*umbrella review*) de Berendsen et al. (2024) concluye que la TCC muestra efectos pequeños a moderados sobre síntomas generales y positivos al final del tratamiento, con evidencia sugestiva también para delirios, alucinaciones y funcionamiento. La propia revisión insiste, no obstante, en que los resultados dependen mucho de la calidad metodológica de los metaanálisis incluidos y de la heterogeneidad de los protocolos etiquetados como CBT (Berendsen et al., 2024).

En términos clínicos, la mejor evidencia para sintomatología positiva no debe traducirse como “eliminación de delirios y voces”, sino como reducción del malestar, disminución de la interferencia, mejora del afrontamiento y mayor flexibilidad frente a interpretaciones amenazantes. Esta lectura es coherente con las guías clínicas que sitúan la TCC para psicosis como intervención psicológica estructurada dentro de un abordaje integral y no como sustituto del resto de componentes terapéuticos (APA, 2021; Berendsen et al., 2024; NICE, 2014).

### **2.1.2. Evidencia sobre TCC para sintomatología negativa y funcionamiento global**

La evidencia sobre síntomas negativos y funcionamiento global es más desigual. La revisión sistemática de metaanálisis de Cella et al. (2023) concluye que varias intervenciones



psicosociales y conductuales muestran potencial en síntomas negativos, pero subraya también una heterogeneidad considerable y límites metodológicos importantes. Esto obliga a diferenciar entre síntomas negativos primarios y dimensiones secundarias más susceptibles de cambio conductual o cognitivo, como evitación, baja expectativa de éxito, pérdida de reforzadores y retraimiento social.

En otras palabras, la TCC puede contribuir al trabajo sobre síntomas negativos y funcionamiento, pero su rendimiento suele ser menos uniforme y más dependiente de su integración con activación conductual, apoyos comunitarios, entrenamiento funcional y trabajo sobre creencias derrotistas. El profesional no debe prometer mejoras amplias y rápidas en el núcleo deficitario del cuadro solo por añadir TCC al plan.

### 2.1.3. Tamaños de efecto esperados con intervalos de confianza por dominio de resultado

La mejor manera de presentar esta evidencia en un manual no es con un único valor promedio, sino por dominios. La síntesis que se presenta a continuación deriva principalmente de la *umbrella review* de [Berendsen et al. \(2024\)](#), complementada con la evidencia sobre funcionamiento en intervenciones psicológicas para esquizofrenia revisada por [Bighelli et al. \(2023\)](#).

**Tabla 2.1. Síntesis operativa de la evidencia de TCC en psicosis por dominio de resultado**

Dominio	Señal de efecto global	Lectura clínica razonable
Síntomas positivos psicopatología general	/ Pequeña a moderada al final del tratamiento	Relevante cuando el objetivo es reducir malestar e interferencia, no “hacer desaparecer” el síntoma
Delirios y alucinaciones	Beneficio consistente, pero heterogéneo entre estudios	Útil para convicción, miedo, obediencia, afrontamiento o relación con la experiencia
Funcionamiento	Señal positiva, menos robusta que en síntomas positivos	Suele mejorar mejor cuando la TCC se integra con rehabilitación funcional
Síntomas negativos	Evidencia más inconsistente	Más plausible en componentes secundarios y conductuales que en síntomas negativos primarios
Resultados distales a largo plazo	Más variables	Exigen prudencia y seguimiento longitudinal

Esta tabla debe leerse como una traducción clínica de revisiones recientes y no como una promesa de respuesta homogénea. Los efectos medios informan sobre tendencias agregadas, pero la utilidad concreta de la TCC depende del perfil clínico, del objetivo seleccionado, del formato, del grado de adaptación y de las condiciones de implementación ([Berendsen et al., 2024](#); [Bighelli et al., 2023](#); [Varese et al., 2025](#)).



### 2.1.4. Moderadores de resultado: fase de la enfermedad (primer episodio psicótico vs. curso crónico), nivel de conciencia de enfermedad, funcionamiento cognitivo basal y adherencia farmacológica

La literatura reciente se ha desplazado desde la pregunta “si funciona” hacia la pregunta “para quién y en qué condiciones funciona mejor”. El metaanálisis con datos individuales de Varese et al. (2025) refleja precisamente ese movimiento, al centrarse en modificadores del efecto de la TCC en psicosis. En este marco, los moderadores que se presentan en la tabla siguiente deben leerse como variables clínicamente plausibles para calibrar la intervención, no como filtros excluyentes ni como predictores cerrados de respuesta (Varese et al., 2025).

Los moderadores clínicamente más plausibles son los siguientes:

**Tabla 2.2. Moderadores clínicos de respuesta en psicosis**

Moderador	Posible efecto sobre la TCC	Implicación práctica
Fase del trastorno	Diferencias entre primer episodio y curso crónico	Ajustar foco y expectativas
Conciencia de problema	Influye en alianza y trabajo cognitivo explícito	Puede requerir más normalización y formulación colaborativa
Funcionamiento cognitivo basal	Afecta comprensión, tareas y ritmo	Obliga a adaptar lenguaje, duración y complejidad
Adherencia farmacológica	Modula estabilidad clínica y continuidad	Requiere coordinación con tratamiento psicofarmacológico

Estos moderadores no deben usarse como criterios para excluir de forma automática a la persona de la intervención. Su utilidad reside en orientar el tipo de TCC viable, el ritmo del trabajo, la intensidad del acompañamiento, la complejidad de las tareas y la necesidad de coordinación con otros componentes del tratamiento. La pregunta correcta no es “sirve o no sirve”, sino “qué forma de TCC es viable aquí y ahora” (NICE, 2014; Varese et al., 2025).

### 2.1.5. Posicionamiento de la TCC para psicosis en guías clínicas internacionales: NICE, APA y PORT

Las principales guías mantienen una posición favorable a la TCC para psicosis, aunque siempre dentro de una atención multimodal. NICE recomienda TCC para personas adultas con psicosis o esquizofrenia dentro de un abordaje que también contempla intervención farmacológica, intervención familiar, monitorización física, recuperación y apoyo a familiares o cuidadores; la APA recomienda CBTp con grado 1B; y las recomendaciones PORT incluyen CBT entre las intervenciones psicosociales basadas en evidencia para esquizofrenia (APA, 2021; Dixon et al., 2010; NICE, 2014).

**Tabla 2.3. Posición de las guías clínicas sobre TCC para psicosis**

Guía	Posicionamiento de la TCC	Lectura útil para este manual



NICE CG178	Mantiene la TCC dentro del estándar de atención para psicosis/esquizofrenia en adultos	La TCC sigue ocupando un lugar estable dentro del marco NICE
APA 2021	Recomienda CBTp para personas con esquizofrenia, con recomendación explícita 1B	Refuerza su legitimidad como intervención psicológica basada en evidencia
PORT	Incluye CBT entre las recomendaciones psicosociales para esquizofrenia	Reafirma su valor dentro del paquete de intervenciones psicosociales basadas en evidencia

Esta convergencia no significa que la TCC deba aplicarse de forma idéntica en todos los casos ni que sustituya al resto de intervenciones. Significa que, cuando está técnicamente bien indicada y coordinada con el plan global, constituye una intervención psicológica legítima dentro del tratamiento integral de la psicosis (APA, 2021; Dixon et al., 2010; NICE, 2014).

### 2.1.6. Límites de la evidencia: heterogeneidad de protocolos, sesgo de publicación, problemas de cegamiento y dificultades de los grupos control

Los límites metodológicos deben exponerse de forma frontal porque condicionan la interpretación clínica.

**Tabla 2.4. Principales límites metodológicos de la literatura sobre TCC en psicosis**

Problema metodológico	Consecuencia interpretativa
Heterogeneidad de protocolos CBTp	No todos los estudios comparan intervenciones equivalentes
Cegamiento difícil o inviable	Riesgo de sesgo de expectativa y valoración
Grupos control heterogéneos	La comparación cambia mucho según TAU, apoyo, intervención activa o lista de espera
Muestras clínicas no siempre representativas	La transferencia al TMG más complejo puede ser limitada
Resultados múltiples y variables	Es difícil comparar directamente entre estudios

La umbrella review de Berendsen et al. (2024) insiste precisamente en que la heterogeneidad y la inconsistencia metodológica obligan a una lectura más sobria que celebratoria.

### 2.1.7. Implicaciones para la práctica clínica: qué puede esperar el profesional y qué precauciones adoptar

En psicosis, el profesional puede esperar que la TCC aporte beneficios reales en malestar, afrontamiento, relación con las voces, flexibilidad frente a ideas delirantes y, en ciertos casos, funcionamiento. No debe prometer desaparición rápida del síntoma ni asumir que la respuesta será homogénea. La indicación más rigurosa es aquella que adapta la TCC al perfil funcional, a la fase del cuadro, a la capacidad cognitiva, a la alianza terapéutica y al contexto de apoyos (APA, 2021; Berendsen et al., 2024; Bighelli et al., 2023; NICE, 2014; Varese et al., 2025).



La principal precaución clínica consiste en no confundir respaldo empírico con promesa de cambio amplio e inmediato. La TCC para psicosis es más defendible cuando se formula como intervención orientada a reducir impacto, mejorar afrontamiento, aumentar flexibilidad y apoyar funcionamiento, especialmente si se integra en un plan más amplio de tratamiento farmacológico, rehabilitación funcional y apoyo comunitario (APA, 2021; NICE, 2014).

## 2.2. TCC en trastorno bipolar

### 2.2.1. Evidencia de la TCC como intervención coadyuvante a la farmacoterapia: prevención de recaídas y manejo de sintomatología residual

En trastorno bipolar, la TCC debe situarse como una intervención adyuvante dentro de un tratamiento multimodal y longitudinal. Las guías NICE mantienen que las personas adultas con trastorno bipolar deben poder acceder a intervenciones psicológicas, y el resumen actualizado de CANMAT/ISBD de 2023 sostiene que, aunque la farmacoterapia sigue siendo la base del tratamiento, las intervenciones psicosociales complementarias continúan teniendo un papel clínicamente relevante. Esta formulación sitúa la TCC en su lugar adecuado: no como monoterapia universal para cualquier fase del trastorno, sino como un procedimiento útil para prevención de recaídas, manejo de sintomatología residual, reconocimiento temprano de pródromos y mejora de la autogestión del curso (Keramatian et al., 2023; NICE, 2025).

### 2.2.2. TCC y adherencia al tratamiento farmacológico en trastorno bipolar

La adherencia farmacológica constituye una diana especialmente relevante en bipolaridad porque su interrupción rara vez depende solo de olvido o desorganización. Con frecuencia intervienen determinantes modificables relacionados con conocimiento, creencias sobre el tratamiento, percepción de necesidad, experiencias de efectos secundarios, rutinas, insight, relación con los profesionales y contexto social. Prajapati et al. (2021), en una revisión sistemática de determinantes modificables de adherencia en trastorno bipolar, señalan que alrededor del 40% de las personas con trastorno bipolar presenta no adherencia farmacológica y que esta se asocia con recaídas, hospitalización y mayor riesgo suicida.

La TCC puede resultar especialmente útil cuando ayuda a explorar la ambivalencia, identificar interpretaciones sesgadas en fases de aparente mejoría y vincular la continuidad terapéutica con objetivos de estabilidad, prevención de recaídas y protección del funcionamiento. NICE señala, además, que tras un episodio depresivo bipolar deben revisarse conjuntamente opciones psicológicas y farmacológicas para sostener la mejoría y prevenir recurrencias, lo que refuerza el lugar de la TCC dentro de una estrategia longitudinal de mantenimiento (NICE, 2014/2025; Prajapati et al., 2021).

### 2.2.3. Metaanálisis disponibles y tamaños de efecto por variable de resultado



La síntesis meta-analítica más directamente utilizable para este apartado es la de [Tan et al. \(2022\)](#), pero debe leerse con precisión. Su objeto no es la TCC en bipolaridad en abstracto, sino la comparación entre TCC grupal y psicoeducación grupal como complementos del tratamiento habitual. En ese análisis, la psicoeducación grupal redujo recaídas al postratamiento frente a control con una odds ratio de 0.43 (IC 95% 0.28–0.62), mientras que la TCC grupal no mostró una ventaja estadísticamente significativa equivalente en los desenlaces analizados. La lectura clínica más rigurosa no es que la TCC carezca de utilidad, sino que los efectos dependen del formato, del objetivo específico y del grado en que la intervención combina componentes cognitivo-conductuales, psicoeducativos y de autorregulación del curso ([Tan et al., 2022](#)).

#### **2.2.4. Moderadores de resultado: polaridad predominante, comorbilidad, número de episodios previos y funcionamiento interepisódico**

La utilidad de la TCC en bipolaridad depende en gran medida de variables clínicas que modulan la respuesta al tratamiento. Entre las más relevantes se encuentran la polaridad predominante, la comorbilidad ansiosa o por sustancias, el número de episodios previos, la estabilidad del sueño y de los ritmos sociales, la adherencia farmacológica y el funcionamiento interepisódico. La lógica fase-específica y multimodal de las guías NICE y CANMAT/ISBD hace poco defendible cualquier prescripción uniforme de TCC sin atender a estos matices ([Keramatian et al., 2023](#); [NICE, 2014/2025](#)).

En la práctica, esto significa que la indicación gana solidez cuando la intervención se orienta a problemas concretos de adherencia, reconocimiento de señales tempranas, organización de rutinas, regulación longitudinal del curso y prevención de recaídas. En cambio, pierde precisión cuando se formula como respuesta inespecífica a “tener trastorno bipolar”, sin diferenciar fase clínica, patrón de recurrencia, necesidades psicoeducativas y condiciones de continuidad terapéutica ([Keramatian et al., 2023](#); [NICE, 2014/2025](#); [Prajapati et al., 2021](#)).

#### **2.2.5. Posicionamiento en guías clínicas: NICE y CANMAT**

El posicionamiento de las guías debe formularse con precisión. NICE no presenta la TCC como la única intervención psicológica válida en bipolaridad, pero sí mantiene que las personas adultas deben poder acceder a terapias psicológicas y que, en depresión bipolar, puede ofrecerse una intervención psicológica específicamente diseñada para bipolaridad o, en determinados casos, una terapia individual de mayor intensidad cuando la gravedad lo justifique. CANMAT/ISBD, por su parte, mantiene que las intervenciones psicológicas complementan el tratamiento farmacológico y pueden mejorar resultados longitudinales, especialmente cuando se integran en una planificación fase-específica del trastorno ([Keramatian et al., 2023](#); [NICE, 2014/2025](#)).

En conjunto, ambas guías sostienen una lectura sobria y consistente: la TCC tiene un lugar legítimo en bipolaridad, pero ese lugar es complementario, selectivo y clínicamente calibrado. Su indicación debe vincularse a prevención de recaídas, autogestión del curso, adherencia, reconocimiento de pródromos y toma de decisiones más estable, no a una expectativa de control completo del trastorno mediante psicoterapia aislada ([Keramatian et al., 2023](#); [NICE, 2014/2025](#)).



### 2.2.6. Límites de la evidencia: escasez de ensayos centrados exclusivamente en TCC vs. intervenciones psicológicas multicomponente

La principal limitación de la base empírica en bipolaridad es que una parte importante de los ensayos y revisiones mezcla TCC con psicoeducación, intervención familiar, regulación de ritmos sociales u otros dispositivos psicológicos. Esto dificulta atribuir el cambio a la TCC en sentido estricto y obliga a leer con cautela cualquier afirmación global sobre su eficacia. El metaanálisis de [Tan et al. \(2022\)](#), centrado en TCC grupal y psicoeducación grupal como intervenciones adyuvantes a la farmacoterapia, ilustra bien este problema: la psicoeducación grupal mostró beneficios en reducción de recaídas, mientras que la TCC grupal no presentó un patrón equivalente de superioridad en todos los desenlaces analizados ([Tan et al., 2022](#)).

A ello se añaden muestras seleccionadas, desenlaces heterogéneos, variabilidad de formatos y diferencias importantes entre intervenciones individuales, grupales y multicomponente. Por tanto, la dirección general de la evidencia es favorable a la integración de intervenciones psicológicas en el manejo del trastorno bipolar, pero la especificación de qué parte del beneficio corresponde a TCC pura sigue siendo más limitada de lo que a veces se presenta ([Keramatian et al., 2023](#); [Tan et al., 2022](#)).

### 2.2.7. Implicaciones para la práctica clínica

En la práctica clínica, la TCC en bipolaridad resulta especialmente útil cuando se orienta a mejorar adherencia, detectar señales tempranas, estabilizar rutinas, revisar decisiones de riesgo en fases de aparente recuperación y trabajar cogniciones que favorecen discontinuidad terapéutica o sobreimplicación conductual. Su valor aumenta cuando se formula como una herramienta de prevención y regulación longitudinal y disminuye cuando se presenta como una terapia de cambio global e inespecífico. Esta formulación es coherente con la evidencia disponible y con el lugar que las guías actuales asignan a las intervenciones psicológicas en bipolaridad ([Keramatian et al., 2023](#); [NICE, 2025](#); [Tan et al., 2022](#)).

## 2.3. TCC en depresión resistente al tratamiento

### 2.3.1. Definición operativa de depresión resistente al tratamiento y su relevancia para la planificación de la TCC

La primera dificultad en este campo sigue siendo definicional. La literatura reciente coincide en que no existe todavía una definición única y universalmente aceptada de depresión resistente al tratamiento, aunque una formulación muy extendida la entiende como una respuesta inadecuada a al menos dos ensayos antidepressivos adecuados en dosis, duración y adherencia. [McIntyre et al. \(2023\)](#) destacan que esta falta de consenso afecta a la estimación de prevalencia, a la comparabilidad entre estudios y a la toma de decisiones terapéuticas. Para la planificación de la TCC, esta precisión importa porque sitúa el trabajo clínico en un contexto de persistencia sintomática, deterioro funcional, desesperanza, evitación y desgaste terapéutico acumulado, lo

que obliga a una intervención más de reorganización y potenciación que de tratamiento estándar de depresión sin respuesta (McIntyre et al., 2023).

### **2.3.2. Evidencia de la TCC como estrategia de potenciación en depresión que no responde a farmacoterapia: revisiones sistemáticas y ensayos clave**

La revisión sistemática y metaanálisis de Giguère et al. (2025) constituye la referencia más útil para este subapartado, pero su lectura debe ser exacta. El análisis se centra en psicoterapia psicológica para depresión resistente en adultos y no exclusivamente en TCC clásica. Sus resultados respaldan la incorporación de psicoterapia estructurada en este contexto, pero no permiten atribuir todo el efecto exclusivamente a la TCC. La formulación más rigurosa, por tanto, es que existe apoyo empírico para utilizar psicoterapia estructurada en depresión resistente y que la TCC sigue siendo una candidata clínicamente plausible dentro de ese conjunto, especialmente cuando el problema incluye evitación, inercia conductual, desesperanza estabilizada y pérdida de reforzadores (Giguère et al., 2025).

### **2.3.3. Tamaños de efecto y variables de resultado principales**

Giguère et al. (2025) informan un SMD de -0.49 (IC 95% -0.63 a -0.34) para síntomas depresivos al comparar psicoterapia frente a control. En una población con cronicidad elevada y múltiples tratamientos previos, ese tamaño de efecto no debe leerse ni como espectacular ni como trivial. Para un manual orientado a rehabilitación psicosocial, la utilidad clínica de este hallazgo aumenta cuando se traduce también a variables como activación, reducción de evitación, reestructuración de rutinas, recuperación de sensación de dominio y mejoría funcional. En depresión resistente, el cambio clínicamente significativo rara vez se expresa solo en puntuaciones sintomáticas; también se expresa en la capacidad de la persona para volver a iniciar acciones, sostener tareas y tolerar el esfuerzo que antes parecía imposible (Giguère et al., 2025).

### **2.3.4. Moderadores de resultado: gravedad del episodio, cronicidad, comorbilidad somática y psiquiátrica**

Los moderadores más plausibles en depresión resistente siguen siendo la gravedad del episodio, la duración del cuadro, la comorbilidad somática, la comorbilidad psiquiátrica y el deterioro funcional acumulado. La literatura actual no permite todavía un mapa fino y estable de qué subperfiles responden mejor a qué modalidad psicoterapéutica, pero sí obliga a abandonar cualquier expectativa de respuesta uniforme. En la práctica, esto justifica una TCC con objetivos más graduados y funcionales, especialmente cuando el trabajo necesita reconstruir repertorios conductuales, tolerancia al esfuerzo, expectativas de eficacia y continuidad con el plan global de cuidados (McIntyre et al., 2023).

### **2.3.5. Posición de la TCC en algoritmos de tratamiento escalonado: el modelo NICE de stepped care**

NICE NG222 no es una guía exclusiva de depresión resistente, sino una guía amplia sobre depresión en adultos que incluye episodios iniciales, tratamientos de línea posterior, prevención de recaídas, cronicidad, depresión psicótica y depresión con diagnóstico coexistente de trastorno



de personalidad. Su utilidad para este capítulo reside en que mantiene una lógica de tratamiento escalonado y ajustado a complejidad, lo que permite situar la TCC dentro de un marco de decisiones progresivas y no como una indicación aislada y universal para cualquier situación de resistencia (NICE, 2022/2026).

Esta formulación resulta más precisa y metodológicamente más sólida que presentar la guía como si ofreciera un algoritmo exclusivo y cerrado de TCC para depresión resistente al tratamiento. En este campo, la evidencia reciente apoya el valor de la psicoterapia estructurada como estrategia de potenciación, pero también subraya la heterogeneidad definicional, clínica y metodológica de la depresión resistente (Giguère et al., 2025; McIntyre et al., 2023; NICE, 2022/2026).

### **2.3.6. Límites de la evidencia: definición variable de “resistencia” y heterogeneidad metodológica entre estudios**

Los principales límites de la base empírica siguen siendo la definición variable de resistencia, la mezcla de psicoterapias distintas en los metaanálisis, la heterogeneidad de comparadores y la diversidad de poblaciones incluidas. Estos problemas no invalidan el valor clínico de la psicoterapia en depresión resistente, pero sí impiden una lectura lineal y simplificada de la evidencia. En consecuencia, el respaldo actual a la TCC debe formularse con cautela: la dirección general es favorable a la incorporación de psicoterapia estructurada, pero la especificación de qué intervención funciona mejor, con qué dosis y para qué subperfil sigue siendo menos concluyente de lo que una lectura superficial podría sugerir (Giguère et al., 2025; McIntyre et al., 2023).

### **2.3.7. Implicaciones para la práctica clínica**

En la práctica clínica, la TCC en depresión resistente se justifica sobre todo como una estrategia de reorganización cognitivo-conductual y funcional: aumentar activación, reducir evitación, reconstruir rutinas, trabajar desesperanza y sostener continuidad con el tratamiento global. Su valor aumenta cuando se presenta como una intervención de potenciación y no como una promesa de remisión rápida tras múltiples fracasos previos. En este contexto, la precisión del lenguaje clínico no debilita la TCC; la vuelve más aplicable y honesta con la evidencia disponible (Giguère et al., 2025; McIntyre et al., 2023; NICE, 2026).

## **2.4. TCC en trastornos de personalidad graves**

### **2.4.1. Estado de la evidencia para el trastorno límite de personalidad: TCC estándar, TCC centrada en esquemas (Young) y terapia dialéctico-conductual (Linehan) como variante cognitivo-conductual**

En personalidad grave, la cuestión ya no es si la psicoterapia es necesaria, sino qué modalidad especializada, con qué estructura y para qué desenlaces. La revisión Cochrane de Storebø et al. (2020) concluye que las psicoterapias adaptadas al TLP muestran beneficios frente a tratamiento habitual en los desenlaces primarios analizados, aunque con calidad de evidencia variable. La



revisión focalizada posterior de Stoffers-Winterling et al. (2022) refuerza que existen razones suficientes para considerar útiles varias psicoterapias especializadas en TLP, aunque con necesidad de más replicación comparativa.

#### **2.4.2. Evidencia para otros trastornos de personalidad graves en el contexto de la rehabilitación psicosocial**

Fuera del trastorno límite de personalidad, la evidencia sobre intervenciones cognitivo-conductuales en otros trastornos de personalidad graves es más dispersa y menos concluyente. Esto no implica irrelevancia clínica, sino menor densidad de estudios comparativos de buena calidad y mayor dificultad para generalizar resultados entre perfiles diagnósticos, grados de deterioro interpersonal, comorbilidad y contextos asistenciales. La literatura más sólida sigue concentrándose en el TLP y en psicoterapias especializadas, como DBT, terapia basada en mentalización, terapia de esquemas y otros tratamientos estructurados (Storebø et al., 2020; Stoffers-Winterling et al., 2022).

En rehabilitación psicosocial, la TCC o las variantes del tronco cognitivo-conductual pueden ser clínicamente útiles cuando el foco está en desregulación emocional, impulsividad, rupturas relacionales, autolesión, sensibilidad al rechazo, patrones de evitación o esquemas nucleares disfuncionales. No obstante, esta utilidad debe formularse con prudencia: el respaldo empírico es más sólido para intervenciones especializadas en TLP que para una aplicación genérica de TCC a cualquier trastorno de personalidad grave (Assmann et al., 2024; Storebø et al., 2020; Stoffers-Winterling et al., 2022).

#### **2.4.3. Metaanálisis comparativos entre modalidades de intervención cognitivo-conductual**

La comparación relevante aquí no es entre “TCC sí” y “TCC no”, sino entre modalidades especializadas. El ensayo aleatorizado de Assmann et al. (2024) comparó DBT y terapia de esquemas en TLP y halló mejoras sustanciales en ambos tratamientos sin una diferencia clara y robusta en severidad global del TLP al seguimiento, aunque sí con diferencias parciales en algunos desenlaces como ira y retención.

#### **2.4.4. Tamaños de efecto por variable de resultado: autolesiones, desregulación emocional, funcionamiento interpersonal y calidad de vida**

En personalidad grave, los desenlaces más clínicamente relevantes no son idénticos a los de psicosis. Deben priorizarse:

- autolesión;
- suicidabilidad;
- desregulación emocional;
- funcionamiento interpersonal;
- continuidad terapéutica;



- calidad de vida.

La revisión Cochrane de Storebø et al. (2020) informa, por ejemplo, que MBT parecía más eficaz que TAU para reducir autolesión, con RR 0.62 (IC 95% 0.49–0.80), aunque los autores insisten en la baja calidad de parte de la evidencia.

#### 2.4.5. Moderadores de resultado y variables predictoras de respuesta

Los moderadores clínicamente más plausibles incluyen gravedad inicial de la desregulación, comorbilidad, historial de ruptura terapéutica, disponibilidad de red de apoyo, intensidad del tratamiento y capacidad del terapeuta para sostener consistencia y reparación de alianza. El ensayo de Assmann et al. (2024) sugiere, además, que incluso muestras severamente afectadas y con comorbilidad amplia pueden beneficiarse de tratamientos especializados intensivos.

#### 2.4.6. Límites de la evidencia y controversias actuales

Los límites de la evidencia en trastornos de personalidad graves son claros: heterogeneidad entre modalidades terapéuticas, diferencias importantes de intensidad y duración, dificultad para comparar intervenciones complejas, variabilidad de desenlaces y persistencia de controversias sobre qué componentes explican mejor el cambio. Las revisiones disponibles apoyan la utilidad de psicoterapias especializadas para TLP, pero también muestran que la calidad de la evidencia y la comparabilidad entre tratamientos siguen siendo problemas metodológicos relevantes (Storebø et al., 2020; Stoffers-Winterling et al., 2022).

A estas limitaciones se añade que los ensayos comparativos entre tratamientos especializados son todavía relativamente escasos. El ensayo de Assmann et al. (2024), que comparó DBT y terapia de esquemas en TLP, muestra mejoras sustanciales en ambos grupos, pero también ilustra que la comparación entre modalidades intensivas no siempre produce una jerarquía simple de superioridad global. Esta situación obliga a formular recomendaciones clínicas prudentes: priorizar tratamientos estructurados y especializados, evitar una TCC genérica simplificada y reconocer que la evidencia fuera del TLP es menos robusta (Assmann et al., 2024; Stoffers-Winterling et al., 2022).

#### 2.4.7. Implicaciones para la práctica clínica

La práctica clínica debe extraer una conclusión prudente: en personalidad grave no basta con “hacer TCC” de forma genérica. Las intervenciones más defendibles son las especializadas, estructuradas y orientadas a regulación emocional, prevención de conductas de riesgo, trabajo sobre esquemas, continuidad terapéutica y mantenimiento o reparación de la alianza. Esta conclusión es coherente con la evidencia disponible sobre psicoterapias específicas para TLP y con los ensayos que comparan modalidades intensivas como DBT y terapia de esquemas (Assmann et al., 2024; Storebø et al., 2020; Stoffers-Winterling et al., 2022).

En rehabilitación psicosocial, esto implica que la intervención debe priorizar estructura, consistencia, coordinación del equipo y claridad de objetivos. El objetivo no es aplicar técnicas cognitivo-conductuales aisladas, sino sostener un marco clínico suficientemente estable para trabajar crisis, autolesión, impulsividad, desregulación y deterioro interpersonal sin perder



continuidad ni convertir cada ruptura en un reinicio completo del tratamiento (Storebø et al., 2020; Stoffers-Winterling et al., 2022).

## 2.5. Síntesis transversal: patrones comunes, moderadores compartidos y fronteras de la evidencia

### 2.5.1. Tamaños de efecto transdiagnósticos: la TCC en TMG produce efectos típicamente modestos, pero clínicamente relevantes

La primera conclusión transversal es que la TCC en TMG produce, en promedio, efectos modestos, pero no triviales. Esta formulación es más rigurosa que cualquier presentación dicotómica. En psicosis, la evidencia reciente apunta a efectos pequeños a moderados sobre síntomas generales y positivos; en funcionamiento, los efectos parecen más limitados y variables; en bipolaridad, los resultados dependen mucho del formato y del desenlace; en depresión resistente, la psicoterapia estructurada muestra utilidad como estrategia de potenciación; y en TLP, la evidencia favorece intervenciones psicoterapéuticas especializadas, aunque con heterogeneidad y calidad variable (Berendsen et al., 2024; Bighelli et al., 2023; Giguère et al., 2025; Stoffers-Winterling et al., 2022; Tan et al., 2022).

En poblaciones complejas, con alta interacción entre variables clínicas, funcionales y sociales, incluso cambios pequeños pueden tener valor clínico real cuando afectan a malestar, afrontamiento, continuidad, funcionamiento o reducción de riesgo. La clave no es sobredimensionar el tamaño medio de los efectos, sino traducirlos a expectativas clínicas proporcionadas: reducción de interferencia, mejora de afrontamiento, mayor continuidad terapéutica, recuperación parcial de actividad y apoyo a metas funcionales relevantes (Berendsen et al., 2024; Bighelli et al., 2023; Giguère et al., 2025; Varese et al., 2025).

### 2.5.2. La alianza terapéutica como moderador transdiagnóstico: evidencia y mecanismos

La alianza terapéutica ocupa una posición central en la práctica clínica con TMG, pero conviene formular su papel con precisión. La evidencia más robusta disponible en este terreno procede de psicosis y esquizofrenia-espectro, no de un transdiagnóstico completo y homogéneo. Bourke et al. (2021) encontraron que, en terapias psicológicas para psicosis, una mejor alianza se asocia con mayor enganche y con mejores resultados posteriores. Browne et al. (2021), en tratamientos individuales para esquizofrenia y psicosis temprana, hallaron asociaciones entre alianza y compromiso terapéutico, así como con algunos desenlaces sintomáticos. La formulación más rigurosa, por tanto, es que la alianza constituye un factor de proceso con evidencia especialmente consistente en psicosis y con alta plausibilidad clínica en otros perfiles complejos, más que un moderador transdiagnóstico definitivamente establecido en todo el TMG (Bourke et al., 2021; Browne et al., 2021).



### 2.5.3. Efecto de la competencia del terapeuta sobre los resultados: implicaciones para la formación y la supervisión

La competencia terapéutica debe considerarse relevante para la calidad y la implementación, pero su relación directa con los resultados no puede formularse de manera simplista. [Webb et al. \(2010\)](#) no encontraron una relación global significativa entre adherencia y resultados ni entre competencia y resultados en el conjunto de estudios incluidos, lo que obliga a evitar afirmaciones lineales del tipo “a mayor competencia observada, mejores resultados” en cualquier contexto. Más recientemente, [Bergvall et al. \(2024\)](#), en práctica psiquiátrica rutinaria para depresión y ansiedad, hallaron que los terapeutas ofrecían CBT con buena adherencia y competencia y que los usuarios mejoraban clínicamente, pero ni la adherencia ni la competencia se asociaron de forma significativa con los resultados del usuario. La conclusión clínicamente más defendible es, por tanto, doble: la competencia y la fidelidad siguen siendo necesarias para sostener una práctica técnicamente reconocible, pero la relación entre competencia observada y cambio clínico es metodológicamente compleja y no debe presentarse como automática ([Bergvall et al., 2024](#); [Webb et al., 2010](#)).

### 2.5.4. Duración óptima de la intervención y efecto de la dosis terapéutica

No existe una dosis universalmente óptima para toda la TCC en TMG. En psicosis, [Hazell et al. \(2016\)](#) mostraron que intervenciones de CBTp de baja intensidad podían producir efectos significativos y que ni el número de sesiones ni el formato individual frente al grupal moderaban de forma significativa los resultados en ese metaanálisis. En bipolaridad, NICE mantiene una lógica de tratamientos psicológicos ajustados a la fase clínica y a la necesidad de sostener mejoría y prevenir recaídas. Estas observaciones respaldan una formulación más fina: la dosis importa, pero no como cifra fija; importa como variable clínica dependiente del problema diana, del formato, de la complejidad del caso y del momento evolutivo del tratamiento ([Hazell et al., 2016](#); [NICE, 2025](#)).

### 2.5.5. Formato individual vs. grupal: evidencia comparativa y criterios de selección

La comparación entre formato individual y grupal no se resuelve con un ganador único. En bipolaridad, [Tan et al. \(2022\)](#) obligan a distinguir entre TCC grupal y psicoeducación grupal, porque no producen el mismo patrón de resultados. En psicosis, la evidencia tampoco permite afirmar una superioridad uniforme del formato individual: [Hazell et al. \(2016\)](#) no encontraron que el formato individual frente al grupal moderara los resultados de CBTp de baja intensidad, y [Bighelli et al. \(2023\)](#) tampoco identificaron una ventaja simple de un formato sobre otro al analizar funcionamiento en intervenciones psicológicas para esquizofrenia. La conclusión útil para este manual es clínica: el formato individual suele ser preferible cuando se necesita formulación muy personalizada, trabajo fino con paranoia, voces o alianza frágil; el formato grupal puede resultar especialmente útil en psicoeducación, habilidades, normalización y generalización interpersonal. Esa elección debe justificarse por objetivos y condiciones del caso,

no por una jerarquía universal entre formatos (Bighelli et al., 2023; Hazell et al., 2016; Tan et al., 2022).

### **2.5.6. La necesidad de adaptaciones específicas al TMG: por qué la TCC estándar no es directamente trasladable**

La evidencia y las guías no avalan una traslación mecánica de la TCC estándar al TMG. Las adaptaciones en ritmo, complejidad, longitud de sesión, formulación, tareas, trabajo con la alianza y coordinación con otros apoyos son parte de la intervención, no una concesión secundaria. En psicosis, tanto NICE como APA sitúan la TCC dentro de un tratamiento integral, y la literatura reciente sobre modificadores de efecto refuerza la necesidad de calibrar la intervención según características de la persona, del cuadro y del contexto terapéutico (APA, 2021; NICE, 2014; Varese et al., 2025).

Esta conclusión es extensible al conjunto del TMG, aunque con diferente grado de evidencia según diagnóstico. En bipolaridad, la intervención psicológica debe integrarse con farmacoterapia, prevención de recaídas y regulación longitudinal del curso; en depresión resistente, debe formularse como estrategia de potenciación dentro de un tratamiento escalonado; y en personalidad grave, las intervenciones más defendibles son estructuradas y especializadas, no una TCC genérica descontextualizada (Giguère et al., 2025; Keramatian et al., 2023; McIntyre et al., 2023; Stoffers-Winterling et al., 2022; Tan et al., 2022).

### **2.5.7. Discusión honesta de los límites globales de la base empírica: qué sabemos, qué no sabemos y qué necesitamos investigar**

Sabemos que la TCC tiene un lugar legítimo en varios segmentos del TMG y que su utilidad es más consistente en algunos dominios que en otros. Sabemos también que, en psicosis, la evidencia es más robusta para síntomas generales y positivos que para resultados funcionales amplios o efectos distales a largo plazo; que en bipolaridad la evidencia depende mucho del formato y de la mezcla con psicoeducación u otros componentes; que en depresión resistente persiste heterogeneidad definicional; y que en personalidad grave la mayor solidez se concentra en tratamientos especializados para TLP (Berendsen et al., 2024; Bighelli et al., 2023; Giguère et al., 2025; McIntyre et al., 2023; Stoffers-Winterling et al., 2022; Tan et al., 2022).

No sabemos con igual precisión para qué subperfiles funciona mejor cada adaptación, cuál es la dosis óptima en todos los contextos o qué componentes específicos explican mejor el cambio en las poblaciones más complejas. La agenda pendiente incluye más estudios pragmáticos, mejor especificación de adaptaciones, análisis de moderadores, mayor atención a desenlaces funcionales y de recuperación personal, y diseños que permitan entender mejor qué intervención debe priorizarse para qué persona, en qué fase y en qué condiciones de implementación (Bighelli et al., 2023; Varese et al., 2025).

### **2.5.8. De la evidencia a la práctica: qué puede esperar razonablemente el profesional de la TCC con cada perfil y qué no debe prometer**

La siguiente tabla traduce de forma operativa la evidencia revisada en el capítulo. No debe leerse como una tabla de eficacia garantizada, sino como una guía de expectativas clínicas prudentes



derivada de revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas recientes sobre psicosis, trastorno bipolar, depresión resistente y trastorno límite de personalidad (APA, 2021; Berendsen et al., 2024; Giguère et al., 2025; NICE, 2014, 2022, 2014/2025; Stoffers-Winterling et al., 2022; Tan et al., 2022).

**Tabla 2.5. Traducción práctica de la evidencia: qué esperar y qué no prometer**

Perfil	Qué puede esperar razonablemente el profesional	Qué no debe prometer
Psicosis	Reducción de malestar, mejor afrontamiento, más flexibilidad frente a delirios/voces, algún impacto funcional	Desaparición rápida y completa de síntomas positivos persistentes
Trastorno bipolar	Mejor detección de señales de recaída, más adherencia, mayor regulación de ritmos y decisiones	Control total del curso con psicoterapia aislada
Depresión resistente	Aumento de activación, menor evitación, mejor organización funcional y reducción sintomática modesta a moderada	Remisión garantizada y lineal tras múltiples fracasos previos
Personalidad grave	Menos autolesión o crisis, mejor regulación emocional, más continuidad terapéutica	Cambio global rápido de patrones de personalidad consolidados

## Resumen final

La revisión de la evidencia permite sostener una conclusión general matizada pero firme. La TCC y sus variantes ocupan un lugar legítimo y clínicamente relevante dentro del abordaje del TMG, pero su magnitud de efecto y su perfil de utilidad cambian según diagnóstico, objetivo, formato e implementación. En psicosis, la evidencia reciente apoya efectos pequeños a moderados, especialmente útiles para trabajar malestar, afrontamiento y relación con la experiencia psicótica. En bipolaridad, la utilidad es sobre todo coadyuvante y preventiva. En depresión resistente, la TCC mantiene una posición razonable dentro de estrategias escalonadas y combinadas, aunque con fuerte heterogeneidad definicional y metodológica. En trastornos de personalidad graves, la evidencia apoya sobre todo tratamientos especializados del tronco cognitivo-conductual más que una TCC genérica simplificada (APA, 2021; Berendsen et al., 2024; Giguère et al., 2025; Keramatian et al., 2023; McIntyre et al., 2023; Stoffers-Winterling et al., 2022; Tan et al., 2022).

El mensaje transversal para la práctica es claro: la TCC no debe prometer más de lo que la evidencia permite, pero tampoco menos. Bien indicada, adaptada y coordinada con el resto del plan rehabilitador, sigue siendo una herramienta psicológica útil para traducir comprensión clínica en cambio cotidiano verificable. Su valor no reside en operar como intervención universal, sino en articular formulación, técnica, ajuste al perfil funcional, seguimiento y prudencia clínica (Bighelli et al., 2023; NICE, 2014; Varese et al., 2025).

# 3

## Evaluación orientada a la intervención TCC: BPRS, GAF, LSP y CAN

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de comprender la función específica de la evaluación orientada a la intervención cognitivo-conductual (TCC) en rehabilitación psicosocial; diferenciar el tipo de información que aportan la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), la Global Assessment of Functioning (GAF), la Life Skills Profile (LSP) y la Camberwell Assessment of Need (CAN); interpretar estas medidas como componentes complementarios de un perfil clínico-funcional; y traducir ese perfil a prioridades de intervención, secuenciación terapéutica y formulación de objetivos TCC dentro del Plan de Atención Individualizada (PAI). La BPRS fue creada como escala breve para la valoración rápida del cambio clínico; la GAF se consolidó como medida global breve de funcionamiento psicológico, social y ocupacional; la LSP se diseñó para valorar función y discapacidad en esquizofrenia y cuadros afines; y la CAN para identificar necesidades cubiertas y no cubiertas en personas con trastorno mental grave (Jones et al., 1995; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989). La fuente original de la BPRS la describe como una técnica rápida especialmente adecuada para evaluar cambio clínico, mientras que la CAN fue validada como instrumento fiable para valorar necesidades en personas con enfermedad mental grave.

### Resumen inicial

Este capítulo ocupa un lugar bisagra dentro del manual. Si los capítulos previos establecieron el marco conceptual y la evidencia, aquí damos el paso decisivo hacia la evaluación que sirve para intervenir. En rehabilitación psicosocial no toda evaluación clínica es automáticamente útil para planificar TCC. Una cosa es describir síntomas, limitaciones o necesidades; otra, más exigente, es organizar esa información de forma que permita decidir qué priorizar, con qué intensidad comenzar, qué adaptaciones son necesarias y qué resultados deben monitorizarse. La literatura reciente sobre valoración rutinaria de resultados y feedback clínico subraya precisamente que la

utilidad de las medidas aumenta cuando los datos se recogen, se devuelven y se emplean activamente para ajustar decisiones terapéuticas, y no cuando quedan como información paralela al proceso clínico (McAleavey et al., 2024).

Precisamente por eso se seleccionan aquí cuatro instrumentos complementarios: la BPRS para carga psicopatológica; la GAF para funcionamiento global; la LSP para habilidades de vida cotidiana; y la CAN para necesidades cubiertas y no cubiertas. La lógica del capítulo es estrictamente operativa: describir cada instrumento, aclarar su utilidad real, señalar sus límites y, sobre todo, construir matrices de correspondencia entre resultados evaluativos y áreas de intervención TCC. El objetivo no es que el lector “conozca escalas”, sino que pueda pasar de una evaluación ordenada a una hipótesis de decisión clínica. Esta traducción evaluativa debe entenderse como una aplicación clínica del manual, apoyada en la literatura psicométrica de cada instrumento y en los principios de atención basada en medidas, no como un algoritmo empíricamente validado de indicación terapéutica (McAleavey et al., 2024; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989).

#### Palabras clave

*Evaluación clínica; BPRS; GAF; LSP; CAN; rehabilitación psicosocial; formulación de caso; planificación TCC; funcionamiento; necesidades.*

### 3.1. La evaluación como fundamento del plan de intervención TCC: principios generales

La evaluación útil para TCC en rehabilitación psicosocial no se limita a describir síntomas, limitaciones o necesidades. Su función es preparar decisiones. Esto exige transformar la información clínica en un perfil que permita responder, al menos, a cuatro preguntas: cuánta carga psicopatológica interfiere en este momento, qué nivel funcional puede sostener la persona, qué habilidades cotidianas están comprometidas y qué necesidades permanecen sin cubrir. La literatura reciente sobre valoración rutinaria de resultados y atención basada en medidas subraya precisamente que la evaluación clínica adquiere mayor valor cuando se integra en la toma de decisiones y en la revisión del tratamiento, y no cuando se limita a producir datos paralelos a la intervención (McAleavey et al., 2024).

En este marco, la evaluación específica para TCC complementa la evaluación integral del PAI al añadir una capa de precisión orientada a priorización, secuencia, intensidad y adaptación del plan. La selección de BPRS, GAF, LSP/LSP-20 y CAN responde a un criterio combinatorio: la BPRS aporta una lectura breve de carga psicopatológica; la GAF resume de forma panorámica la exigencia global del caso; la LSP aproxima el funcionamiento cotidiano a objetivos rehabilitadores concretos; y la CAN organiza la dimensión de necesidades cubiertas y no cubiertas desde una perspectiva útil para coordinación y viabilidad del tratamiento (Jones et al., 1995; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989; Velligan et al., 2005). Velligan et al. (2005) respaldan una estructura factorial de la BPRS-E que diferencia dimensiones como depresión/ansiedad,



psicosis, síntomas negativos y activación, lo que facilita una lectura clínica más organizada de la carga psicopatológica.

La interpretación de estos instrumentos debe incorporar, además, la voz de la persona. Un resultado estandarizado no agota por sí solo el sentido clínico de una dificultad ni su prioridad terapéutica. La evaluación orientada a TCC debe integrar al menos tres planos simultáneos: la lectura profesional del problema, la experiencia subjetiva del usuario y la traducción operativa de ambos a un objetivo de intervención. [McAleavey et al. \(2024\)](#) destacan que el valor del feedback clínico aumenta cuando las medidas se discuten con la persona y modifican efectivamente las decisiones terapéuticas. En rehabilitación psicosocial, esto implica que una puntuación no se interpreta solo como dato, sino como punto de partida para construir una formulación compartida del caso.

### **3.1.1. Complementariedad con la evaluación integral del PAI: qué aporta la evaluación específica para la TCC**

La evaluación integral del Plan de Atención Individualizada (PAI) organiza la información global sobre necesidades, apoyos, objetivos y responsables. La evaluación específica para la terapia cognitivo-conductual (TCC) no la sustituye, sino que añade una capa de precisión clínica orientada a la toma de decisiones. Su función no es producir más datos por acumulación, sino seleccionar información útil para responder a preguntas operativas: qué carga psicopatológica interfiere más en este momento, qué nivel de funcionamiento puede sostener la persona, qué déficits cotidianos son clínicamente tratables y qué necesidades no cubiertas condicionan la viabilidad real del plan. Esta lógica coincide con el desarrollo reciente de la *measurement-based care* (MBC) y del *routine outcome monitoring* (ROM), entendidos como el uso sistemático de medidas estandarizadas para monitorizar la evolución y guiar decisiones clínicas, no como un ejercicio meramente administrativo.

### **3.1.2. Criterios de selección de instrumentos: sensibilidad al cambio, relevancia clínica y viabilidad de administración**

Los instrumentos seleccionados en este capítulo deben justificarse por tres criterios complementarios: sensibilidad suficiente al cambio, relevancia clínica para la formulación TCC y viabilidad de uso en contextos reales de rehabilitación psicosocial. La BPRS conserva valor como medida breve de carga psicopatológica; la GAF mantiene cierta utilidad pragmática como estimación panorámica rápida, aunque hoy deba leerse con reservas; la LSP y su versión abreviada LSP-20 resultan especialmente pertinentes para traducir funcionamiento cotidiano a objetivos rehabilitadores concretos; y la CAN añade una dimensión decisiva al distinguir entre necesidades cubiertas, no cubiertas y discrepancias de prioridad entre usuario y profesional. La elección, por tanto, no debe presentarse como una jerarquía absoluta entre escalas, sino como una combinación deliberada de instrumentos que cubren síntomas, funcionamiento, habilidades de vida diaria y necesidades de apoyo.



**Tabla 3.1. Criterios de selección de instrumentos para este capítulo**

Criterio	BPRS	GAF	LSP / LSP-20	CAN
Sensibilidad al cambio	Alta para psicopatología	Moderada para cambio global	Útil para cambios funcionales y de habilidades	Útil para cambios en necesidades cubiertas/no cubiertas
Relevancia clínica para TCC	Muy alta	Alta, pero panorámica	Muy alta para objetivos funcionales	Muy alta para priorización contextual
Viabilidad en práctica real	Moderada	Alta	Moderada	Moderada-alta
Principal valor	Perfil sintomático	Nivel global de exigencia	Déficits cotidianos tratables	Priorización de necesidades

*Nota.* Esta tabla constituye una síntesis operativa basada en la literatura psicométrica y clínica de la BPRS, la GAF, la LSP/LSP-20 y la CAN. Su finalidad es orientar la lectura integrada de los instrumentos dentro del plan TCC; no debe interpretarse como un algoritmo validado de decisión clínica automática (Jones et al., 1995; McAleavey et al., 2024; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989; Velligan et al., 2005).

### 3.1.3. El proceso evaluativo centrado en la persona: cómo integrar la voz del usuario en la interpretación de resultados estandarizados

En un modelo centrado en la persona, los resultados estandarizados no pueden interpretarse como si agotaran por sí solos la realidad clínica. La evaluación útil para la TCC debe incorporar, al menos, tres planos adicionales: el significado subjetivo que la persona atribuye a sus dificultades, la prioridad que concede a cada problema y su propia valoración del cambio. La literatura reciente sobre MBC y ROM insiste precisamente en que la recogida sistemática de datos resulta más clínicamente valiosa cuando esos datos se integran en el diálogo terapéutico y en la toma compartida de decisiones, y no cuando circulan como información paralela sin retorno efectivo al usuario. Del mismo modo, la investigación sobre implementación señala que la toma compartida de decisiones sigue estando infradesarrollada en salud mental pese al interés de los usuarios por comprender mejor su situación y sus opciones terapéuticas. En este sentido, la evaluación orientada a TCC debe entenderse como una herramienta de clarificación compartida y no como una puntuación que el clínico “descifra” en solitario.

## 3.2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

La *Brief Psychiatric Rating Scale* fue desarrollada originalmente por Overall y Gorham (1962) como una técnica breve de evaluación psicopatológica especialmente útil para valorar el cambio clínico. Su formulación inicial incluía 16 constructos sintomáticos derivados de análisis factoriales previos, aunque posteriormente se consolidaron versiones ampliadas, entre ellas la BPRS-E de 24 ítems. En este manual conviene explicitar el uso de la BPRS-E porque esa precisión mejora la reproducibilidad del procedimiento y evita la ambigüedad entre formulaciones históricas distintas del instrumento (Overall & Gorham, 1962; Velligan et al., 2005).

Desde el punto de vista psicométrico, la BPRS-E dispone de apoyo suficiente para seguir siendo una herramienta clínicamente útil. Velligan et al. (2005) identificaron una estructura factorial de cuatro dimensiones —depresión/ansiedad, psicosis, síntomas negativos y activación— en

población psiquiátrica ambulatoria, lo que respalda su utilidad para organizar la carga psicopatológica en perfiles relativamente diferenciables. Estudios más recientes han seguido respaldando su utilidad estructural y su validez en contextos clínicos distintos: [Alford et al. \(2025\)](#), mediante análisis Rasch, apoyan la validez de constructo de la BPRS-E en un contexto psiquiátrico comunitario.

En población hispanohablante, la validación colombiana de la versión española de la BPRS aporta un respaldo adicional para su uso clínico en contextos de habla española. [Sánchez et al. \(2005\)](#) realizaron un análisis factorial y validación de la BPRS en Colombia, informando una solución de tres dominios relacionada con configuraciones esquizofreniformes, bipolares y depresivas. Esta evidencia no sustituye la necesidad de formación y calibración del evaluador, pero refuerza la pertinencia de la escala como herramienta breve de lectura psicopatológica en entornos clínicos hispanohablantes ([Sánchez et al., 2005](#)).

Para la planificación TCC, la utilidad de la BPRS aumenta cuando se interpreta como perfil funcional de problemas y no como simple suma de gravedad. Una elevación predominante en suspicacia, contenido inusual del pensamiento o alucinaciones orienta hacia trabajo inicial de alianza, normalización, afrontamiento y reducción de amenaza. Un predominio de retraimiento emocional, afecto embotado o enlentecimiento obliga a pensar en estructuración externa, activación y tareas de baja carga. En este sentido, la BPRS resulta especialmente valiosa cuando se integra con medidas funcionales y de necesidades, porque permite evitar errores de secuenciación técnica que serían probables si se trabajara solo con intuiciones globales del caso ([Alford et al., 2025](#); [Velligan et al., 2005](#)).

### **3.2.1. Descripción del instrumento: constructo medido, versiones disponibles (BPRS-18, BPRS-24) y estructura factorial**

La BPRS es una escala heteroaplicada de síntomas psiquiátricos diseñada originalmente para una evaluación rápida del cambio clínico. La versión original incluía 16 ítems; más tarde se difundió la versión de 18 ítems y, con el desarrollo del manual ampliado, la versión expandida de 24 ítems, especialmente útil en población con trastornos mentales graves y entornos comunitarios ([Velligan et al., 2005](#)). La literatura sobre validación y uso posterior muestra que la estructura factorial puede variar según muestra y contexto, y la validación colombiana en español encontró una solución de tres dominios: esquizofreniforme, bipolaridad y depresión.

### **3.2.2. Propiedades psicométricas: fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio**

La BPRS-E dispone de una base psicométrica suficientemente sólida para seguir siendo útil en contextos clínicos y de investigación aplicada. [Velligan et al. \(2005\)](#) encontraron una estructura factorial de cuatro dimensiones —depresión/ansiedad, psicosis, síntomas negativos y activación— en una muestra amplia de usuarios psiquiátricos ambulatorios. Estudios posteriores han seguido respaldando su utilidad estructural y su validez en contextos clínicos distintos, incluido el uso comunitario. Ahora bien, esa solidez no debe confundirse con neutralidad total: la estructura factorial puede variar según población, contexto clínico y método analítico, de modo que la lectura de subescalas o agrupaciones sintomáticas debe hacerse con prudencia. La



BPRS es muy útil para estimar carga psicopatológica y cambio global, pero no sustituye una evaluación sindrómica más fina cuando se necesitan decisiones diagnósticas complejas.

### 3.2.3. Procedimiento de administración y puntuación: guía paso a paso

La administración de la BPRS-E exige entrenamiento básico en entrevista clínica semiestructurada y en el uso de anclajes de puntuación. Su ventaja principal es que combina brevedad con una cobertura suficientemente amplia de síntomas relevantes para la planificación terapéutica. Su principal riesgo, en cambio, aparece cuando se usa como si fuera una lista rápida de impresiones clínicas. La fiabilidad depende en buena medida de la calidad de la entrevista, del conocimiento de los anclajes y de la consistencia interevaluador. Por eso, en este manual conviene recomendar que la puntuación BPRS no se interprete como un simple “número de gravedad”, sino como un perfil resumido del momento clínico que debe leerse junto con funcionamiento, necesidades y contexto (Alford, 2025).

### 3.2.4. Utilidad específica para la planificación TCC

La principal fortaleza de la BPRS en un capítulo orientado a TCC no está en su valor diagnóstico, sino en su capacidad para organizar la entrada clínica al tratamiento. Una elevación predominante en suspicacia, contenido inusual del pensamiento o alucinaciones sugiere que el inicio de la intervención deberá priorizar normalización, afrontamiento, alianza y reducción de amenaza percibida. Una elevación en retraimiento emocional, enlentecimiento o afecto embotado orienta más bien hacia activación, estructuración externa y simplificación del trabajo entre sesiones. Y una puntuación alta en activación, hostilidad o excitación obliga a revisar viabilidad, contención y timing de técnicas más exigentes. Dicho de otro modo, la BPRS no selecciona automáticamente una técnica, pero sí ayuda a evitar errores de secuenciación: impide, por ejemplo, iniciar con reestructuración abstracta cuando el cuadro exige primero estabilización, alianza y reducción de desorganización.

**Tabla 3.2. Lectura clínica de la BPRS orientada a TCC**

Perfil BPRS predominante	Lectura clínica inicial	Línea TCC preliminar
Susplicacia, ideas inusuales, alucinaciones	Alta carga psicótica activa	Alianza, normalización, afrontamiento, intervención lenta y concreta
Ansiedad, depresión, culpa	Malestar afectivo elevado	Activación, reestructuración adaptada, regulación emocional
Retraimiento, lentificación, apatía	Riesgo de inercia funcional	Activación conductual, tareas muy graduadas
Hostilidad, excitación, desorganización	Baja tolerancia a demanda cognitiva	Contención, simplificación, coordinación estrecha

*Nota.* Esta tabla traduce de forma operativa perfiles BPRS a líneas iniciales de intervención TCC. Debe entenderse como una matriz clínica orientativa basada en la estructura factorial y utilidad clínica de la BPRS/BPRS-E, no como un algoritmo empíricamente validado de indicación terapéutica (Alford et al., 2025; Overall & Gorham, 1962; Sánchez et al., 2005; Velligan et al., 2005).

### 3.2.5. Limitaciones del instrumento y precauciones interpretativas

La BPRS no sustituye la formulación clínica. Resume carga sintomática, pero no explica el significado funcional de un síntoma concreto ni distingue por sí sola entre trastorno, contexto y

estilo de afrontamiento. Además, su calidad depende del entrenamiento del evaluador y del uso consistente de anclajes. En rehabilitación psicosocial debe leerse como mapa inicial de complejidad psicopatológica y no como criterio exclusivo de decisión.

### 3.3. Global Assessment of Functioning (GAF)

La Global Assessment of Functioning fue ampliamente utilizada como medida breve de resultado y de funcionamiento global por su rapidez y sencillez. Jones et al. (1995) respaldaron su fiabilidad y validez como escala breve de resultado en salud mental, lo que explica su amplia difusión clínica. Su principal atractivo histórico ha sido la posibilidad de condensar en una única puntuación una impresión panorámica del funcionamiento psicológico, social y ocupacional (Jones et al., 1995).

No obstante, la GAF presenta limitaciones relevantes que conviene explicitar. Una de las más importantes es que combina en una sola puntuación gravedad sintomática y funcionamiento, lo que reduce la claridad interpretativa. Grootenboer et al. (2012) mostraron problemas de fiabilidad interevaluador y limitaciones de validez discriminante en práctica clínica rutinaria, mientras que Pedersen et al. (2007) señalaron que la versión *split*, al separar síntomas y funcionamiento, mejora la precisión respecto a la puntuación única tradicional. Por ello, en este manual la GAF debe leerse como una herramienta panorámica y pragmática, útil para estimar exigencia global del caso, pero insuficiente por sí sola para fundamentar decisiones complejas de planificación TCC (Grootenboer et al., 2012; Jones et al., 1995; Pedersen et al., 2007).

Cuando el servicio dispone de recursos evaluativos más actuales, conviene considerar medidas de discapacidad y funcionamiento basadas en marcos más explícitos, como la WHODAS 2.0. La Organización Mundial de la Salud describe la WHODAS 2.0 como un instrumento genérico y estandarizado para medir salud y discapacidad a través de culturas, desarrollado a partir del marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. En el presente volumen, la GAF puede mantenerse como indicador rápido de lectura panorámica siempre que se complemente con la LSP y la CAN, y que su puntuación no se interprete como sustituto del análisis funcional del caso (WHO, 2012).

#### 3.3.1. Descripción del instrumento: constructo medido, escala de puntuación y anclajes descriptivos

La Global Assessment of Functioning (GAF) es una escala global de 1 a 100 diseñada para resumir, en una sola puntuación, el funcionamiento psicológico, social y ocupacional. Su atractivo clínico tradicional ha residido en la rapidez y en su aparente capacidad de condensar la gravedad general del caso en una estimación sintética. Jones et al. (1995) la describieron precisamente como una medida breve de resultado en salud mental, útil por su simplicidad y por su potencial para ser incorporada a la práctica rutinaria. Ese valor histórico explica su amplia difusión en servicios de salud mental durante décadas y ayuda a entender por qué sigue conservando cierta presencia en contextos clínicos y administrativos.



### 3.3.2. Propiedades psicométricas: fiabilidad interjueces, validez y limitaciones reconocidas

La GAF dispone de apoyo psicométrico histórico, pero también de limitaciones bien documentadas. Aunque Jones et al. (1995) respaldaron su fiabilidad y validez como medida breve, investigaciones posteriores han mostrado debilidades importantes. Grootenboer et al. (2012) informaron de problemas de fiabilidad interevaluador y de validez discriminante en práctica clínica rutinaria, mientras que Pedersen et al. (2007) mostraron que la versión *split* —al separar síntomas y funcionamiento— puede mejorar la precisión respecto a la puntuación única tradicional. En otras palabras, la GAF no debe tratarse hoy como una medida neutra o incontestable del funcionamiento global, sino como una escala útil en determinados contextos, pero psicométricamente discutida y conceptualmente menos limpia de lo que su aparente simplicidad sugiere.

### 3.3.3. Procedimiento de administración y puntuación: guía paso a paso

La GAF no exige una entrevista independiente compleja, pero sí una integración ordenada y explícita de la información clínica disponible. Su principal riesgo práctico es la intuición excesiva: cuando se puntúa deprisa, la escala puede transmitir una impresión de precisión que en realidad depende mucho del criterio del evaluador, del contexto en que se observa a la persona y de la información previa disponible. Por ello, si se mantiene su uso en este manual, conviene recomendar que toda puntuación GAF vaya acompañada de una breve justificación clínica que aclare qué datos sustentan el rango asignado y qué elementos del caso podrían haber empujado la puntuación en otra dirección. La escala es útil como resumen, pero pobre como explicación si se usa sola.

### 3.3.4. Controversias sobre la GAF: solapamiento entre sintomatología y funcionamiento, y alternativas emergentes (WHODAS 2.0)

El principal problema conceptual de la GAF es que mezcla, en una sola puntuación, gravedad sintomática y funcionamiento. Esta confusión entre síntomas y discapacidad reduce su validez de constructo, especialmente cuando la gravedad clínica y el funcionamiento cotidiano no evolucionan de forma paralela (Gold, 2014; Gspandl et al., 2018). Esa limitación fue una de las razones por las que el DSM-5 dejó de utilizar la GAF y recomendó considerar WHODAS 2.0 como herramienta alternativa para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad (Gold, 2014). La propia discusión reciente resume bien ese cambio: la Task Force del DSM-5 consideró necesario abandonar la GAF por su falta de claridad conceptual y por sus propiedades psicométricas cuestionables en la práctica rutinaria (Gold, 2014). Por contraste, la OMS describe WHODAS 2.0 como un instrumento genérico, breve, aplicable en distintos contextos y anclado en el marco de la ICF, con evaluación de seis dominios: cognición, movilidad, autocuidado, relaciones, actividades vitales y participación (WHO, 2012). Además, estudios comparativos muestran que GAF y WHODAS 2.0 no son meramente intercambiables, sino que capturan aspectos parcialmente distintos del funcionamiento y la discapacidad (De la Peña et al., 2024; Gspandl et al., 2018).

### 3.3.5. Utilidad clínica para la planificación TCC: niveles de funcionamiento y su correspondencia con la intensidad y el tipo de intervención

La GAF debe presentarse como una herramienta panorámica y pragmática, no como el estándar contemporáneo de referencia para evaluar funcionamiento. Su utilidad más defendible en la planificación TCC es orientativa: una puntuación GAF muy baja puede alertar sobre mayor complejidad clínica global, necesidad de adaptar el ritmo de intervención, formular objetivos mínimos iniciales, simplificar las tareas cognitivas, reforzar el apoyo entre sesiones y coordinar con mayor intensidad al equipo asistencial, especialmente porque la GAF fue concebida como una medida breve y global de perturbación psicológica y se ha relacionado con necesidades de apoyo en población con trastorno mental grave (Jones et al., 1995; Killaspy et al., 2021). Ahora bien, esa misma puntuación no debería utilizarse de forma automática para descartar una intervención técnicamente ambiciosa cuando el problema diana sea focal, la alianza sea buena y existan apoyos suficientes; de hecho, la evidencia reciente sobre TCC para psicosis no permite convertir las características clínicas generales en criterios simples de exclusión terapéutica, ya que no se identifican modificadores robustos del efecto del tratamiento entre las variables examinadas (Varese et al., 2025). La lectura correcta, por tanto, no es si la GAF decide”, sino que la GAF alerta sobre el nivel global de complejidad, que debe integrarse con síntomas, funcionamiento cotidiano, necesidades, objetivos colaborativos y contexto asistencial (Stewart et al., 2022; WHO, 2012). Así, la GAF puede seguir utilizándose por razones pragmáticas o de continuidad con determinadas prácticas clínicas, pero conviene acompañarla de escalas funcionales más estructuradas cuando se busque una evaluación contemporánea del funcionamiento, dado que los grupos de trabajo del DSM-5 dejaron de utilizar la GAF por su falta de claridad conceptual y sus limitaciones psicométricas, mientras que WHODAS 2.0 ofrece una evaluación genérica de discapacidad anclada en la ICF y organizada en seis dominios funcionales (Gold, 2014; Gspandl et al., 2018; WHO, 2012).

**Tabla 3.3. Lectura operativa de la GAF para planificación TCC**

Rango (orientativo)	GAF	Lectura clínica	Implicación preliminar para TCC
Muy bajo		Alta afectación global	Objetivos mínimos, más apoyo externo, menos complejidad
Intermedio-bajo		Deterioro relevante pero no extremo	Intervención gradual, tareas simples, foco conductual inicial
Intermedio		Capacidad parcial conservada	Posible combinación de trabajo cognitivo y funcional
Relativamente conservado		Problemas focales en contexto de funcionamiento general mejor	Intervención más específica y técnicamente ambiciosa

*Nota.* Esta tabla ofrece una lectura orientativa de los rangos GAF para la planificación TCC. Debe utilizarse como apoyo pragmático para graduar intensidad, ritmo y complejidad del plan, no como regla psicométrica cerrada. Su uso requiere integración con la formulación clínica, la LSP, la CAN y la perspectiva de la persona evaluada (Grootenboer et al., 2012; Jones et al., 1995; Pedersen et al., 2007).

### 3.3.6. Limitaciones del instrumento y precauciones interpretativas



La GAF no debe tratarse como sustituto de medidas específicas de funcionamiento o necesidades. Su potencia es sintética, pero esa misma síntesis es su principal debilidad. En este manual debe usarse como indicador de “altura global de funcionamiento” y no como instrumento analítico fino.

### 3.4. Life Skills Profile (LSP)

La Life Skills Profile fue diseñada para evaluar el funcionamiento cotidiano de personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves en áreas observables de la vida diaria. [Rosen et al. \(1989\)](#) plantearon la LSP como una medida de función y discapacidad orientada a valorar supervivencia, adaptación y funcionamiento comunitario. Su interés para este manual es directo porque aproxima la evaluación al desempeño real y facilita la traducción de dificultades funcionales a objetivos rehabilitadores concretos ([Rosen et al., 1989](#)).

La forma abreviada española, LSP-20, dispone de validación específica para contextos clínicos reales. [Burgés et al. \(2007\)](#) presentaron la adaptación y validación española del Life Skills Profile en su forma abreviada como instrumento para valorar habilidades de la vida cotidiana, con publicación en *Actas Españolas de Psiquiatría*. Esta versión resulta especialmente pertinente para práctica asistencial porque reduce carga de administración y mantiene una orientación funcional directamente útil para planificación rehabilitadora ([Burgés et al., 2007](#)).

En planificación TCC, la LSP permite pasar de una afirmación global —“bajo funcionamiento”, “poca autonomía” o “deterioro social”— a dianas observables de intervención. Un bajo rendimiento en autocuidado puede traducirse en activación conductual, programación de rutinas y análisis de barreras. Las dificultades en contacto social pueden orientar hacia habilidades sociales, exposición graduada o trabajo sobre expectativas de rechazo. Las alteraciones en responsabilidad cotidiana pueden requerir resolución de problemas, apoyos externos y entrenamiento en planificación. Esta lectura se apoya en la finalidad funcional de la LSP y en su validación como instrumento para valorar habilidades de vida cotidiana en contextos clínicos ([Burgés et al., 2007](#); [Rosen et al., 1989](#)).

En relación con otras medidas, la LSP/LSP-20 ocupa un lugar particularmente útil cuando el objetivo es vincular evaluación funcional y diseño del plan TCC. Frente a medidas más generales de discapacidad, como la WHODAS 2.0, ofrece una lectura más próxima a las actividades cotidianas y a la planificación de intervenciones conductuales concretas. La WHODAS 2.0 aporta, en cambio, una medición genérica y transversal de discapacidad anclada en la ICF, útil para comparabilidad entre trastornos y contextos. La PSP, por su parte, dispone de validación en esquizofrenia y valora áreas funcionales relevantes como actividades socialmente útiles, relaciones personales, autocuidado y conducta perturbadora ([García-Portilla et al., 2011](#); [Juckel et al., 2008](#); [World Health Organization, 2012](#)).

Por ello, la inclusión de la LSP/LSP-20 en este manual se justifica por su cercanía directa al desempeño cotidiano y por su facilidad para traducir puntuaciones en objetivos conductuales y funcionales de intervención. No debe interpretarse como sustituto de medidas genéricas de discapacidad ni de escalas de funcionamiento social más amplias, sino como una herramienta

especialmente útil para conectar evaluación funcional, formulación TCC y planificación rehabilitadora (Burgés et al., 2007; Rosen et al., 1989).

### **3.4.1. Descripción del instrumento: constructo medido, dimensiones evaluadas (autocuidado, comportamiento social, comunicación, responsabilidad, comportamiento no perturbador)**

La Life Skills Profile (LSP) fue diseñada para evaluar el funcionamiento cotidiano de personas con trastorno mental grave en tareas y conductas observables de la vida diaria. Su interés para este manual es inmediato: desplaza el foco desde el síntoma aislado hacia el desempeño real en dominios que sí pueden traducirse a objetivos rehabilitadores concretos. La versión completa incluye **39 ítems**, mientras que la versión abreviada **LSP-20** fue desarrollada para facilitar su uso en práctica clínica habitual sin perder su orientación funcional (Burgés et al., 2007). Esta doble posibilidad —versión extensa o breve— es una ventaja importante en un capítulo que pretende combinar utilidad clínica, viabilidad y capacidad de traducción a decisiones TCC.

### **3.4.2. Propiedades psicométricas: fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio**

La LSP y, en particular, la LSP-20 cuentan con evidencia favorable en población con esquizofrenia. La adaptación española de la escala completa mostró fiabilidad, validez concurrente e internal consistency aceptables, y la validación posterior de la LSP-20 en población española con esquizofrenia confirmó su utilidad para contextos clínicos reales. Burgés et al. (2007) la defendieron precisamente como un instrumento apto para valorar habilidades de vida diaria en escenarios asistenciales no experimentales. Esta es una ventaja metodológica importante para el manual: la LSP-20 no solo mide funcionamiento, sino que lo hace en un nivel suficientemente cercano a la práctica cotidiana como para servir de puente entre evaluación y formulación de objetivos.

### **3.4.3. Valor clínico específico en rehabilitación psicosocial**

La LSP resulta especialmente adecuada para un manual de rehabilitación psicosocial porque permite traducir desempeño cotidiano a dianas de intervención más concretas que las que ofrecen muchas escalas globales. Mientras una medida panorámica informa de deterioro general, la LSP aproxima la evaluación a cuestiones operativas: autocuidado, manejo interpersonal, responsabilidad, iniciativa, conductas disruptivas o participación en actividades. Esta proximidad a la vida cotidiana la convierte en una escala muy fértil para diseñar objetivos TCC funcionales, graduados y observables. En ese sentido, probablemente encaja mejor que otras medidas más generales cuando el propósito no es solo describir discapacidad, sino identificar qué repertorios cotidianos conviene fortalecer y con qué secuencia.

### **3.4.4. Comparación breve con alternativas actuales**

La WHODAS 2.0 ofrece una medida genérica y transversal de discapacidad con fuerte respaldo institucional y comparabilidad entre trastornos y contextos. La PSP, por su parte, dispone de



validación sólida en esquizofrenia y valora áreas funcionales relevantes como actividades socialmente útiles, relaciones personales, autocuidado y conducta perturbadora. Si, pese a ello, la LSP/LSP-20 ofrece una lectura más directamente rehabilitadora del desempeño cotidiano y porque su estructura se presta con especial facilidad a traducir puntuaciones en objetivos conductuales y funcionales de intervención (García Portilla et al., 2011; Juckel et al., 2008).

### 3.4.5. Utilidad clínica para la planificación TCC: perfiles de habilidades y su correspondencia con áreas de intervención cognitivo-conductual

La gran ventaja clínica de la LSP es que traduce funcionamiento cotidiano a conductas observables. Eso la convierte en uno de los instrumentos más directamente útiles para seleccionar objetivos TCC. Si fallan autocuidado y rutina, la entrada suele pasar por activación, estructura y hábitos. Si falla iniciativa social, cobran peso habilidades sociales, exposición y trabajo sobre ansiedad y autoestigma. Si el problema se concentra en cumplimiento terapéutico, la TCC puede orientarse a adherencia, resolución de problemas, regulación del ritmo diario y prevención de recaídas.

**Tabla 3.4. Correspondencia entre dimensiones LSP/LSP-20 y áreas TCC**

Dimensión / área	Lectura clínica	Área TCC sugerida
Autocuidado	Déficits básicos de rutina y organización	Activación, hábitos, secuenciación conductual
Iniciativa social	Retraimiento, baja participación	Habilidades sociales, exposición, trabajo cognitivo sobre rechazo
Cumplimiento terapéutico	Dificultad para sostener indicaciones y continuidad	Adherencia, resolución de problemas, prevención de recaídas
Conducta antisocial / no perturbadora	Impulsividad o conducta social desajustada	Regulación emocional, solución de problemas, control estímulos

*Nota.* Esta tabla constituye una traducción clínica orientativa de dimensiones LSP/LSP-20 a objetivos funcionales de intervención TCC. No debe leerse como una matriz validada de correspondencia automática entre puntuaciones e intervención, sino como una herramienta de planificación basada en la finalidad funcional de la escala y en su uso para valorar habilidades de vida cotidiana (Burgés et al., 2007; Rosen et al., 1989).

### 3.4.6. Limitaciones del instrumento y precauciones interpretativas

La LSP no debe leerse como una medida exhaustiva del funcionamiento global ni como sustituto de escalas de discapacidad más amplias. Además, al basarse en observación clínica o en informantes, puede verse afectada por variabilidad entre evaluadores y por el contexto en que se observa a la persona. Por ello, su mejor uso en este manual es complementario: convertir dificultades cotidianas en prioridades de intervención, no agotar por sí sola la valoración funcional. Su valor es máximo cuando se combina con una medida panorámica del funcionamiento y con una evaluación explícita de necesidades no cubiertas.

## 3.5. Camberwell Assessment of Need (CAN)

La Camberwell Assessment of Need fue desarrollada para identificar necesidades de salud y sociales en personas con enfermedad mental grave. Su valor específico dentro de este manual



reside en que introduce una dimensión que ni la BPRS, ni la GAF ni la LSP cubren de forma suficiente: la diferencia entre necesidad ausente, necesidad cubierta y necesidad no cubierta. Phelan et al. (1995) mostraron validez y fiabilidad adecuadas del instrumento original, consolidando su uso como herramienta para evaluar necesidades clínicamente relevantes en esta población (Phelan et al., 1995).

La versión española del CAN cuenta también con evidencia de fiabilidad publicada. Rosales Varo et al. (2002) estudiaron la fiabilidad de la versión española en personas con diagnóstico de esquizofrenia y profesionales implicados en su atención, y concluyeron que el instrumento presenta alta fiabilidad para evaluar necesidades en personas con trastornos psicóticos de larga evolución. La ficha de *Actas Españolas de Psiquiatría* confirma la publicación del estudio en el volumen 30, número 2, páginas 99–104, y PubMed recoge que la versión española del CAN es altamente fiable para evaluar necesidades en personas con trastornos psicóticos crónicos (Rosales Varo et al., 2002).

La segunda edición clínica de la CAN mantiene esa lógica y refuerza su utilidad para práctica real al organizar dominios de necesidad sanitaria y social de manera operativa. En rehabilitación psicosocial, esta característica tiene especial importancia porque permite diferenciar problemas abordables directamente mediante TCC de otros cuya modificación requiere coordinación asistencial, apoyos comunitarios o intervención contextual previa o simultánea. La CAN no sustituye la formulación clínica, pero ayuda a ordenar prioridades y a reconocer límites reales de la intervención psicológica cuando existen necesidades básicas o estructurales todavía no resueltas (Phelan et al., 1995; Slade & Thornicroft, 2020).

Además, la CAN resulta especialmente valiosa porque integra la perspectiva del profesional y la de la persona usuaria. Esa doble lectura evita reducir la necesidad a una mirada exclusivamente técnica y favorece una priorización más compatible con el enfoque centrado en la persona. En este manual, la CAN debe entenderse como una herramienta de discriminación de viabilidad y priorización contextual: ayuda a decidir qué puede trabajarse de forma directa mediante TCC, qué requiere apoyo simultáneo y qué exige coordinación previa para que la intervención resulte realmente posible (Phelan et al., 1995; Rosales Varo et al., 2002; Slade & Thornicroft, 2020).

En el contexto español existen versiones adaptadas del CAN y de la CANFOR con respaldo psicométrico publicado. La versión española del CAN fue traducida y estudiada por el Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental, mostrando alta fiabilidad para evaluar necesidades en personas con trastornos psicóticos de larga evolución (Rosales Varo et al., 2002). Por su parte, la versión española de la CANFOR fue validada en población penitenciaria en Cataluña. Escuder-Romeva et al. (2010) evaluaron la versión forense del instrumento en personas atendidas en servicios penitenciarios de salud mental y confirmaron su utilidad para valorar necesidades en población con trastorno mental grave en ese ámbito específico. Esta referencia debe utilizarse solo cuando el manual aluda a contextos forenses o penitenciarios, y no como sustituto general del CAN clínico (Escuder-Romeva et al., 2010).

### **3.5.1. Descripción del instrumento: constructo medido, dominios de necesidad evaluados y estructura (necesidades cubiertas, necesidades no cubiertas, ausencia de necesidad)**



La CAN fue diseñada para evaluar necesidades de personas con trastorno mental grave, distinguiendo entre necesidad ausente, necesidad cubierta y necesidad no cubierta. Ese rasgo la hace especialmente valiosa para rehabilitación psicosocial, porque no solo detecta problemas, sino también si esos problemas están siendo suficientemente atendidos. Phelan et al. (1995) la presentaron precisamente como instrumento válido y fiable para necesidades en trastorno mental grave. La segunda edición de la versión clínica, CAN-C, evalúa 22 dominios de necesidad y fue concebida específicamente para uso clínico. Además de calificar la necesidad, registra la ayuda recibida de fuentes formales e informales y permite anotar un plan de acción por dominio. Este diseño la convierte en una herramienta especialmente valiosa para la interfaz entre formulación clínica, coordinación de apoyos y priorización terapéutica

### 3.5.2. Propiedades psicométricas: fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio

La base psicométrica de la CAN está bien establecida desde su estudio original. Phelan et al. (1995) mostraron validez y fiabilidad adecuadas para evaluar necesidades en personas con trastorno mental grave. Posteriormente, McCrone et al. (2000) respaldaron la fiabilidad de la versión europea. Aun así, la propia historia del instrumento aconseja una lectura metodológicamente madura: la CAN es muy potente para mapear necesidades, pero no todas sus subdimensiones presentan una estructura interna simple ni una convergencia perfecta con otras medidas de funcionamiento o discapacidad. Dicho de forma llana, la CAN mide algo clínicamente muy importante, pero ese “algo” no se reduce sin resto a una sola dimensión psicométrica limpia. Esto no debilita su uso clínico; obliga a utilizarla como herramienta de evaluación de necesidades y no como escala global de gravedad.

### 3.5.3. Valor específico para la planificación TCC

La CAN en este capítulo es que introduce una dimensión que las otras escalas no captan bien: la diferencia entre problema, necesidad, apoyo existente y necesidad no cubierta. Esa distinción es crucial en rehabilitación psicosocial. Una persona puede presentar malestar psicológico elevado y, sin embargo, no ser viable una intervención TCC intensiva si existen necesidades básicas no cubiertas en alojamiento, economía o apoyo comunitario. La CAN permite justamente discriminar cuándo una dificultad puede abordarse de forma directa mediante TCC, cuándo requiere coordinación simultánea y cuándo debe tratarse antes de aumentar la exigencia terapéutica. En este sentido, su utilidad no está solo en priorizar, sino en impedir planes clínicamente elegantes, pero contextualmente inviables.

### 3.5.4. Procedimiento de administración y puntuación: perspectiva del usuario y perspectiva del profesional

Uno de los mayores aciertos de la CAN es su doble perspectiva. Puede recoger la valoración del usuario y la del profesional sobre los mismos dominios. Esta dualidad es clínicamente muy rica porque permite detectar discrepancias: áreas que el profesional considera problemáticas pero el usuario no prioriza, o necesidades que el usuario vive como centrales mientras el equipo las



subestima. La administración clínica rigurosa no debería borrar esa tensión, sino utilizarla para la formulación y la negociación de objetivos.

### 3.5.5. Adaptaciones culturales y versiones en español

La versión española del CAN dispone de estudios de fiabilidad y de uso en contextos de larga evolución psiquiátrica. Además, existen desarrollos y validaciones específicas como CANFOR en español para contexto forense. Para el presente manual, lo esencial es que el CAN cuenta con una base suficiente de adaptación en español para sostener su uso clínico razonado.

### 3.5.6. Utilidad clínica para la planificación TCC: necesidades no cubiertas como insumo directo para la formulación de objetivos de intervención

La CAN introduce una dimensión que BPRS, GAF y LSP no recogen con la misma precisión: el grado en que el entorno de apoyo ya está respondiendo o no a las dificultades. Eso tiene consecuencias directas para TCC. No toda necesidad detectada es abordable mediante TCC, pero muchas sí afectan a su viabilidad y a su prioridad. Por ejemplo, necesidades no cubiertas en actividad diurna, compañía, malestar psicológico, gestión del tiempo o acceso a apoyos pueden convertirse en objetivos o coobjetivos de la intervención. La CAN obliga a pensar la TCC dentro del sistema real de cuidado y no solo dentro de la consulta.

**Tabla 3.5. Lectura de la CAN orientada a TCC**

Tipo de hallazgo CAN	Lectura clínica	Consecuencia para TCC
Necesidad no cubierta claramente abordable por trabajo cognitivo-conductual	Problema activo sin respuesta suficiente	Puede convertirse en objetivo TCC directo
Necesidad no cubierta pero no abordable solo por TCC	Barrera contextual o social principal	Requiere coordinación previa o simultánea
Necesidad cubierta	Recurso ya operativo	Puede actuar como factor protector o apoyo a tareas
Discrepancia usuario-profesional	Diferencia de prioridades o insight	Requiere negociación y formulación compartida

*Nota.* Esta tabla aplica la lógica de la CAN a la planificación TCC. La distinción entre necesidad ausente, cubierta y no cubierta procede de la estructura del instrumento; la traducción a objetivo directo de TCC, coobjetivo compartido o condición previa es una aplicación operativa del manual y debe contrastarse siempre con la formulación clínica, la voz de la persona y la coordinación interdisciplinar (Phelan et al., 1995; Rosales Varo et al., 2002; Slade & Thornicroft, 2020)

### 3.5.6. Limitaciones del instrumento y precauciones interpretativas

También aquí conviene ser prudentes. La CAN no decide automáticamente qué debe tratar la TCC ni sustituye la formulación clínica. Una necesidad identificada como no cubierta no implica, por sí sola, que sea diana directa de intervención cognitivo-conductual. Algunas necesidades son prioritariamente contextuales o asistenciales; otras son parcialmente abordables mediante TCC;



y otras exigen una combinación de trabajo terapéutico y coordinación de recursos. Por eso, en este manual la CAN debe presentarse como una herramienta de priorización contextual y de discriminación de viabilidad, no como un algoritmo automático de indicación terapéutica. Esa formulación la vuelve mucho más defendible desde el punto de vista metodológico.

## 3.6. Matrices de correspondencia entre instrumentos y áreas de intervención TCC

### 3.6.1. Lógica de construcción de las matrices: cómo se traducen las puntuaciones en prioridades de intervención

Las matrices de correspondencia propuestas en este capítulo deben entenderse como herramientas de traducción clínica y no como algoritmos empíricamente validados. Su finalidad es convertir datos dispersos en decisiones más trazables sobre priorización, intensidad, secuencia y necesidad de coordinación. Esta lógica es coherente con la literatura reciente sobre valoración rutinaria de resultados y feedback clínico, que subraya que las medidas estandarizadas mejoran su utilidad cuando ayudan a estructurar decisiones y revisar el tratamiento, y no cuando permanecen desconectadas de la formulación y del plan terapéutico (McAleavey et al., 2024).

En este volumen, la BPRS aporta la lectura de carga y configuración psicopatológica; la GAF ofrece una visión panorámica del nivel general de exigencia que probablemente puede tolerar el plan; la LSP concreta déficits funcionales susceptibles de convertirse en objetivos de intervención; y la CAN permite discriminar necesidades abordables directamente mediante TCC de otras que exigen coordinación o apoyo contextual. La función de las matrices no es mecanizar la intervención, sino hacer más explícita la transición entre evaluación y decisión clínica. En consecuencia, su valor es heurístico y operativo: ayudan a reducir arbitrariedad, a ordenar la deliberación terapéutica y a justificar por qué se elige una línea de intervención y no otra (McAleavey et al., 2024; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989; Velligan et al., 2005).

Las matrices de correspondencia entre BPRS, GAF, LSP, CAN y prioridades TCC son síntesis heurísticas derivadas de la literatura psicométrica de los instrumentos y de la lógica clínica de planificación cognitivo-conductual. No sustituyen la formulación individual, no establecen indicaciones automáticas y no deben utilizarse como reglas cerradas de decisión. Su función es hacer más trazable el paso desde la evaluación descriptiva hacia la priorización, la secuencia, la intensidad y las necesidades de coordinación del plan TCC (Jones et al., 1995; McAleavey et al., 2024; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989; Velligan et al., 2005).

### 3.6.2. Matriz BPRS → áreas de intervención TCC

Hallazgo BPRS predominante	Área prioritaria de intervención
Susplicacia, ideas inusuales, alucinaciones	TCC para psicosis: afrontamiento, normalización, trabajo con interpretación



Ansiedad, depresión, culpa	Reestructuración adaptada, activación, regulación emocional
Retraimiento, lentificación	Activación conductual y estructura diaria
Hostilidad / excitación	Regulación, contención, simplificación, prevención de crisis

### 3.6.3. Matriz GAF → intensidad y formato de la intervención TCC

Nivel funcional global	Intensidad / formato sugerido
Muy bajo	Sesiones más breves, objetivos mínimos, foco conductual, alta coordinación
Bajo-intermedio	TCC gradual, tareas muy simples, fuerte apoyo entre sesiones
Intermedio	Formato individual o combinado según objetivos
Intermedio-alto con problemas focales	TCC más específica, posibilidad de mayor carga cognitiva

### 3.6.4. Matriz LSP → objetivos funcionales de la intervención TCC

Déficit LSP predominante	Objetivo TCC preliminar
Autocuidado bajo	Rutinas, activación, secuenciación de hábitos
Iniciativa social baja	Exposición, habilidades sociales, trabajo sobre autoestigma
Cumplimiento terapéutico bajo	Adherencia, resolución de problemas, prevención de recaídas
Conducta social desajustada	Regulación emocional, solución de problemas, control estimular

### 3.6.5. Matriz CAN → necesidades no cubiertas abordables mediante TCC

Necesidad CAN	¿Abordable mediante TCC?	Tipo de intervención
Malestar psicológico	Sí, frecuentemente	Regulación, reestructuración, afrontamiento
Actividad diurna	Sí, a menudo	Activación conductual, programación y resolución de problemas
Compañía / aislamiento	Parcialmente	Exposición, habilidades sociales, coordinación con apoyos
Alojamiento / economía	No de forma directa	Derivación y coordinación; la TCC puede trabajar el impacto secundario
Manejo de síntomas	Sí	Psicoeducación, afrontamiento, prevención de recaídas

### 3.6.6. Integración de las cuatro matrices en un perfil evaluativo global orientado a la planificación TCC

La utilidad real del capítulo aparece cuando se leen las cuatro matrices de forma integrada. Por ejemplo: una persona con BPRS alta en suspicacia y alucinaciones, GAF baja, LSP con deterioro en autocuidado e iniciativa social y CAN con necesidades no cubiertas en actividad diurna y apoyo social no debería iniciar con una TCC cargada de reestructuración cognitiva abstracta. La entrada más razonable sería alianza, normalización, afrontamiento, estructuración básica y coordinación. En cambio, otra persona con BPRS moderada, GAF intermedia, LSP relativamente

conservada y CAN centrada en aislamiento y actividad significativa podría beneficiarse de un plan con más peso en habilidades sociales, exposición, activación y trabajo sobre expectativas de fracaso. Ésa es la función de la evaluación orientada a TCC: no acumular puntuaciones, sino preparar decisiones.

### Plantilla 3.1. Síntesis evaluativa orientada al paso al Capítulo 4

Apartado	Síntesis breve
BPRS	
GAF	
LSP	
CAN	
Principales fortalezas	
Principales barreras	
Prioridades preliminares para TCC	
Necesidades de coordinación previas o simultáneas	

Nota: La matriz integrada debe emplearse como apoyo para reuniones clínicas, revisión del PAI y transición desde evaluación descriptiva a plan TCC. Su valor reside en ordenar la decisión, no en reemplazarla. Una configuración de alta carga psicopatológica, bajo funcionamiento, deterioro en habilidades cotidianas y necesidades no cubiertas no indica automáticamente una técnica, sino una secuencia prudente de trabajo: alianza, simplificación, afrontamiento, estructuración básica y coordinación. Del mismo modo, perfiles más conservados permiten aumentar gradualmente el peso de activación, exposición, habilidades sociales o trabajo cognitivo, siempre que la formulación individual lo justifique (McAleavey et al., 2024; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989; Velligan et al., 2005). El apéndice B del manuscrito ya explicita que estas matrices no sustituyen la formulación, sino que ayudan a ordenar la decisión clínica; conviene mantener esa cautela también en el cuerpo del capítulo.

### Resumen final

En este capítulo hemos defendido que la evaluación útil para TCC en rehabilitación psicosocial no se limita a describir, sino que debe preparar decisiones. La BPRS permite estimar la carga y configuración psicopatológica del momento; la GAF aporta una visión panorámica del nivel global de funcionamiento; la LSP convierte el desempeño cotidiano en objetivos potencialmente tratables; y la CAN introduce la dimensión decisiva de las necesidades cubiertas y no cubiertas desde la perspectiva del usuario y del profesional (Jones et al., 1995; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989; Velligan et al., 2005). Leídas conjuntamente, estas herramientas permiten construir un perfil clínico-funcional integrado y traducirlo a prioridades de intervención, intensidad, secuencia y necesidades de coordinación. Ese paso debe entenderse como una aplicación de la evaluación a la toma de decisiones clínicas, coherente con la atención basada en medidas y el uso activo de feedback clínico en psicoterapia (McAleavey et al., 2024).





# 4

## Del perfil evaluativo al plan de intervención TCC: algoritmos de decisión, objetivos terapéuticos y plantillas estandarizadas

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de traducir un perfil evaluativo clínico-funcional a un plan de intervención cognitivo-conductual técnicamente justificado; utilizar algoritmos de decisión clínica para seleccionar líneas de intervención, secuencia e intensidad; formular objetivos terapéuticos mediante metodología SMART sin perder su conexión con la formulación del caso; priorizar objetivos con la persona desde una perspectiva colaborativa y orientada a recuperación; y emplear plantillas estandarizadas para hacer trazable la relación entre evaluación, hipótesis, objetivos, técnicas, apoyos, seguimiento y revisión dentro del Plan de Atención Individualizada (PAI). Esta lógica es coherente con la atención basada en medidas, entendida como un proceso clínico flexible y centrado en la persona que utiliza mediciones repetidas para informar la atención, y con la monitorización rutinaria de resultados, que subraya la necesidad de que los datos clínicos sirvan realmente para revisar y ajustar el tratamiento (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025). NICE NG181, además, sitúa la evaluación, la planificación del cuidado, la organización de apoyos y la revisión dentro de la rehabilitación de personas adultas con psicosis compleja, lo que refuerza la necesidad de convertir el perfil evaluativo en decisiones clínicas explícitas y revisables (NICE, 2020).

### Resumen inicial

Este capítulo se sitúa en el punto en el que la evaluación deja de ser descriptiva y comienza a orientar decisiones. Una vez construido el perfil clínico-funcional mediante BPRS, GAF, LSP y CAN, el siguiente paso no consiste en elegir técnicas de forma intuitiva, sino en organizar una secuencia de intervención que conecte evaluación, hipótesis clínica, objetivos, técnicas, apoyos,

seguimiento y criterios de revisión. Si estas operaciones no se explicitan, la TCC corre el riesgo de convertirse en una suma de técnicas seleccionadas por hábito, por preferencia del terapeuta o por presión organizativa. La literatura reciente sobre monitorización rutinaria de resultados y atención basada en medidas insiste precisamente en que la recogida de datos solo adquiere valor clínico cuando se incorpora a la toma de decisiones, al feedback terapéutico y al ajuste del tratamiento (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

La lógica del capítulo es, por tanto, deliberadamente operativa. En primer lugar, se presentan algoritmos de decisión clínica que ayudan a seleccionar línea de intervención, secuencia, intensidad, coordinación con farmacoterapia y criterios de modificación del plan. En segundo lugar, se reformula la metodología SMART para que los objetivos no funcionen como una plantilla administrativa, sino como una herramienta clínica vinculada a la formulación del caso y a las prioridades de la persona. En tercer lugar, se ofrecen plantillas que permiten registrar el plan TCC como componente específico dentro del PAI. Estas herramientas deben entenderse como apoyos heurísticos para ordenar la deliberación clínica, no como algoritmos empíricamente validados ni como sustitutos de la formulación individual, la decisión compartida y la coordinación interdisciplinar (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

#### **Palabras clave**

*Algoritmo de decisión clínica; objetivos SMART; formulación cognitivo-conductual; planificación TCC; priorización terapéutica; intervención escalonada; rehabilitación psicosocial; plantillas estandarizadas; revisión del plan; continuidad asistencial.*

## **4.1. Algoritmos de decisión clínica para la intervención cognitivo-conductual**

### **4.1.1. Fundamento de los algoritmos: integración del modelo de vulnerabilidad-estrés (Cap. 1) con el perfil evaluativo (Cap. 3) para la toma de decisiones**

El fundamento de los algoritmos no es sustituir el juicio clínico, sino organizarlo. En este manual, decidir una intervención TCC significa responder de forma secuencial a varias preguntas: qué problema produce mayor interferencia actual, cómo interactúan vulnerabilidades, estresores y factores protectores en ese problema, qué parte de esa interacción resulta modificable mediante procedimientos cognitivo-conductuales y qué condiciones del contexto obligan a adaptar, escalonar o posponer determinadas técnicas. Esta forma de estructurar la decisión clínica es coherente con la atención basada en medidas, entendida como un proceso clínico flexible y centrado en la persona que utiliza medidas repetidas para informar la planificación, revisar el progreso y ajustar el tratamiento (Resnick et al., 2025).

En términos prácticos, la BPRS informa sobre la carga y configuración psicopatológica del momento; la GAF orienta el nivel general de exigencia terapéutica que probablemente puede



sostenerse; la LSP concreta déficits funcionales y habilidades disponibles; y la CAN muestra qué necesidades están cubiertas, cuáles no y cuáles condicionan la viabilidad real del tratamiento. La integración de estos cuatro ejes, leída a la luz del modelo de vulnerabilidad-estrés, permite pasar de “qué tiene la persona” a “qué secuencia de intervención es más razonable aquí y ahora”. Presentado así, el algoritmo no mecaniza la intervención, sino que hace más trazable la deliberación clínica y obliga a justificar por qué se prioriza una línea de trabajo y no otra. Esa trazabilidad es coherente con la monitorización rutinaria de resultados y el feedback clínico, siempre que los datos se utilicen activamente para revisar el curso del tratamiento (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

Por ello, los algoritmos de este capítulo deben entenderse como **heurísticas estructuradas**. Su valor aumenta cuando ayudan a que las decisiones sobre línea inicial, secuencia, intensidad y revisión queden ancladas en datos clínicos observables y no en preferencias tácitas del profesional. En rehabilitación psicosocial, esta explicitación es especialmente importante porque la intervención rara vez depende solo del diagnóstico: depende también del momento evolutivo, del contexto de apoyos, de la capacidad de la persona para sostener tareas entre sesiones y de la necesidad de coordinarse con otros componentes del PAI. NICE NG181 refuerza precisamente esta lógica al situar la rehabilitación de personas con psicosis compleja dentro de procesos de evaluación, planificación del cuidado, programas de intervención y revisión continuada (NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

#### **Nota metodológica común para los algoritmos 4.1.2–4.1.5**

Los algoritmos de selección de línea de intervención, secuenciación, intensidad y modificación del tratamiento son herramientas heurísticas de planificación clínica. Derivan del perfil evaluativo integrado y de la literatura sobre atención basada en medidas, monitorización rutinaria de resultados, feedback clínico y rehabilitación de personas con psicosis compleja. No sustituyen la formulación clínica individual, no establecen indicaciones automáticas y no deben emplearse como reglas cerradas de decisión. Su función es ordenar la deliberación profesional, facilitar la trazabilidad del plan y hacer explícitos los criterios que justifican la elección, mantenimiento, intensificación, pausa o cierre de una línea de intervención TCC (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

### **4.1.2. Algoritmo 1 — Selección de la línea de intervención TCC: dado este perfil, ¿qué tipo de intervención cognitivo-conductual priorizar?**

La primera decisión clínica no es qué técnica nos resulta más familiar, sino qué línea de intervención responde mejor al punto de máxima interferencia actual.

#### **Algoritmo 1. Selección de línea de intervención**

<b>Perfil predominante</b>	<b>Pregunta guía</b>	<b>Línea TCC prioritaria</b>
Alta carga psicótica activa, suspicacia, alucinaciones absorbentes, desorganización leve o moderada	¿El malestar está dominado por síntomas positivos y su impacto inmediato?	TCC para psicosis: alianza, normalización, afrontamiento, trabajo gradual con creencias



Retraimiento, apatía, enlentecimiento, baja iniciativa, escasa estructura diaria	¿El principal bloqueo está en la inercia conductual y la pérdida de refuerzo?	Activación conductual y estructuración de rutinas
Crisis emocionales frecuentes, impulsividad, autolesión, labilidad intensa	¿El caso está dominado por desregulación emocional y riesgo?	Regulación emocional, tolerancia al malestar, prevención de crisis
Déficits claros en interacción, evitación social, miedo al juicio, aislamiento comunitario	¿La principal limitación es social e interpersonal?	Habilidades sociales, exposición interpersonal y trabajo sobre cogniciones de incapacidad
Recaídas repetidas, señales tempranas mal reconocidas, abandono de tratamiento	¿El problema central es longitudinal y preventivo?	Prevención de recaídas, adherencia y autorregulación
Necesidades funcionales concretas: dinero, compras, transporte, citas, organización	¿El caso está bloqueado por problemas prácticos reiterados?	Resolución de problemas aplicada a la vida diaria
Cogniciones transversales dominantes: desesperanza, autoestigma, expectativas de fracaso	¿La conducta está mantenida por conclusiones globales de incapacidad?	Reestructuración adaptada + experimentos conductuales

#### Regla de uso

Se elegirá como línea inicial aquella que ataque antes el factor modificable que bloquea más intensamente el resto del plan. No siempre coincide con el problema más visible ni con el diagnóstico principal.

### 4.1.3. Algoritmo 2 — Secuenciación de intervenciones: ¿en qué orden abordar las diferentes áreas?

Una vez seleccionada la línea prioritaria, la siguiente cuestión es el orden. En TMG, intentar trabajar todo a la vez suele producir dispersión, fracaso temprano o pseudoavance.

#### Algoritmo 2. Secuenciación clínica

Situación clínica	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3
Alta desorganización o malestar que impide sostener trabajo estructurado	Estabilización básica	Alianza y formulación compartida simple	Técnica específica posterior
Síntomas positivos persistentes con evitación marcada	Afrontamiento y normalización	Exposición funcional / reducción de conductas de seguridad	Trabajo cognitivo más directo
Síntomas negativos o inercia funcional severa	Activación mínima y rutinas	Trabajo sobre creencias derrotistas	Participación comunitaria



Desregulación emocional y autolesión	Seguridad y regulación	Análisis funcional de crisis	Trabajo con esquemas / creencias nucleares
Bipolaridad con riesgo de recaída	Registro de señales tempranas y ritmos	Adherencia / cogniciones sobre tratamiento	Prevención de recaídas formalizada
Depresión resistente con desesperanza crónica	Activación de muy baja demanda	Revisión de predicciones de inutilidad	Reconstrucción funcional progresiva

#### Regla de uso

Primero se interviene sobre aquello que, siendo modificable, abre más posibilidades al resto del tratamiento. Después se introducen componentes cognitivos o funcionales de mayor complejidad.

#### 4.1.4. Algoritmo 3 — Determinación de la intensidad: número de sesiones, frecuencia, duración de la sesión y formato (individual, grupal o combinado)

La intensidad no debe decidirse por disponibilidad organizativa solamente. Debe derivarse del perfil clínico-funcional.

##### Algoritmo 3. Determinación de intensidad

Perfil clínico-funcional	Frecuencia orientativa	Duración orientativa	Formato sugerido
Alta complejidad, baja tolerancia cognitiva, crisis frecuentes	1 sesión semanal, con posibilidad de apoyos intermedios	30–40 min	Individual
Complejidad moderada, capacidad parcial de tareas y continuidad	1 sesión semanal o quincenal según fase	35–45 min	Individual o combinado
Objetivos funcionales y sociales con suficiente estabilidad	1 sesión semanal o combinación con módulo grupal	40–45 min	Combinado
Perfil más estable, objetivos específicos y buena autonomía	Quincenal en fases de consolidación	40–50 min	Individual / grupal según objetivo
Prevención de recaídas y mantenimiento	Más espaciada, revisiones periódicas	30–45 min	Individual, grupal o mixto

##### Criterios adicionales

- **Más apoyo y menor carga cognitiva** cuando la GAF es baja, la BPRS es alta o la LSP indica deterioro cotidiano relevante.
- **Más posibilidad de formato combinado** cuando hay estabilidad mínima y objetivos sociales o funcionales compatibles.



- **Más necesidad de individualización** cuando predominan paranoia, voces, trauma, autolesión o alianzas frágiles.

#### 4.1.5. Algoritmo 4 — Decisiones de modificación en curso: cuándo mantener, modificar, intensificar o suspender la intervención TCC

La planificación rigurosa exige definir de antemano qué señales indicarán continuidad o cambio.

##### Algoritmo 4. Revisión en curso

Situación observada	Decisión más probable
Progreso parcial, alianza conservada, tareas comprensibles pero insuficientes	Intensificar o afinar
Objetivo correcto, pero tareas demasiado complejas o mal ajustadas	Modificar
Aumento de malestar, desorganización, crisis o deterioro del contexto	Pausar / reconfigurar
Ningún avance tras ajustes razonables y ausencia de condiciones de trabajo	Suspender temporalmente o redirigir
Objetivos logrados o integrados en el funcionamiento cotidiano	Cerrar ese componente y pasar a mantenimiento

##### Indicadores orientativos de revisión

- asistencia,
- cumplimiento parcial o total de tareas,
- comprensión del objetivo,
- intensidad de malestar,
- frecuencia de la conducta diana,
- uso espontáneo de estrategias,
- calidad de alianza,
- generalización a contexto real.

#### 4.1.6. Algoritmo 5 — Integración con farmacoterapia: criterios de coordinación con el tratamiento psicofarmacológico

La TCC no se planifica como si la farmacoterapia fuese un contexto neutro. En personas con trastorno mental grave, la estabilidad clínica, la tolerancia cognitiva, la capacidad de sostener tareas entre sesiones y la interpretación de cambios o empeoramientos dependen, con frecuencia, de la interacción entre intervención psicológica, tratamiento farmacológico, apoyos psicosociales y condiciones de vida. Por ello, la coordinación con farmacoterapia no debe reducirse a registrar si la persona “toma medicación” o no, sino que debe incorporarse a la



formulación del plan: qué efectos terapéuticos se esperan, qué efectos adversos pueden interferir en la intervención, qué cambios recientes se han producido y qué señales clínicas obligan a revisar la secuencia de trabajo. Las guías NICE para psicosis y esquizofrenia sitúan la TCC dentro de un abordaje integral que incluye intervención farmacológica, apoyo familiar, monitorización física y orientación a recuperación; NICE NG181, por su parte, incluye la coordinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos dentro de la planificación rehabilitadora en psicosis compleja (NICE, 2014, 2020).

En trastorno bipolar, esta coordinación adquiere una relevancia especial porque la adherencia farmacológica, la detección de pródromos, la regulación de ritmos y la prevención de recaídas forman parte del núcleo de la intervención longitudinal. Las guías CANMAT/ISBD actualizadas mantienen que las intervenciones psicológicas son complementarias al tratamiento farmacológico y deben integrarse en una planificación fase-específica del trastorno (Keramatian et al., 2023). Además, la revisión sistemática de Prajapati et al. (2021) identifica determinantes modificables de adherencia en trastorno bipolar, lo que justifica que la TCC pueda trabajar ambivalencia, creencias sobre el tratamiento, rutinas, barreras contextuales y toma de decisiones vinculada a prevención de recaídas (Keramatian et al., 2023; Prajapati et al., 2021).

La coordinación con farmacoterapia debe operar como criterio de prudencia clínica. Si existen cambios recientes de medicación, efectos secundarios incapacitantes, inestabilidad aguda, abandono farmacológico o señales tempranas de recaída, el plan TCC debe ajustar ritmo, objetivos y carga de tareas. En esos casos, puede ser más adecuado priorizar psicoeducación, afrontamiento, adherencia, prevención de crisis y coordinación interdisciplinar antes que introducir procedimientos cognitivos o exposiciones de mayor complejidad. La decisión no consiste en supeditar la TCC a la farmacoterapia, sino en integrarla dentro de un plan donde ambos componentes se informan mutuamente y se revisan conforme evoluciona el caso (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014, 2020; Prajapati et al., 2021).

#### Algoritmo 5. Coordinación con farmacoterapia

Situación	Decisión TCC	Necesidad de coordinación
Cambios farmacológicos recientes con impacto en activación, sedación o atención	Reducir complejidad temporalmente	Alta
Mala adherencia que condiciona recaídas o fluctuación intensa	Integrar adherencia como objetivo clínico	Alta
Síntomas persistentes pese a tratamiento estable	Mantener TCC adaptada	Media-alta
Efectos secundarios que interfieren con tareas, rutinas o exposición	Reajustar objetivos y revisar barreras	Alta
Bipolaridad o psicosis con señales tempranas de recaída	Priorizar prevención y detección precoz	Alta

#### Regla clínica

La farmacoterapia no determina automáticamente la TCC, pero sí condiciona:

- el umbral de estabilidad necesario,
- la tolerancia cognitiva,



- el ritmo del trabajo,
- y la lectura de cambios o empeoramientos.

## 4.2. Formulación de objetivos terapéuticos TCC mediante metodología SMART

### 4.2.1. Referencia al marco SMART (Serie RPS, Vol. I, Cap. 5): aplicación específica a objetivos de intervención cognitivo-conductual

El criterio SMART sigue siendo útil siempre que no se convierta en una fórmula vacía. En TCC para TMG, un objetivo no debe ser solo específico, medible, alcanzable, relevante y temporalizado; debe además estar anclado en la formulación del caso y guardar relación con una dificultad que la persona reconozca como significativa en su vida cotidiana. La revisión integrativa de [Stewart et al. \(2022\)](#) encontró apoyo para el uso de la planificación de objetivos en salud mental, pero también mostró que no existe un único enfoque estandarizado claramente superior y que las formulaciones más consistentes son las individualizadas, colaborativas y orientadas a recuperación.

En este manual, por tanto, un objetivo SMART debe responder no solo a la pregunta “¿está bien formulado?”, sino también a esta otra: “¿qué dato evaluativo o formulativo justifica que éste sea el objetivo y no otro?”. Esta exigencia evita dos errores frecuentes. El primero es formular objetivos técnicamente correctos, pero clínicamente irrelevantes. El segundo es redactar objetivos claros sobre el papel que, en realidad, no guardan una relación explícita con el perfil evaluativo, con la secuencia del plan ni con las prioridades de la persona. El valor del criterio SMART aumenta cuando ayuda a hacer más visible el razonamiento clínico, y disminuye cuando funciona como plantilla administrativa despegada del caso ([Stewart et al., 2022](#)).

Presentado así, el marco SMART no reduce la intervención a una lógica burocrática de casillas. Al contrario, ayuda a que los objetivos sean observables, revisables y negociables sin perder su conexión con la recuperación, la funcionalidad y la singularidad del caso. En rehabilitación psicosocial, esa combinación entre precisión técnica y sentido subjetivo es la que convierte un objetivo en una verdadera palanca terapéutica y no en una consigna externa ([Stewart et al., 2022](#)).

### 4.2.2. Objetivos TCC para sintomatología positiva: ejemplos concretos de formulación SMART

El criterio SMART sigue siendo útil siempre que no se convierta en una fórmula vacía. En TCC para TMG, un objetivo no debe ser solo específico, medible, alcanzable, relevante y temporalizado; debe además estar anclado en la formulación del caso y guardar relación con una dificultad que la persona reconozca como significativa en su vida cotidiana. La revisión integrativa de [Stewart et al. \(2022\)](#) encontró apoyo para el uso de la planificación de objetivos en salud

mental, pero también mostró que no existe un único enfoque estandarizado claramente superior y que las formulaciones más consistentes son las individualizadas, colaborativas y orientadas a recuperación.

En este manual, por tanto, un objetivo SMART debe responder no solo a la pregunta “¿está bien formulado?”, sino también a esta otra: “¿qué dato evaluativo o formulativo justifica que este sea el objetivo y no otro?”. Esta exigencia evita dos errores frecuentes. El primero es formular objetivos técnicamente correctos, pero clínicamente irrelevantes. El segundo es redactar objetivos claros sobre el papel que, en realidad, no guardan una relación explícita con el perfil evaluativo, con la secuencia del plan ni con las prioridades de la persona. El valor del criterio SMART aumenta cuando ayuda a hacer visible el razonamiento clínico, y disminuye cuando funciona como plantilla administrativa despegada del caso (Stewart et al., 2022).

La formulación de objetivos debe incorporar, además, una lógica de decisión compartida. Thomas et al. (2021) muestran que la toma de decisiones compartida es especialmente pertinente en personas con enfermedad mental grave, precisamente porque muchas desean participar de manera más activa en las decisiones sobre su atención. Aplicado a la TCC, esto implica que el objetivo no puede quedar definido solo por el profesional ni solo por el instrumento de evaluación: debe construirse como punto de encuentro entre datos clínicos, formulación técnica, viabilidad contextual y significado personal (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

**Tabla 4.1. Ejemplos SMART para sintomatología positiva**

Formulación deficiente	Formulación SMART adecuada
“Reducir los delirios”	“Durante las próximas seis semanas, la persona identificará en sesión y fuera de sesión al menos dos desencadenantes frecuentes de aumento de convicción persecutoria y ensayará una estrategia de demora interpretativa en tres situaciones registradas.”
“Trabajar las voces”	“En cuatro semanas, la persona pondrá en práctica dos estrategias de afrontamiento frente a voces en al menos tres episodios semanales, registrando nivel de malestar antes y después en una escala de 0 a 10.”
“Que deje de pensar que le persiguen”	“En seis semanas, la persona revisará una situación semanal de interpretación amenazante diferenciando hechos observados, significado atribuido y una alternativa plausible, con apoyo visual simplificado.”

*Nota.* Los ejemplos de esta tabla son formulaciones clínicas orientativas derivadas de la evidencia y guías sobre TCC para psicosis. Deben entenderse como apoyos para traducir síntomas positivos a objetivos de reducción de malestar, interferencia, amenaza y conductas de seguridad, no como promesas de eliminación completa de delirios o alucinaciones. La selección y graduación del objetivo debe ajustarse al perfil clínico, al contexto de apoyos y a los posibles modificadores de respuesta al tratamiento (Berendsen et al., 2024; NICE, 2014; Varese et al., 2025).

### 4.2.3. Objetivos TCC para sintomatología negativa: ejemplos concretos de formulación SMART

Tabla 4.2. Ejemplos SMART para sintomatología negativa

Formulación deficiente	Formulación SMART adecuada
“Aumentar la motivación”	“Durante las próximas cuatro semanas, la persona realizará una rutina matinal básica —levantarse, asearse y vestirse— al menos tres días por semana, registrando ejecución con apoyo visual.”
“Mejorar la apatía”	“En seis semanas, la persona iniciará una actividad breve fuera de la cama una vez al día, cinco días por semana, registrando sensación de dominio y esfuerzo percibido.”
“Que esté más activa”	“En el plazo de un mes, la persona realizará dos actividades significativas previamente pactadas por semana, comenzando por tareas de menos de diez minutos.”

*Nota.* Los objetivos vinculados a síntomas negativos deben formularse con prudencia, diferenciando síntomas negativos primarios de componentes secundarios asociados a depresión, ansiedad, aislamiento, falta de oportunidades, sedación, baja expectativa de eficacia o evitación. La tabla traduce la evidencia sobre intervenciones psicosociales y conductuales para síntomas negativos a objetivos funcionales graduados, especialmente en activación, rutina, participación y aumento de oportunidades de refuerzo (Bighelli et al., 2023; Cella et al., 2023).

### 4.2.4. Objetivos TCC para funcionamiento social y actividades de la vida diaria: ejemplos concretos de formulación SMART

Tabla 4.3. Ejemplos SMART para funcionamiento social y AVD

Formulación deficiente	Formulación SMART adecuada
“Mejorar habilidades sociales”	“Durante cinco semanas, la persona ensayará en sesión y aplicará fuera de sesión una habilidad concreta de inicio de conversación en dos contextos de baja exigencia social por semana.”
“Ser más autónomo”	“En cuatro semanas, la persona realizará una compra sencilla con lista preparada previamente en dos ocasiones, primero acompañada y después con apoyo parcial.”
“Manejar mejor el transporte”	“En seis semanas, la persona completará un trayecto comunitario pactado siguiendo una secuencia acompañada → asistida → autónoma, registrando barreras encontradas.”

*Nota.* Esta tabla vincula objetivos SMART con desempeño cotidiano, participación y funcionamiento comunitario. Su uso debe integrarse en el PAI y en la planificación rehabilitadora, evitando interpretar el objetivo funcional como una tarea aislada. En personas con psicosis compleja, la rehabilitación requiere evaluación, planificación del cuidado, programas de intervención, revisión y apoyos ajustados a necesidades funcionales y comunitarias (Bighelli et al., 2023; Killaspy et al., 2021; NICE, 2020).

#### 4.2.5. Objetivos TCC para prevención de recaídas: ejemplos concretos de formulación SMART

Tabla 4.4. Ejemplos SMART para prevención de recaídas

Formulación deficiente	Formulación SMART adecuada
“Prevenir recaídas”	“En ocho semanas, la persona identificará y registrará al menos cuatro señales tempranas personales de descompensación y consensuará una respuesta concreta para cada una dentro de un plan escrito.”
“Controlar mejor el trastorno”	“Durante seis semanas, la persona completará un registro semanal de sueño, energía y cambios de rutina, revisándolo en sesión para detectar patrones de riesgo.”
“Estar atento a cuando empeora”	“En el plazo de un mes, la persona comunicará al menos una señal temprana de empeoramiento al profesional o apoyo designado dentro de las 24 horas siguientes a detectarla.”

*Nota.* Los objetivos de prevención de recaídas deben ajustarse al perfil diagnóstico y al curso clínico. En psicosis, deben articularse con detección de señales tempranas, continuidad asistencial, apoyo familiar o comunitario y coordinación con tratamiento farmacológico; en bipolaridad, con adherencia, ritmos sociales, pródromos y prevención longitudinal; y en depresión, con tratamiento escalonado, mantenimiento y prevención de recaídas. La tabla ofrece ejemplos orientativos y no sustituye la evaluación individual del riesgo ni la coordinación interdisciplinar (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014, 2014/2025, 2022/2026).

#### 4.2.6. Objetivos TCC para cogniciones disfuncionales transversales (desesperanza, autoestigma, expectativas de fracaso): ejemplos concretos de formulación SMART

Tabla 4.5. Ejemplos SMART para cogniciones transversales

Formulación deficiente	Formulación SMART adecuada
“Mejorar la autoestima”	“En seis semanas, la persona revisará una vez por semana una predicción de incapacidad vinculada a una conducta concreta y contrastará su resultado real mediante experimento conductual.”
“Trabajar el autoestigma”	“Durante un mes, la persona identificará al menos tres pensamientos de autoetiquetado descalificador y ensayará una formulación alternativa funcional en sesión y en autorregistro simple.”
“Disminuir la desesperanza”	“En cuatro semanas, la persona realizará dos acciones breves previamente consideradas ‘inútiles’, registrando predicción previa y resultado observado para revisar la creencia global de irrecuperabilidad.”

*Nota.* Los objetivos centrados en cogniciones transversales deben formularse a partir de la hipótesis de mantenimiento del caso, no como corrección genérica de “pensamientos negativos”. En psicosis, la evidencia reciente sugiere que las intervenciones cognitivo-conductuales pueden producir cambios en esquemas negativos, especialmente sobre uno mismo, lo que justifica trabajar creencias nucleares, expectativas de amenaza, indefensión, rechazo o fracaso cuando estén funcionalmente vinculadas al problema diana (Akers et al., 2025; Stewart et al., 2022).

#### 4.2.7. Priorización de objetivos con la persona: integración de la perspectiva centrada en la persona en la formulación del plan

La priorización no debe hacerse solo por relevancia técnica. Un objetivo clínicamente correcto, pero sin valor subjetivo para la persona tiende a convertirse en una consigna externa. En cambio, un objetivo negociado y conectado con una meta significativa —salir sola, no vivir encerrado, reducir ingresos, recuperar una rutina, disminuir autolesiones o volver a usar transporte— tiene más probabilidades de ser sostenido y generalizado. La revisión de [Stewart et al. \(2022\)](#) muestra precisamente que los procesos de planificación de objetivos en salud mental son más consistentes cuando integran colaboración, concordancia y orientación a recuperación.

En personas con trastorno mental grave, esta cuestión no es un añadido externo a la técnica, sino una condición de viabilidad del propio plan. [Thomas et al. \(2021\)](#), en su revisión sistemática sobre intervenciones de toma de decisiones compartida en personas con enfermedad mental grave, señalan que este enfoque resulta especialmente pertinente en un grupo de usuarios que con frecuencia desea participar más activamente en las decisiones sobre su atención. Por ello, la priorización debe equilibrar al menos cuatro criterios: urgencia clínica, viabilidad, potencial de desbloqueo del resto del plan y significado personal. Cuando uno de estos cuatro elementos desaparece, la calidad del objetivo suele deteriorarse ([Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021](#)).

La formulación del plan exige, por tanto, que el profesional no pregunte solo qué sería técnicamente más correcto, sino también qué cambio sería ahora mismo más habitable, más comprensible y valioso para esa persona concreta. Esta pregunta no reduce el rigor de la TCC; lo vuelve más preciso y coherente con una práctica centrada en la persona. Un objetivo bien priorizado debe ser clínicamente justificable, subjetivamente significativo, funcionalmente útil y revisable dentro del PAI ([Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021](#)).

### 4.3. Plantillas estandarizadas para el plan de intervención TCC

#### 4.3.1. Lógica de las plantillas: el plan de intervención TCC como componente específico dentro del PAI (Serie RPS, Vol. I, Anexo 1)

Las plantillas no sustituyen el juicio clínico. Lo vuelven legible. Su función es evitar que la cadena entre evaluación, hipótesis, objetivos, técnicas y revisión quede implícita o se pierda en transiciones entre profesionales. En este manual, las plantillas deben entenderse como herramientas de continuidad y precisión, no como formularios burocráticos. [Stewart et al. \(2022\)](#) señalan que la planificación de objetivos en salud mental mejora cuando la estructura ayuda a clarificar prioridades, acciones y revisión, aunque no exista un formato único universalmente validado. Esa conclusión encaja con la función que cumplen aquí las plantillas: hacer visible el razonamiento clínico sin convertirlo en una secuencia rígida.

Su utilidad aumenta cuando facilitan una planificación compartida. [Thomas et al. \(2021\)](#) describen que las intervenciones de toma de decisiones compartida para personas con



enfermedad mental grave se orientan precisamente a reforzar procesos donde los usuarios participan de forma más activa en las decisiones sobre su atención. Aplicado a este volumen, esto significa que una buena plantilla no es la que “rellena” mejor el expediente, sino la que ayuda a identificar qué se va a trabajar, por qué, con qué indicadores, con qué apoyos y en qué condiciones se revisará el plan. La plantilla debe ordenar el razonamiento y hacer visible el acuerdo clínico posible en cada momento (Thomas et al., 2021).

Por ello, el plan de intervención TCC debe presentarse como un componente específico dentro del PAI: suficientemente estructurado para ser legible y revisable, pero suficientemente flexible para adaptarse a la singularidad del caso. Su valor aumenta cuando preserva continuidad asistencial, facilita comunicación entre profesionales y permite revisar con claridad si los objetivos, las técnicas y la intensidad siguen siendo coherentes con la evolución del caso. Deja de ser útil cuando se transforma en un documento cerrado, despegado de la formulación clínica o incapaz de incorporar la voz de la persona. Esta función de trazabilidad y revisión es coherente con la atención basada en medidas y con el uso activo de datos clínicos para ajustar decisiones terapéuticas (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

#### **Nota metodológica para las plantillas 4.1–4.3 y sus ejemplos cumplimentados**

Las plantillas de formulación, plan de intervención TCC y registro de sesión/progreso son materiales operativos del manual. No constituyen instrumentos psicométricos validados ni protocolos cerrados de indicación terapéutica. Su finalidad es mejorar la trazabilidad del razonamiento clínico, facilitar la continuidad entre profesionales, ordenar la relación entre evaluación, objetivos, técnicas y revisión, y hacer explícita la participación de la persona en la definición y seguimiento del plan. Deben utilizarse de forma flexible, adaptada al caso y coordinada con el PAI (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

### **4.3.2. Plantilla 1 — Formulación cognitivo-conductual del caso: factores predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores**

#### **Plantilla 4.1. Formulación cognitivo-conductual del caso**

##### **Datos clínicos clave**

- Diagnóstico / perfil clínico principal:
- Funcionamiento global relevante:
- Necesidades no cubiertas principales:

##### **Problema prioritario actual**

- ¿Qué interfiere más en este momento?

##### **Factores predisponentes**

- Vulnerabilidades biológicas, psicológicas, cognitivas, relacionales o históricas:



### **Factores precipitantes**

- Acontecimientos recientes, cambios contextuales o desencadenantes:

### **Factores perpetuadores**

- Cogniciones:
- Conductas:
- Emociones / activación:
- Condiciones ambientales o relacionales:

### **Factores protectores**

- Personales:
- Contextuales:
- Asistenciales:

### **Hipótesis clínica breve**

- Formulación integrada en 5–8 líneas:

### **Implicación para TCC**

- Línea inicial de intervención:
- Adaptaciones necesarias:
- Coordinaciones imprescindibles:

## **4.3.3. Plantilla 2 — Plan de intervención TCC: objetivos, técnicas seleccionadas, secuencia, intensidad, indicadores de progreso y criterios de revisión**

### **Plantilla 4.2. Plan de intervención TCC**

#### **Objetivo general del componente TCC**

#### **Objetivos SMART priorizados**

- 1.
- 2.
- 3.

#### **Línea de intervención inicial**



#### **Técnicas previstas**

- 
- 

#### **Secuencia estimada**

- Fase inicial:
- Fase intermedia:
- Fase final:

#### **Intensidad**

- Frecuencia:
- Duración de sesión:
- Formato:
- Necesidad de apoyos entre sesiones:

#### **Indicadores de progreso**

- 
- 

#### **Criterios de revisión**

- Mantener si:
- Modificar si:
- Intensificar si:
- Pausar / suspender si:

#### **Coordinaciones necesarias**

- Psiquiatría:
- Enfermería:
- TO / educación social / trabajo social:
- Familia / apoyos naturales:

### **4.3.4. Plantilla 3 — Registro de progreso sesión a sesión**

#### **Plantilla 4.3. Registro de progreso sesión a sesión**



**Sesión** **nº:**

**Fecha:**

**Objetivo principal de la sesión:**

**Estado clínico de entrada**

- Cambios relevantes desde la sesión anterior:
- Riesgo / crisis / consumo / incidencias:

**Contenido trabajado**

**Técnicas utilizadas**

**Respuesta de la persona**

- Comprensión:
- Participación:
- Malestar:
- Observaciones relevantes:

**Tarea o práctica entre sesiones**

**Grado de viabilidad estimado**

- Alto / medio / bajo

**Indicadores de progreso observados**

**Necesidad de modificación del plan**

- No
- Sí: especificar

### **4.3.5. Instrucciones de cumplimentación y ejemplos de plantillas completadas**

**Instrucciones breves de cumplimentación**

1. **No rellenar todos los campos por obligación si no aportan información clínica real.**
2. **La hipótesis clínica debe ser breve y funcional, no una mini historia completa del caso.**
3. **Los objetivos SMART deben derivarse de datos evaluativos o formulativos visibles.**
4. **La secuencia del plan debe ser coherente con el algoritmo de priorización, no con preferencias del terapeuta.**
5. **El registro sesión a sesión debe permitir reconstruir el razonamiento clínico si otro profesional retoma el caso.**



### **Ejemplo mínimo de Plantilla 4.1 cumplimentada**

#### **Problema prioritario actual**

Aislamiento marcado por miedo persecutorio al salir solo al barrio.

#### **Factores predisponentes**

Historia de rechazo social, alta sensibilidad a amenaza, episodios psicóticos previos.

#### **Factores precipitantes**

Conflicto reciente con vecinos y aumento de inactividad en domicilio.

#### **Factores perpetuadores**

Interpretaciones amenazantes, comprobaciones repetidas, evitación de contextos comunitarios.

#### **Factores protectores**

Buena vinculación con el recurso, deseo explícito de salir más, apoyo familiar parcial.

#### **Hipótesis clínica breve**

La interpretación persecutoria del entorno incrementa ansiedad y evitación; la evitación reduce experiencia correctiva y aumenta absorción por las ideas de amenaza.

#### **Implicación para TCC**

Entrada por normalización, afrontamiento de voces/amenaza y exposición muy graduada.

### **Ejemplo mínimo de Plantilla 4.2 cumplimentada**

#### **Objetivo SMART 1**

Durante cuatro semanas, realizar dos salidas breves semanales al entorno cercano, primero acompañado y después con apoyo parcial, registrando ansiedad antes y después.

#### **Objetivo SMART 2**

Identificar dos desencadenantes frecuentes de aumento de malestar asociado a ideas persecutorias en seis semanas.

#### **Línea inicial**

TCC para psicosis + activación funcional básica.

#### **Técnicas previstas**

Normalización, registro simple, afrontamiento, exposición graduada.

#### **Indicadores de progreso**

Número de salidas, ansiedad previa/post, tiempo de permanencia fuera de domicilio.



### Ejemplo mínimo de Plantilla 4.3 cumplimentada

**Sesión nº:** 4

**Objetivo principal:** revisar primera salida breve al portal.

**Estado de entrada:** ansiedad moderada; sin cambios farmacológicos; sin crisis.

**Contenido trabajado:** predicción previa, hechos observados, conducta de comprobación, alternativa interpretativa.

**Respuesta de la persona:** participación buena; malestar tolerable; reconoce que observó menos miradas de las previstas.

**Tarea entre sesiones :** repetir salida dos veces, una acompañado y otra con apoyo parcial.

**Necesidad de modificación:** no; mantener nivel actual.

### Resumen final

En este capítulo hemos propuesto una transición estructurada entre perfil evaluativo y plan de intervención TCC. Los algoritmos de decisión clínica permiten organizar la selección de línea de intervención, la secuencia, la intensidad, la coordinación con farmacoterapia y los criterios de revisión del plan. Su valor no reside en automatizar la práctica clínica, sino en hacer más explícito y revisable el razonamiento profesional. Esta lógica es coherente con la atención basada en medidas y con la monitorización rutinaria de resultados, siempre que las mediciones se utilicen para informar decisiones reales y no como un registro paralelo al tratamiento (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

La metodología SMART se ha reformulado aquí para evitar que funcione como un formalismo administrativo. Un objetivo TCC en rehabilitación psicosocial debe ser específico y medible, pero también clínicamente justificado, funcionalmente relevante, subjetivamente significativo y revisable dentro del PAI. La planificación de objetivos en salud mental requiere colaboración, individualización y orientación a recuperación; además, en personas con trastorno mental grave, la toma de decisiones compartida es una condición especialmente relevante para que el plan resulte viable y respetuoso con la experiencia de la persona (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

Finalmente, las plantillas presentadas en el capítulo permiten documentar el plan TCC como componente específico dentro del PAI. Su función es hacer trazable la cadena entre evaluación, formulación, objetivos, técnicas, apoyos y revisión. No sustituyen el juicio clínico ni la deliberación interdisciplinar, pero ayudan a que el plan sea más claro, comunicable y revisable. En rehabilitación psicosocial, esta claridad no es un detalle formal: es una condición para sostener continuidad, coherencia técnica y adaptación a la evolución real del caso (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

# 5

## Estructura y planificación de sesiones TCC en rehabilitación psicosocial

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de estructurar una sesión de terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada al trastorno mental grave (TMG) dentro de un dispositivo de rehabilitación psicosocial; ajustar duración, ritmo, carga cognitiva y tareas entre sesiones al perfil clínico-funcional de la persona; organizar una secuencia completa de tratamiento distinguiendo fases inicial, intermedia y final; y utilizar plantillas de planificación de sesión y de secuencia global que mantengan simultáneamente el rigor técnico y la orientación centrada en la persona. Asimismo, seremos capaces de identificar cuándo conviene simplificar el formato, cuándo es necesario reforzar la repetición y la recapitulación, y cómo integrar la coordinación con el resto del equipo en la arquitectura misma de la intervención. Esta forma de organizar la sesión resulta coherente con las recomendaciones de rehabilitación para personas adultas con psicosis compleja, que sitúan la evaluación, la planificación del cuidado, la revisión continuada y la coordinación de apoyos como componentes centrales del proceso rehabilitador, y con la evidencia reciente que subraya la relevancia de la alianza terapéutica, el enganche y la adaptación del tratamiento psicológico en psicosis y trastorno mental grave (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### Resumen inicial

La sesión TCC en rehabilitación psicosocial no puede importarse sin más desde la TCC ambulatoria estándar. Conserva una estructura reconocible —apertura, revisión del período entre sesiones, agenda, trabajo central, resumen y tareas—, pero esa estructura debe adaptarse al TMG en función de la fluctuación sintomática, la capacidad cognitiva, la tolerancia emocional, el contexto de apoyos y el significado subjetivo del tratamiento para la persona. En este capítulo se defiende que la estructura no es un formalismo heredado, sino un instrumento clínico de contención, claridad, aprendizaje y previsibilidad. Esta formulación se apoya en tres líneas

convergentes: la necesidad de integrar la intervención psicológica en un marco rehabilitador amplio, la importancia de la alianza y el enganche terapéutico en psicosis, y la evidencia de que los formatos breves o adaptados pueden conservar utilidad clínica cuando se ajustan adecuadamente al contexto y al objetivo terapéutico (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; NICE, 2020; Pike et al., 2025).

La arquitectura de sesión solo es útil, sin embargo, si se inserta en una secuencia de tratamiento más amplia. Por ello, además de describir la sesión tipo, el capítulo organiza la intervención por fases, introduce criterios orientativos de número de sesiones, define condiciones de avance y de ajuste temporal, y aporta plantillas concretas de planificación. La intención no es burocratizar la práctica, sino hacer visible la lógica clínica que sostiene el proceso. Las plantillas, rangos y secuencias propuestas deben entenderse como herramientas operativas del manual: ayudan a ordenar la deliberación clínica, pero no sustituyen la formulación individual, la revisión del progreso ni la decisión compartida con la persona (McAleavey et al., 2024; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

### **Palabras clave**

*Sesión TCC; agenda colaborativa; tareas entre sesiones ; rehabilitación psicosocial; adaptación al TMG; fluctuación sintomática; planificación por fases; alianza terapéutica; formulación compartida; plantillas de sesión.*

## **5.1. Estructura tipo de una sesión TCC adaptada al trastorno mental grave**

### **5.1.1. Apertura y toma de contacto: establecimiento del clima terapéutico y valoración del estado actual de la persona**

La apertura de la sesión cumple una doble función: regula el encuadre y ofrece una primera valoración clínica del momento. En TMG, este tramo inicial no puede reducirse a una cortesía introductoria. Permite estimar si la persona llega organizada o muy activada, si ha habido cambios relevantes desde la última sesión, si existe alguna incidencia clínica urgente y si el plan previsto para ese día sigue siendo viable. También ayuda a reinstalar la continuidad terapéutica, especialmente en personas con dificultades de memoria de trabajo, baja continuidad narrativa de la experiencia o elevada ansiedad interpersonal. Esta función de ajuste inicial es coherente con los modelos de rehabilitación que exigen revisar necesidades, apoyos y objetivos de forma continuada, y con la literatura sobre barreras y facilitadores del enganche terapéutico en psicosis, donde la claridad del encuadre, la sensibilidad al estado emocional y la adaptación al momento clínico resultan especialmente relevantes (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

La apertura debe ser breve, estructurada y predecible. Conviene revisar de forma simple tres elementos: cómo ha estado la persona desde la última sesión, si ha ocurrido algo clínicamente significativo y si su estado actual permite sostener el trabajo planeado. Cuando el estado de entrada difiere mucho del esperado, la apertura ya funciona como primer filtro de adaptación.



En esos casos, no debe intentarse “forzar” la sesión prevista si el estado clínico indica que será más útil redefinir el foco. Esta decisión no implica abandonar la estructura de la TCC, sino usarla con suficiente flexibilidad para que siga siendo clínicamente viable dentro de un proceso rehabilitador complejo (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### **5.1.2. Revisión de tareas entre sesiones: cómo abordar las tareas cuando la persona las ha completado, las ha completado parcialmente o no las ha realizado**

La revisión del período entre sesiones es uno de los núcleos de aprendizaje del tratamiento. En TMG, las tareas no deben revisarse como si fueran un examen de obediencia, sino como una fuente de información clínica. Una tarea realizada permite explorar qué facilitó el cambio, qué aprendió la persona y qué condiciones conviene repetir. Una tarea parcialmente realizada ayuda a identificar barreras, apoyos insuficientes, dificultades de comprensión o problemas de ajuste entre tarea y contexto. Una tarea no realizada no debe interpretarse automáticamente como falta de motivación: puede señalar exceso de complejidad, baja comprensión, desorganización, miedo, síntomas activos, ausencia de apoyos o escaso sentido subjetivo de la actividad. La literatura sobre tareas entre sesiones en TCC ha mostrado que estas prácticas pueden contribuir al resultado terapéutico, pero su utilidad depende de que estén bien diseñadas, sean revisadas clínicamente y se integren de forma significativa en el proceso (Kazantzis et al., 2010).

En rehabilitación psicosocial, esta revisión debe adoptar un tono exploratorio y colaborativo. La pregunta central no es “¿por qué no lo hiciste?”, sino “¿qué nos enseña lo que ocurrió entre sesiones?”. Este cambio de enfoque protege la alianza, reduce la vivencia de fracaso y permite ajustar el tratamiento a la realidad funcional de la persona. En perfiles con psicosis, alta ansiedad, síntomas negativos, deterioro cognitivo o baja continuidad de rutinas, la revisión de tareas debe atender tanto al resultado observable como a las condiciones que hicieron posible o imposible la práctica. Esa lectura es especialmente coherente con la evidencia sobre barreras de enganche en terapia psicológica, donde la comprensión del tratamiento, la relación terapéutica y la adaptación a dificultades emocionales y contextuales son factores centrales para sostener la participación (Fahy et al., 2025; Kazantzis et al., 2010).

### **5.1.3. Establecimiento colaborativo de la agenda: negociación de los contenidos de la sesión con la persona**

La agenda colaborativa protege a la sesión de dos riesgos opuestos: la dispersión total y la imposición rígida. En TMG, ambos riesgos son frecuentes. La dispersión aparece cuando la sesión queda arrastrada por múltiples preocupaciones, urgencias subjetivas o cambios de estado; la imposición rígida aparece cuando el profesional mantiene el plan previsto sin escuchar suficientemente el momento clínico o la prioridad subjetiva de la persona. Una agenda útil debe ser breve, visible y negociada. No necesita incluir muchos puntos. De hecho, en muchos casos bastará con acordar uno o dos focos principales, explicitar qué se revisará del período entre sesiones y reservar unos minutos finales para resumen y tarea.

La agenda no es solo una herramienta de orden. Es una intervención sobre la alianza, la participación y la toma compartida de decisiones. La revisión de Bourke et al. (2021) mostró que,



en terapias psicológicas para psicosis, la alianza terapéutica se asocia con mayor enganche y mejores resultados; [Thomas et al. \(2021\)](#), por su parte, subrayan la relevancia de la toma de decisiones compartida en personas con enfermedad mental grave. Desde esta perspectiva, negociar la agenda no significa renunciar al criterio técnico, sino hacer que el foco clínico pueda ser comprendido, aceptado y sostenido por la persona. La agenda debe permitir que el profesional mantenga dirección terapéutica sin convertir la sesión en una intervención unilateral ([Bourke et al., 2021](#); [Thomas et al., 2021](#)).

#### **5.1.4. Contenido central de la sesión: trabajo con la técnica o el procedimiento planificado**

El contenido central de la sesión debe corresponderse con la fase del tratamiento, el objetivo priorizado y el estado clínico de entrada. En TMG, el error más frecuente no es solo elegir una técnica inadecuada, sino introducir demasiadas operaciones terapéuticas en una misma sesión. Una sesión puede ser técnicamente correcta en su intención y, sin embargo, fallar por exceso de densidad, abstracción o ambición. Por ello, el contenido central debe quedar limitado a uno o dos focos como máximo, especialmente cuando existen alteraciones cognitivas, síntomas activos, ansiedad elevada, fatiga o baja tolerancia a la frustración.

Ese contenido puede consistir en psicoeducación, formulación compartida, reestructuración cognitiva adaptada, activación conductual, análisis funcional, regulación emocional, habilidades sociales, prevención de recaídas o trabajo sobre voces y delirios, entre otras posibilidades. Lo importante es que el terapeuta mantenga el foco sin rigidez y ayude a traducir el trabajo a una unidad de aprendizaje comprensible. La literatura sobre calidad de la TCC en práctica clínica rutinaria recuerda que la intervención debe conservar una estructura técnica reconocible, aunque la relación entre competencia, adherencia y resultado no deba interpretarse de forma simplista o automática ([Bergvall et al., 2024](#)). En el contexto de TMG, esta exigencia técnica se traduce en una regla práctica: si al final de la sesión no puede sintetizarse con claridad qué se trabajó y para qué, lo más probable es que el contenido haya sido excesivo, mal delimitado o pobremente jerarquizado.

#### **5.1.5. Resumen de la sesión y retroalimentación bidireccional: verificación de la comprensión y recogida de la experiencia de la persona**

El cierre no es un trámite. Es un momento de consolidación, comprobación de comprensión y ajuste del vínculo terapéutico. En TMG, donde la atención y la memoria pueden fluctuar, el resumen ayuda a seleccionar qué debe quedar como núcleo de la sesión. Además, permite verificar si la persona ha entendido el trabajo en términos similares a los del terapeuta o si persisten malentendidos relevantes. Este cierre estructurado contribuye a la continuidad entre sesiones y a la posibilidad de que el aprendizaje sea recordado, practicado y revisado posteriormente.

La retroalimentación debe ser bidireccional. No basta con que el profesional resuma. Conviene pedir a la persona que diga con sus palabras qué se lleva de la sesión, qué le resultó útil, difícil o confuso. Esta práctica tiene valor clínico, no solo relacional: permite estimar apropiación, comprensión y tolerancia al método. También ayuda a detectar, de forma temprana, experiencias de intrusión, exceso de demanda o desacuerdo con el foco que podrían erosionar



la alianza si no se elaboran. Esta lógica es coherente con la evidencia sobre alianza y enganche en terapias psicológicas para psicosis, y con la toma de decisiones compartida en trastorno mental grave, donde la participación activa de la persona no debe quedar restringida al inicio del tratamiento, sino sostenerse también en la revisión de cada sesión (Bourke et al., 2021; Thomas et al., 2021).

### 5.1.6. Asignación de tareas entre sesiones : diseño colaborativo de actividades entre sesiones adaptadas al nivel funcional

La tarea entre sesiones constituye el puente entre la sesión y la vida cotidiana. En TMG, sin embargo, debe diseñarse con especial prudencia. La tarea no puede pensarse como un deber escolar ni como una prueba de motivación. Debe ser breve, viable, conectada con el objetivo trabajado y comprensible en su racionalidad. En muchas ocasiones, será preferible hablar de práctica entre sesiones o plan de acción. Esta formulación reduce la carga evaluativa del término “tarea” y favorece que la persona la entienda como una práctica situada en su vida real, no como una obligación impuesta desde la consulta.

Una tarea bien diseñada especifica qué se hará, cuándo, dónde, con qué apoyo y cómo se registrará o recordará. También anticipa barreras. En personas con baja tolerancia cognitiva o gran desorganización, puede ser necesario reducir la tarea a una sola acción mínima, apoyarla con recordatorios visuales o compartirla con otro profesional o apoyo natural. El criterio rector es sencillo: la tarea debe mover el caso un paso adelante sin desbordarlo. La evidencia general sobre tareas entre sesiones en TCC apoya su relevancia como componente de aprendizaje y generalización, pero en TMG su diseño debe quedar especialmente ajustado a barreras de comprensión, memoria, contexto y enganche terapéutico (Fahy et al., 2025; Kazantzis et al., 2010; NICE, 2020).

**Tabla 5.1. Estructura tipo de una sesión TCC adaptada al TMG**

Momento de la sesión	Función clínica	Riesgo frecuente	Adaptación al TMG
Apertura y toma de contacto	Regular encuadre y valorar estado actual	Entrar demasiado rápido en contenido técnico	Más tiempo de orientación y chequeo clínico
Revisión entre sesiones	Extraer aprendizaje clínico	Convertirla en control burocrático	Analizar facilitadores, barreras y contexto
Agenda colaborativa	Proteger foco y priorización	Imposición rígida o dispersión total	Agenda breve, visible y negociada
Contenido central	Trabajo técnico focalizado	Abrir demasiados temas	Uno o dos focos como máximo
Resumen y feedback	Consolidar comprensión y alianza	Cierre precipitado	Recapitulación bidireccional
Tarea entre sesiones	Generalizar aprendizaje	Tareas demasiado amplias o poco significativas	Prácticas breves, concretas y realistas

*Nota.* Esta tabla constituye una síntesis operativa del manual basada en principios generales de estructura de sesión TCC, alianza terapéutica, enganche, toma de decisiones compartida y adaptación al contexto rehabilitador. No debe interpretarse como una secuencia universal empíricamente validada para todas las personas con TMG, sino como una guía clínica flexible para ordenar la sesión, preservar foco terapéutico

y facilitar continuidad entre sesiones (Bergvall et al., 2024; Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; Thomas et al., 2021).

## 5.2. Adaptaciones esenciales de la sesión TCC al contexto del TMG

### 5.2.1. Duración: sesiones más breves (30–45 minutos vs. 50–60 minutos estándar) y fundamento clínico de esta adaptación

En rehabilitación psicosocial, la duración de la sesión no debería tratarse como una convención fija, sino como una variable clínica que debe ajustarse al estado funcional, a la tolerancia cognitiva, al nivel de activación y a la capacidad real de la persona para sostener foco terapéutico. Por ello, en muchos casos de trastorno mental grave puede resultar más razonable trabajar con sesiones de 30–45 minutos que reproducir por costumbre el formato estándar de 50–60 minutos. La formulación importante aquí no es que exista una duración universalmente óptima, sino que la sesión debe adaptarse a la carga clínica y al perfil de procesamiento de la persona. Hazell et al. (2016), al revisar la TCC de baja intensidad para psicosis, mostraron que intervenciones con menor número de sesiones de las habitualmente recomendadas podían seguir produciendo efectos significativos, lo que refuerza la idea de que la flexibilidad en la “dosis” del tratamiento puede ser clínicamente razonable en determinados contextos.

Esta adaptación temporal resulta especialmente pertinente cuando existen lentificación, fatiga, sobrecarga estimular, ansiedad interpersonal, dificultades atencionales o alto riesgo de que una sesión demasiado larga se convierta en una experiencia de saturación más que de aprendizaje. Las revisiones recientes sobre intervenciones breves y dosis terapéutica en psicosis sugieren que la intensidad, el formato y la exposición al tratamiento deben analizarse con cautela y no pueden reducirse a una regla única de duración o número de sesiones (Fialho et al., 2025; Pike et al., 2025). En ese marco, la recomendación más defendible para este manual no es “las sesiones en TMG deben durar X minutos”, sino “la duración debe calibrarse de forma explícita y revisable según la respuesta clínica y la viabilidad real del trabajo terapéutico” (Fialho et al., 2025; Hazell et al., 2016; Pike et al., 2025).

La frecuencia también debe leerse con la misma lógica. En fases iniciales o en momentos de mayor inestabilidad, puede ser útil una frecuencia semanal o una combinación de sesiones y contactos de apoyo; en fases de consolidación, pueden espaciarse más los encuentros si la persona mantiene continuidad, práctica entre sesiones y red de apoyo suficiente. La buena práctica, por tanto, no consiste en mantener una periodicidad fija por inercia, sino en justificar por qué esa frecuencia concreta sigue siendo la más útil para ese momento del proceso. Esta decisión debe revisarse dentro del plan global de rehabilitación, atendiendo a necesidades, apoyos y evolución clínica (Hazell et al., 2016; NICE, 2020; Pike et al., 2025).

### 5.2.2. Ritmo: procesamiento más lento, más repetición, más uso de resúmenes intermedios

El ritmo de procesamiento en TMG obliga a una TCC menos acelerada y más repetitiva. El terapeuta debe introducir menos elementos nuevos por sesión, usar más recapitulaciones



intermedias y comprobar comprensión con más frecuencia. Esta adaptación es particularmente importante en psicosis, deterioro cognitivo, depresión grave con enlentecimiento, y en algunos cuadros con elevada ansiedad o reactividad. La cuestión no es empobrecer la intervención, sino adecuar la velocidad de trabajo a la capacidad real de procesamiento, retención y aplicación de la persona en ese momento clínico.

Un ritmo más lento no implica una intervención pobre, sino una intervención mejor dosificada. En clínica real, uno de los errores más frecuentes es creer que una buena sesión debe “avanzar mucho”. En TMG, avanzar demasiado puede equivaler a dejar poco sedimentado. La adaptación del ritmo debe entenderse como parte de la técnica: permite sostener alianza, reducir sobrecarga, favorecer comprensión y aumentar la probabilidad de que lo trabajado pueda generalizarse entre sesiones. Esta lógica es coherente con la rehabilitación de personas con psicosis compleja, con la evidencia sobre barreras de enganche en terapia psicológica y con los estándares de calidad técnica que exigen mantener una TCC reconocible, pero ajustada al contexto clínico real (Bergvall et al., 2024; Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### **5.2.3. Complejidad: simplificación del lenguaje y los materiales sin infantilización**

La simplificación clínica no debe confundirse con banalización o trato paternalista. Lo que debe simplificarse es la carga lingüística, la abstracción excesiva y la densidad simultánea de ideas, no la dignidad de la persona ni la seriedad del trabajo terapéutico. En TMG conviene priorizar un lenguaje claro, concreto, con ejemplos próximos a la experiencia real del usuario y con apoyos escritos o visuales cuando sea útil. Una formulación demasiado verbalista puede ser técnicamente elegante, pero clínicamente poco útil si la persona no puede retenerla, traducirla a su vida diaria o vincularla con un objetivo significativo.

Infantilizar sería, por ejemplo, convertir toda intervención en una secuencia excesivamente trivial o dirigista. Simplificar bien, en cambio, significa hacer inteligible una lógica clínica compleja sin exigir un nivel de abstracción que el estado actual de la persona no puede sostener. Esta adaptación resulta especialmente importante cuando la persona presenta síntomas activos, dificultades ejecutivas, ansiedad elevada, retraimiento o experiencias previas de fracaso terapéutico. La simplificación cuidadosa favorece el enganche, protege la alianza y hace más probable que la intervención pueda sostenerse en contextos de vida reales, no solo dentro de la sesión (Bergvall et al., 2024; Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### **5.2.4. Manejo de dificultades cognitivas: adaptaciones para déficits de atención, memoria de trabajo y funciones ejecutivas**

Cuando existen déficits de atención, memoria de trabajo o funciones ejecutivas, la estructura de sesión debe compensarlos deliberadamente. Esto puede incluir agendas visibles, repetición de ideas clave, una sola tarea entre sesiones, uso de apoyos externos, segmentación de instrucciones y fuerte conexión entre sesión y práctica concreta. En algunos casos, la intervención debe volverse predominantemente conductual o apoyarse en secuencias muy breves y repetidas. Estas adaptaciones no son meros recursos didácticos. Funcionan como condiciones técnicas para que la persona pueda participar en la intervención, recordar el foco de trabajo y trasladar lo aprendido a situaciones reales.



El problema clínico aquí no es solo si “la persona entiende”, sino si puede retener, organizar y aplicar lo trabajado con un mínimo de continuidad entre sesiones. Por ello, estas adaptaciones no son accesorias. Son parte central de la técnica. En rehabilitación psicosocial, una TCC bien adaptada no es la que simplifica por defecto, sino la que ajusta el nivel de complejidad a la capacidad funcional, a la estabilidad clínica y al contexto de apoyo disponible. Esta formulación es coherente con la orientación rehabilitadora de NICE NG181 y con la literatura reciente sobre enganche en terapia psicológica para psicosis, donde las barreras cognitivas, emocionales y contextuales influyen directamente en la posibilidad de participar de forma sostenida en el tratamiento (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### **5.2.5. Flexibilidad ante la fluctuación sintomática: qué hacer cuando la persona llega a sesión en un estado clínico significativamente diferente al esperado**

La fluctuación sintomática es una condición habitual del trabajo con TMG, no una excepción. Una persona puede llegar muy distinta a como se encontraba en la sesión anterior: más ansiosa, más activada, con peor sueño, más absorbida por voces, más deprimida o desorganizada. En esos casos, mantener el plan inicial sin ajustes puede ser técnicamente torpe. Las guías NICE para psicosis y esquizofrenia en adultos, así como la guía sobre rehabilitación en psicosis compleja, sitúan la intervención psicológica dentro de un proceso más amplio de evaluación, revisión, coordinación y adaptación a necesidades clínicas cambiantes, lo que refuerza la necesidad de ajustar la sesión al estado real de la persona y no solo al plan previsto (NICE, 2014, 2020).

La decisión clínica aquí no es binaria. Hay tres posibilidades principales: mantener la sesión prevista con ajustes menores; redefinir el foco y convertir la sesión en trabajo de regulación, contención o revisión de señales tempranas; o suspender el trabajo técnico previsto si el estado actual impide toda colaboración útil y obliga a priorizar seguridad o coordinación. La buena práctica exige distinguir entre una sesión adaptada y una sesión sencillamente mal calibrada. Adaptar no es perder el foco; es cambiar el nivel de exigencia sin perder la lógica terapéutica. Esa flexibilidad protege la alianza, evita intervenciones prematuras y permite que la TCC siga integrada en el plan rehabilitador global (Fahy et al., 2025; NICE, 2014, 2020).

### **5.2.6. Integración de la perspectiva centrada en la persona en cada momento de la sesión: la agenda del usuario como prioridad**

La perspectiva centrada en la persona debe impregnar toda la sesión y no quedar confinada al discurso general del manual. Eso significa que la persona no es solo objeto de una secuencia técnica, sino interlocutora de su orientación, ritmo y significado. La agenda clínica debe dialogar con la agenda subjetiva, las tareas deben tener sentido en su vida real y el resumen final debe devolverle capacidad de apropiación del proceso. La planificación de objetivos en salud mental resulta más consistente cuando es individualizada, colaborativa y orientada a recuperación; del mismo modo, la toma de decisiones compartida es especialmente relevante en personas con trastorno mental grave, que con frecuencia desean participar de manera más activa en las decisiones sobre su atención (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).



La centralidad de la persona no implica ausencia de estructura. Implica que la estructura se utiliza al servicio de metas significativas para ella, no solo de variables que el profesional considera importantes. Cuando ambos niveles entran en tensión, el trabajo clínico no consiste en imponer uno sobre otro, sino en negociar una secuencia viable. En TCC para TMG, esta negociación no debilita el rigor técnico: lo hace más aplicable, porque permite que los objetivos, las tareas y los procedimientos tengan un anclaje real en la vida cotidiana de la persona y en sus condiciones efectivas de participación (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

**Tabla 5.2. Adaptaciones esenciales de la sesión TCC al TMG**

Adaptación	Problema clínico al que responde	Ajuste recomendado	Error frecuente
Duración más breve	Fatiga, sobrecarga, dispersión	30–45 min en muchos casos	Mantener 60 min por costumbre
Ritmo más lento	Lentificación, ansiedad, dificultades de procesamiento	Más pausas, más repetición, menos ideas nuevas	Intentar “avanzar mucho” en una sola sesión
Menor complejidad	Exceso de abstracción	Lenguaje claro, ejemplos cercanos, apoyo visual	Simplificar de forma paternalista
Compensación cognitiva	Déficits atencionales o ejecutivos	Agenda visible, tareas mínimas, instrucciones fragmentadas	Dar por supuesta la comprensión
Flexibilidad sintomática	Cambios clínicos semanales	Redefinir foco o reducir demanda	Seguir el plan previsto sin calibración
Perspectiva centrada en la persona	Desenganche subjetivo del tratamiento	Negociar agenda y significado	Confundir estructura con imposición

*Nota.* Esta tabla ofrece una síntesis orientativa de adaptaciones frecuentes de la sesión TCC en TMG. Los rangos de duración, la reducción de focos, el uso de apoyos visuales, la recapitulación frecuente y las tareas mínimas no deben entenderse como estándares empíricos cerrados, sino como criterios clínicos de ajuste según tolerancia cognitiva, fluctuación sintomática, enganche terapéutico y contexto rehabilitador. La decisión final debe individualizarse y revisarse dentro del plan de intervención (Bergvall et al., 2024; Fahy et al., 2025; NICE, 2020; Pike et al., 2025).

## 5.3. Planificación de la secuencia completa de sesiones: fases de la intervención TCC

### 5.3.1. Fase inicial (sesiones 1–4 aprox.): establecimiento de la alianza, psicoeducación, formulación compartida del caso y establecimiento de objetivos

La fase inicial tiene una función fundacional. Su objetivo no es introducir con rapidez técnicas activas, sino construir las condiciones mínimas que harán posible el trabajo posterior: alianza terapéutica, comprensión básica del encuadre, formulación compartida del problema prioritario y establecimiento de objetivos plausibles. En personas con trastorno mental grave, esta fase suele requerir más explicitación del sentido del tratamiento, más calibración del ritmo y mayor atención a la experiencia subjetiva de la persona que en otros contextos clínicos. La guía NICE

para psicosis y esquizofrenia en adultos sitúa la intervención psicológica dentro de una atención orientada a recuperación y continuidad, y NICE NG181 refuerza la necesidad de planificación, revisión y coordinación en personas con psicosis compleja (NICE, 2014, 2020).

Durante esta fase inicial, la alianza no debe entenderse como un requisito previo pasivo, sino como una parte activa de la intervención. La persona necesita percibir que el tratamiento guarda relación con sus dificultades reales, que el lenguaje utilizado resulta comprensible y que la exigencia del trabajo es compatible con su situación clínica y funcional. La investigación reciente sobre enganche en terapia psicológica en psicosis temprana muestra que la implicación terapéutica se ve favorecida por una relación colaborativa, por la claridad del encuadre y por una adaptación sensible a barreras como el distrés emocional, la fluctuación sintomática, la sobrecarga cognitiva o las expectativas negativas sobre la terapia (Fahy et al., 2025). Además, la revisión de Bourke et al. (2021) respalda la importancia de la alianza y el enganche en terapias psicológicas para psicosis. Desde esta perspectiva, la fase inicial no debería valorarse por la cantidad de contenido avanzado, sino por el grado en que logra establecer una base de trabajo suficientemente segura, comprensible y aceptable para la persona (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025).

La psicoeducación inicial y la formulación compartida deben mantenerse en un nivel deliberadamente sencillo. En esta fase no se persigue una formulación completa y cerrada, sino una formulación básica que permita empezar a relacionar malestar, contexto, interpretaciones y respuestas conductuales sin imponer un modelo excesivamente abstracto ni exigir una adhesión intelectual plena al marco cognitivo-conductual. Del mismo modo, los primeros objetivos han de ser clínicamente relevantes, pero también realistas y tolerables: comprender mejor qué ocurre, reducir una fuente concreta de sufrimiento, iniciar una tarea mínima entre sesiones o acordar una primera meta funcional. La fase inicial está bien resuelta cuando la persona comprende mínimamente para qué sirve el trabajo, puede sostener alguna forma de participación activa y dispone ya de un foco terapéutico compartido, aunque todavía provisional (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

El rango de 1 a 4 sesiones debe leerse, por tanto, como un criterio orientativo. En algunos casos esta fase será más breve; en otros requerirá una prolongación razonable antes de pasar a un trabajo técnico más exigente. Lo decisivo no es cumplir una cifra, sino reconocer si se han alcanzado unas condiciones mínimas de viabilidad clínica: una alianza de trabajo suficiente, una comprensión básica del sentido de la intervención, un problema prioritario compartido y la posibilidad de revisar al menos una tarea o experiencia entre sesiones. Cuando estos elementos todavía no están presentes, acelerar el paso a fases posteriores no mejora la eficiencia del tratamiento; suele debilitarla (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### **5.3.2. Fase intermedia (sesiones 5–12 aprox.): trabajo activo con las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas**

La fase intermedia concentra el trabajo técnico principal. Aquí se despliegan las técnicas elegidas según el plan del capítulo anterior: reestructuración cognitiva adaptada, activación conductual, resolución de problemas, trabajo con voces o delirios, exposición, regulación emocional,



habilidades sociales o prevención de recaídas en curso. Sin embargo, incluso en esta fase la secuencia no debe entenderse de forma rígida. En TMG es frecuente alternar avance, consolidación y reajuste. La calidad técnica de la TCC exige que la intervención conserve foco, formulación y coherencia procedimental, pero también que el terapeuta adapte ritmo, complejidad y tareas a la respuesta real de la persona (Bergvall et al., 2024; NICE, 2020).

Una característica importante de esta fase es que las tareas entre sesiones y la generalización cobran más peso. También aumenta la necesidad de coordinación con otros apoyos cuando los objetivos son funcionales o comunitarios. La práctica entre sesiones permite comprobar si lo trabajado se traduce a contextos reales, pero debe seguir siendo proporcionada, significativa y revisable. En este sentido, las tareas cumplen una función de generalización y aprendizaje, no de control de cumplimiento. Su diseño debe ser especialmente sensible a barreras cognitivas, emocionales y contextuales (Fahy et al., 2025; Kazantzis et al., 2010).

El rango de 5 a 12 sesiones debe entenderse como una guía de organización, no como una dosis estándar. Revisiones recientes sobre intervenciones psicológicas breves y relaciones dosis-respuesta en psicosis sugieren que la intensidad y la duración del tratamiento son variables complejas, dependientes del formato, del objetivo, del perfil clínico y de la capacidad de participación de la persona (Fialho et al., 2025; Pike et al., 2025). Por tanto, en esta fase el criterio principal no debe ser “haber llegado a la sesión prevista”, sino comprobar si la persona está utilizando de forma creciente alguna estrategia, si el objetivo sigue siendo pertinente y si la intervención conserva una relación clara con la formulación del caso.

### **5.3.3. Fase final (sesiones 13–16 aprox.): consolidación de logros, prevención de recaídas, planificación del alta terapéutica y transición**

La fase final no debe reducirse a “cerrar bien” ni a un resumen amable del trabajo realizado. Su función clínica es consolidar aprendizajes, revisar logros y límites, preparar el mantenimiento y hacer explícito qué señales de alerta, estrategias y apoyos deberán sostenerse después. En TMG, este tramo es especialmente importante porque muchas dificultades reaparecen en las transiciones y porque la continuidad asistencial es un factor clínico mayor. Las guías NICE sitúan la atención en psicosis dentro de un marco de continuidad, recuperación y coordinación, lo que justifica que el cierre de la TCC se planifique como una transición clínica y no como una interrupción administrativa (NICE, 2014, 2020).

La prevención de recaídas debe formalizarse aquí, aunque se haya trabajado antes de modo transversal. Además, conviene prever cómo se transferirá la información relevante al equipo o a los dispositivos de continuidad, evitando la sensación de empezar de cero tras el cierre del proceso. Cuando la intervención ha estado orientada a objetivos funcionales o de recuperación personal, el cierre debe revisar no solo la reducción de malestar, sino también qué apoyos, rutinas, señales de alarma, prácticas y acuerdos permanecen activos. La planificación de objetivos en salud mental apoya precisamente esta necesidad de clarificar metas, acciones, revisión y mantenimiento de forma individualizada y colaborativa (Stewart et al., 2022).

### 5.3.4. Número estimado de sesiones por fase: rangos orientativos según perfil diagnóstico y complejidad

Los rangos temporales deben entenderse como orientativos y no como prescripciones cerradas. Aun así, el manual necesita una guía de uso clínico. Un rango razonable para muchas intervenciones TCC en TMG de complejidad media puede situarse en torno a 12–16 sesiones estructuradas, pero con variaciones importantes según diagnóstico, fase clínica, objetivos, deterioro funcional y estabilidad del contexto. Esta estimación no debe presentarse como una dosis empíricamente validada para TMG, sino como una herramienta de planificación que ayuda a ordenar fases, revisar progreso y evitar intervenciones indefinidas sin criterios de avance.

La literatura sobre baja intensidad, intervenciones breves y dosis terapéutica en psicosis sugiere que la relación entre número de sesiones, intensidad y resultado no admite una regla simple. [Hazell et al. \(2016\)](#) mostraron que las intervenciones de baja intensidad en CBTp podían producir efectos clínicamente relevantes; [Pike et al. \(2025\)](#) revisaron intervenciones psicológicas breves para esquizofrenia; y [Fialho et al. \(2025\)](#) abordaron la relación dosis-respuesta en terapias psicológicas digitales para psicosis. En conjunto, estas referencias respaldan una conclusión prudente: los rangos ayudan a planificar, pero la duración debe calibrarse según respuesta, complejidad, objetivos, enganche y contexto de apoyos ([Fialho et al., 2025](#); [Hazell et al., 2016](#); [Pike et al., 2025](#)).

### 5.3.5. Criterios de avance entre fases: indicadores que señalan la preparación para pasar a la siguiente fase

No debe avanzarse de fase por simple paso del tiempo. El paso de la fase inicial a la intermedia requiere, como mínimo, cierta alianza de trabajo, comprensión básica del objetivo, tolerancia a la estructura de sesión y posibilidad de sostener alguna forma de práctica entre sesiones. El paso a la fase final requiere que exista ya alguna adquisición de estrategias, cierto grado de generalización y una formulación suficientemente compartida de riesgo, mantenimiento o prevención. Estos criterios no son marcadores psicométricos cerrados, sino indicadores clínicos de viabilidad.

En TMG, esta prudencia es especialmente importante porque el avance prematuro puede producir sesiones técnicamente sofisticadas, pero poco integradas por la persona. La decisión de avanzar debe atender a la respuesta clínica, al enganche, a la comprensión del trabajo y al contexto de apoyo. Del mismo modo, la permanencia en una fase no debe convertirse en inercia. Si la fase inicial se prolonga indefinidamente sin consolidar alianza ni objetivo, o si la fase intermedia acumula técnicas sin generalización, el plan necesita revisión. Esta lectura es coherente con la atención rehabilitadora basada en evaluación, planificación y revisión continuada, así como con la literatura sobre enganche y alianza en terapias psicológicas para psicosis ([Bourke et al., 2021](#); [Fahy et al., 2025](#); [NICE, 2020](#)).

### 5.3.6. Criterios de extensión o acortamiento del proceso: cuándo y por qué modificar la duración prevista

La duración prevista debe extenderse cuando la alianza ha tardado más en consolidarse, los objetivos siguen siendo relevantes pero el ritmo clínico es lento, ha habido crisis o interrupciones que obligan a retomar trabajo previo, o la persona está empezando a generalizar logros que conviene consolidar. También puede justificarse la extensión cuando el trabajo técnico ha sido viable, pero la transferencia a contextos cotidianos todavía requiere apoyos adicionales, coordinación con el equipo o práctica más graduada. En estos casos, extender no significa prolongar por inercia, sino proteger la consolidación de objetivos clínicamente relevantes.

Debe acortarse o cerrarse antes cuando los objetivos principales se han alcanzado, la continuidad terapéutica ya no añade valor claro, el componente TCC deja de ser la prioridad clínica, o el tratamiento necesita redefinirse completamente en otra modalidad. También debe considerarse el cierre o la reformulación cuando el formato actual genera más carga que beneficio, cuando la persona no puede sostener la intervención pese a adaptaciones razonables, o cuando una necesidad contextual no cubierta exige una respuesta previa de otro tipo. La decisión temporal debe apoyarse en revisión clínica, no en cumplimiento mecánico de un número de sesiones. La literatura sobre dosis e intervenciones breves respalda esta lectura flexible y prudente, mientras que NICE NG181 proporciona el marco rehabilitador para revisar planes, apoyos y objetivos según evolución y necesidad (Fialho et al., 2025; Hazell et al., 2016; NICE, 2020; Pike et al., 2025)

**Tabla 5.3. Fases de la intervención TCC y criterios orientativos**

Fase	Rango orientativo	Objetivo principal	Señales de paso
Inicial	1–4 sesiones	Alianza, formulación básica, objetivos, adaptación al formato	Comprensión básica del trabajo y tolerancia a tareas mínimas
Intermedia	5–12 sesiones	Trabajo técnico principal y generalización	Uso creciente de estrategias y respuesta a objetivos
Final	13–16 sesiones	Consolidación, prevención de recaídas, transición	Logros estabilizados y plan de mantenimiento compartido

*Nota.* Los rangos de sesiones incluidos en la tabla son criterios clínicos orientativos para organizar el proceso, no una dosis empíricamente validada para todas las personas con TMG. La duración real debe ajustarse según alianza, objetivo prioritario, complejidad clínica, estabilidad del contexto, tolerancia cognitiva, respuesta a tareas entre sesiones y necesidad de coordinación rehabilitadora (Fialho et al., 2025; Hazell et al., 2016; NICE, 2020; Pike et al., 2025).

**Tabla 5.4. Criterios orientativos de extensión o acortamiento**

Situación	Decisión temporal
Avance clínico lento pero coherente	Extender
Crisis o interrupciones relevantes	Extender o reconfigurar
Logros consolidados y objetivos cumplidos	Acortar / cerrar
Cambio de prioridad clínica mayor	Redefinir o cerrar componente TCC



*Nota.* Los criterios de extensión, acortamiento, cierre o redefinición del componente TCC deben utilizarse como apoyo a la deliberación clínica, no como reglas automáticas. Toda modificación temporal requiere revisar la formulación del caso, el progreso observable, la participación de la persona, las prioridades actuales del PAI y las condiciones contextuales que facilitan o bloquean la continuidad del tratamiento (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022).

## 5.4. Herramientas de planificación

### 5.4.1. Plantilla de planificación de sesión individual: estructura, contenidos previstos, materiales necesarios y notas post-sesión

La plantilla de planificación de sesión individual debe entenderse como una herramienta de trazabilidad clínica y no como un formulario burocrático. Su función es hacer visible, antes y después de cada sesión, la lógica que conecta estado actual de la persona, objetivo principal, agenda prevista, técnica seleccionada, adaptaciones necesarias, tarea entre sesiones y revisión posterior. Esta explicitación no pretende rigidizar la práctica, sino reducir improvisación y facilitar que las decisiones queden suficientemente justificadas, revisables y comunicables dentro del equipo. La literatura reciente sobre monitorización rutinaria de resultados y feedback clínico subraya precisamente que las medidas y registros adquieren valor cuando sirven para revisar decisiones reales, no cuando quedan como documentación paralela al proceso terapéutico (McAleavey et al., 2024).

La literatura reciente sobre planificación de objetivos y toma de decisiones compartidas resulta especialmente útil para sostener esta lógica. Stewart et al. (2022) mostraron que la planificación de objetivos en salud mental funciona mejor cuando ayuda a clarificar prioridades, acciones y revisión de forma individualizada y colaborativa. Thomas et al. (2021), por su parte, señalaron que las intervenciones de toma de decisiones compartida en personas con trastorno mental grave tienden justamente a reforzar procesos donde los usuarios participan de forma más activa en las decisiones sobre su atención. Desde esta perspectiva, una buena plantilla no es la que “normaliza” la sesión, sino la que ayuda a ordenar el razonamiento clínico y a hacer visible el acuerdo terapéutico posible en cada momento.

Por ello, la plantilla debe conservar una estructura mínima estable —objetivo principal, agenda, técnica prevista, adaptaciones al TMG, materiales, riesgos o barreras y notas post-sesión—, pero dejando claro que su uso es operativo y flexible. Debe poder completarse de forma breve, modificarse si la sesión cambia de rumbo y revisarse a la luz de lo que realmente ocurrió. Su valor aumenta cuando permite anticipar ajustes razonables y registrar por qué se modificó el plan; disminuye cuando se utiliza como un guion rígido incapaz de incorporar fluctuación clínica, prioridades emergentes o la propia voz de la persona atendida. La plantilla, por tanto, no es un instrumento validado ni una escala de calidad: es un soporte de planificación clínica integrada en el PAI (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

#### **Nota metodológica para las Plantillas 5.1 y 5.2**

Las plantillas de planificación de sesión individual y de secuencia completa de intervención son materiales operativos del manual. No constituyen instrumentos psicométricos validados, escalas de fidelidad ni protocolos cerrados de indicación terapéutica. Su finalidad es mejorar la



trazabilidad del razonamiento clínico, facilitar la continuidad entre profesionales, ordenar la relación entre objetivos, técnicas, adaptaciones y revisión, y hacer explícita la participación de la persona en la planificación del proceso. Deben utilizarse de forma flexible, coordinada con el PAI y ajustada a la evolución clínica real (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

### **Plantilla 5.1. Planificación de sesión individual**

#### **Datos básicos**

- Sesión nº:
- Fecha:
- Fase del tratamiento:

#### **Estado clínico esperado / foco previo**

#### **Objetivo principal de la sesión**

#### **Agenda prevista**

- 1.
- 2.
- 3.

#### **Tarea entre sesiones a revisar**

#### **Técnica o procedimiento central previsto**

#### **Materiales necesarios**

- Hojas / registros:
- Apoyos visuales:
- Otros:

#### **Adaptaciones previstas al TMG**

- Duración:
- Ritmo:
- Complejidad:
- Apoyos cognitivos:

#### **Riesgos clínicos o barreras previsibles**

#### **Notas post-sesión**

- Lo que realmente se trabajó:
- Respuesta de la persona:
- Modificaciones respecto al plan:



- Nueva tarea entre sesiones:
- Observaciones para próxima sesión:

### **5.4.2. Plantilla de planificación de la secuencia completa de intervención: mapa de sesiones con objetivos por fase, técnicas previstas y puntos de revisión**

La plantilla de planificación de la secuencia completa de intervención permite representar el proceso TCC como una trayectoria clínica revisable. Su utilidad reside en conectar problema prioritario, objetivo general, fases del tratamiento, técnicas previstas, indicadores de paso, formato, frecuencia, puntos de revisión, señales de modificación y coordinaciones necesarias. Esta estructura ayuda a evitar dos errores frecuentes: intervenir sesión a sesión sin mapa global, o construir un plan demasiado rígido que no pueda adaptarse a la evolución real del caso.

En TMG, esta plantilla debe utilizarse como una guía flexible de orientación, no como un contrato cerrado. La fase inicial puede requerir más tiempo si la alianza, la comprensión del encuadre o la tolerancia a tareas mínimas todavía no están consolidadas. La fase intermedia puede necesitar reajustes si aparecen crisis, interrupciones, fluctuación sintomática o barreras contextuales. La fase final puede adelantarse, retrasarse o reformularse según logros, generalización, señales de recaída y necesidades de continuidad. Esta lógica es coherente con la planificación rehabilitadora propuesta por NICE NG181 y con la literatura sobre planificación colaborativa de objetivos en salud mental (NICE, 2020; Stewart et al., 2022).

La plantilla tampoco sustituye la formulación del caso. La ordena. Su uso es especialmente recomendable cuando intervienen varios profesionales, cuando los objetivos funcionales requieren coordinación con otros apoyos, o cuando la persona presenta dificultades para mantener continuidad narrativa del proceso. En estos casos, el mapa de sesiones ayuda a que el tratamiento no dependa solo de la memoria del terapeuta o de decisiones implícitas, sino de una secuencia visible y revisable. Al mismo tiempo, debe incorporar la participación de la persona en la definición de prioridades, en la revisión de avances y en la identificación de señales que obligarían a modificar el plan (McAleavey et al., 2024; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

#### **Plantilla 5.2. Planificación global de la secuencia de intervención**

##### **Problema prioritario**

##### **Objetivo general del proceso**

##### **Fase inicial**

- Objetivos:
- Técnicas / procedimientos:
- Indicadores de paso:



### **Fase intermedia**

- Objetivos:
- Técnicas / procedimientos:
- Indicadores de progreso:

### **Fase final**

- Objetivos:
- Técnicas / procedimientos:
- Indicadores de cierre o mantenimiento:

### **Formato previsto**

- Individual:
- Grupal:
- Combinado:

### **Frecuencia estimada**

### **Puntos de revisión programados**

- Revisión 1:
- Revisión 2:
- Revisión 3:

### **Señales que obligarían a modificar el plan**

### **Coordinaciones necesarias**

## **Resumen final**

En este capítulo hemos reformulado la estructura de la sesión TCC como una herramienta clínica de contención, claridad y aprendizaje adaptada al TMG. La sesión tipo conserva una secuencia reconocible: apertura, revisión entre sesiones, agenda, contenido central, resumen y tareas; pero cada uno de esos momentos requiere ajustes específicos según el estado clínico, la capacidad cognitiva, la alianza, el enganche y las prioridades subjetivas de la persona. Esta estructura no debe entenderse como una formalidad heredada de la TCC estándar, sino como una forma de hacer más predecible, participativo y clínicamente viable el trabajo terapéutico en contextos de rehabilitación psicosocial (Bergvall et al., 2024; Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025).

Además, hemos diferenciado adaptaciones esenciales en duración, ritmo, complejidad, compensación cognitiva, flexibilidad ante la fluctuación sintomática e integración de la perspectiva centrada en la persona. Estas adaptaciones no son añadidos secundarios, sino



condiciones técnicas para que la TCC pueda aplicarse de forma realista en personas con trastorno mental grave. La duración, la frecuencia y el número de sesiones deben leerse como variables clínicas revisables, no como estándares fijos. Del mismo modo, las tareas entre sesiones deben diseñarse como prácticas breves, significativas y sostenibles, orientadas a generalizar aprendizaje sin desbordar a la persona (Fialho et al., 2025; Hazell et al., 2016; Kazantzis et al., 2010; NICE, 2020; Pike et al., 2025).

Finalmente, hemos organizado la secuencia global por fases, introducido criterios de avance y ajuste temporal, y aportado dos plantillas de planificación para que el capítulo pueda utilizarse de forma realmente operativa. Estas herramientas ayudan a hacer explícita la lógica clínica del proceso, pero no sustituyen la formulación individual, la revisión del progreso, la coordinación interdisciplinar ni la toma de decisiones compartida. Con ello queda preparado el paso al siguiente nivel del manual: las técnicas cognitivo-conductuales nucleares adaptadas al TMG (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).



# 6

## Técnicas cognitivo-conductuales nucleares adaptadas al trastorno mental grave

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de seleccionar y aplicar las técnicas cognitivo-conductuales nucleares más útiles en rehabilitación psicosocial según el perfil clínico-funcional de la persona; describir para cada técnica su fundamento clínico, su procedimiento básico, sus adaptaciones específicas al trastorno mental grave (TMG), los errores de aplicación más frecuentes y un ejemplo breve de uso; y vincular cada técnica con los perfiles de decisión clínica desarrollados en el Capítulo 4. Además, seremos capaces de evitar dos errores muy frecuentes: aplicar técnicas correctas en momentos clínicos inadecuados y trasladar procedimientos estándar de TCC sin ajustar nivel de complejidad, ritmo, carga cognitiva ni contexto rehabilitador. Esta orientación resulta coherente con la evidencia reciente sobre TCC en psicosis, con la literatura sobre intervenciones psicosociales y conductuales para síntomas negativos, y con las guías de rehabilitación para personas adultas con psicosis compleja, que subrayan la necesidad de ajustar las intervenciones al funcionamiento, al contexto de apoyos y a los objetivos de recuperación de la persona (Berendsen et al., 2024; Cella et al., 2023; NICE, 2020)

### Resumen inicial

En la práctica clínica real, la pregunta relevante rara vez es si una técnica “funciona” en abstracto. La pregunta útil es otra: para qué perfil, en qué momento del proceso, con qué objetivo concreto y en qué condiciones de apoyo esa técnica puede producir un cambio clínicamente significativo. Esta precisión resulta especialmente necesaria en TMG, porque las técnicas cognitivo-conductuales no operan sobre un terreno neutro. Lo hacen en personas que pueden presentar alteraciones de atención, memoria de trabajo, motivación, energía, conciencia de problema, tolerancia al estrés o continuidad en el tratamiento. La evidencia disponible en psicosis y rehabilitación psicosocial obliga, por tanto, a formular la TCC como intervención ajustada al perfil funcional y al contexto clínico, no como aplicación automática de un repertorio técnico estándar (Berendsen et al., 2024; NICE, 2020).

Por ello, este capítulo no se limita a enumerar procedimientos. Presenta un conjunto de técnicas nucleares como herramientas cuya utilidad depende de su ubicación dentro de una secuencia terapéutica coherente. Cada técnica se organiza con la misma lógica interna: fundamento, procedimiento, adaptaciones al TMG, errores frecuentes, perfiles indicados o contraindicaciones relativas y ejemplo clínico breve. El objetivo no es ofrecer un repertorio ornamental, sino una caja de herramientas clínicamente utilizable. Esta lectura es especialmente importante porque las intervenciones conductuales, cognitivas, psicoeducativas y de prevención de recaídas pueden resultar útiles, pero su rendimiento depende de que se seleccionen, dosifiquen y revisen según el mecanismo de mantenimiento predominante y la capacidad real de participación de la persona (Cella et al., 2023; Cuijpers et al., 2023; NICE, 2020).

### Palabras clave

*Reestructuración cognitiva; activación conductual; resolución de problemas; relajación; grounding; manejo de la activación; prevención de recaídas; psicoeducación cognitivo-conductual; adaptación técnica; trastorno mental grave; rehabilitación psicosocial.*

### Nota editorial

Cada técnica se presenta con una estructura uniforme de consulta rápida: **Fundamento breve** → **Procedimiento paso a paso** → **Adaptaciones específicas al TMG** → **Errores frecuentes** → **Conexión con los algoritmos de decisión (Cap. 4)** → **Ejemplo clínico breve.**

## 6.1. Reestructuración cognitiva adaptada al TMG

### 6.1.1. Fundamento: modelo cognitivo de los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares; justificación de la adaptación al TMG

La reestructuración cognitiva parte del supuesto central del modelo cognitivo: las personas no responden únicamente a los acontecimientos, sino al significado que les atribuyen. Ese significado se expresa en pensamientos automáticos, reglas o creencias intermedias y, en niveles más profundos, creencias nucleares sobre uno mismo, los otros y el mundo. En el trastorno mental grave, esta lógica sigue siendo clínicamente útil, pero no puede trasladarse sin ajustes desde la TCC estándar. La literatura sobre mecanismos de cambio en TCC ha subrayado que una de sus fortalezas consiste en vincular hipótesis clínicas sobre interpretación, emoción y conducta con procedimientos observables, revisables y técnicamente enseñables (Salkovskis et al., 2023).

En psicosis, esta adaptación es todavía más relevante. Berendsen et al. (2024) concluyen que la terapia cognitivo-conductual para los trastornos del espectro esquizofrénico muestra efectos pequeños a moderados sobre síntomas generales y positivos al final del tratamiento, lo que respalda el valor de intervenir sobre interpretaciones, convicción, malestar e interferencia, pero también obliga a evitar formulaciones grandilocuentes sobre desaparición del síntoma. Además, Sheffield et al. (2024) han propuesto comprender la CBTp desde el marco del procesamiento



predictivo, destacando el papel de la selección, interpretación y actualización de la información; y Akers et al. (2025) muestran que las intervenciones cognitivo-conductuales en psicosis pueden asociarse a cambios en esquemas negativos, especialmente sobre uno mismo. Esta evidencia justifica trabajar significados y creencias, pero siempre con prudencia, validación emocional y protección de la alianza terapéutica (Akers et al., 2025; Berendsen et al., 2024; Sheffield et al., 2024).

### 6.1.2. Procedimiento paso a paso: identificación de pensamientos automáticos, evaluación de la evidencia, generación de pensamientos alternativos, prueba de realidad

El procedimiento puede organizarse en cinco pasos básicos:

1. **Seleccionar una situación concreta y reciente.**  
La reestructuración no debe comenzar en abstracto. Conviene partir de una escena real, delimitada y emocionalmente relevante.
2. **Identificar el pensamiento o interpretación dominante.**  
Se trata de concretar qué pasó por la mente de la persona en ese momento: “me están vigilando”, “no voy a poder”, “si salgo me hundiré”, “todos se dan cuenta de que estoy enfermo”.
3. **Diferenciar hechos observados de significado atribuido.**  
Éste es uno de los pasos más útiles en TMG. Ayuda a separar lo percibido de la conclusión extraída.
4. **Evaluar la evidencia y explorar alternativas.**  
No se busca humillar la creencia ni obligar a retractarse. Se busca introducir complejidad: qué apoya esa interpretación, qué no encaja del todo, qué otras explicaciones son posibles.
5. **Probar el cambio en la práctica.**  
La reestructuración no debe quedarse en la conversación. Idealmente desemboca en una pequeña prueba de realidad o en una acción distinta guiada por una interpretación menos rígida.

En TMG, esta secuencia debe aplicarse con menos abstracción y más apoyo contextual. No conviene comenzar por creencias nucleares complejas ni por debates generales sobre “distorsiones cognitivas”. Es preferible trabajar con escenas específicas y cercanas: una conversación malinterpretada, una voz que genera amenaza, una expectativa de fracaso antes de salir de casa, una sensación de rechazo en un taller o una idea de incapacidad vinculada a una tarea cotidiana. Esta forma de proceder mantiene la lógica de la reestructuración cognitiva, pero la acerca a los problemas reales sobre los que la persona puede observar algún cambio (Salkovskis et al., 2023; Sheffield et al., 2024).



### **6.1.3. Adaptaciones específicas al TMG: simplificación de los registros de pensamiento, uso de material visual, trabajo con creencias de alta carga emocional (paranoia, autorreferencia), ritmo más lento, validación antes de la confrontación**

La primera adaptación es la validación. Antes de explorar una alternativa, el terapeuta debe mostrar que ha comprendido el malestar asociado a la interpretación. En TMG, cuestionar demasiado pronto una creencia amenazante puede vivirse como invalidación, confrontación o intento de control. Esta precaución es especialmente importante en psicosis, donde la alianza terapéutica se asocia con enganche y resultado en terapias psicológicas, y donde la intervención cognitiva debe preservar una relación suficientemente segura para que la persona pueda explorar significados sin sentirse atacada (Bourke et al., 2021; NICE, 2014).

La segunda adaptación es reducir la carga cognitiva. Los registros deben ser breves, visuales y centrados en pocos elementos: situación, interpretación, emoción, conducta y alternativa. En algunos casos bastará con una pregunta oral o una tarjeta sencilla. La tercera adaptación consiste en focalizar el trabajo en significados clínicamente relevantes: amenaza, culpa, fracaso, rechazo, autoestigma, indefensión o pérdida de control. No se trata de corregir cada pensamiento, sino de intervenir sobre aquellos significados que mantienen evitación, aislamiento, angustia o deterioro funcional. Esta forma de trabajo resulta coherente con la evidencia reciente sobre esquemas negativos en psicosis y con la necesidad de mantener expectativas clínicas proporcionadas (Akers et al., 2025; Berendsen et al., 2024)

### **6.1.4. Errores frecuentes: confrontar demasiado pronto, usar lenguaje excesivamente abstracto, confundir reestructuración con debate lógico, no validar la experiencia emocional**

Los errores más habituales son:

- entrar demasiado pronto en confrontación,
- intentar demostrar que la persona “se equivoca”,
- usar lenguaje demasiado abstracto o psicologizante,
- proponer alternativas poco creíbles,
- y olvidar que la emoción es parte central del trabajo.

En TMG, el error más grave suele ser convertir la reestructuración en un debate frontal sobre la realidad. Eso rompe la lógica terapéutica y, a menudo, la alianza. La reestructuración cognitiva no debe orientarse a “ganar” una discusión, sino a abrir un margen de flexibilidad donde la persona pueda observar la relación entre interpretación, emoción, conducta y consecuencias. Esta distinción es especialmente importante en CBTp, donde las guías sitúan la intervención psicológica dentro de un abordaje integral y donde la alianza terapéutica constituye un componente crítico de participación y continuidad (Bourke et al., 2021; NICE, 2014).



### 6.1.5. Perfiles indicados según algoritmo de decisión (Cap. 4) y contraindicaciones relativas

#### Indicada especialmente cuando:

- predominan interpretaciones amenazantes, autoestigma, desesperanza o expectativas de fracaso;
- existe capacidad mínima de observación y reflexión;
- la alianza permite explorar discrepancias sin vivirse como ataque.

#### Contraindicaciones relativas o necesidad de gran adaptación:

- desorganización cognitiva marcada,
- paranoia muy alta con alianza frágil,
- gran activación emocional sin capacidad de regulación mínima,
- momentos de crisis aguda.

Conexión con el Capítulo 4: suele priorizarse cuando el algoritmo conduce a cogniciones transversales, síntomas positivos con cierto espacio reflexivo o mantenimiento conductual mediado por interpretaciones rígidas. Esta indicación debe formularse con prudencia: la reestructuración cognitiva resulta más defendible cuando puede aumentar flexibilidad, reducir malestar o modificar conductas de seguridad, no cuando se aplica como confrontación directa de creencias intensamente amenazantes en ausencia de alianza suficiente (Akers et al., 2025; Bourke et al., 2021; Sheffield et al., 2024).

### 6.1.6. Ejemplo clínico breve

Una persona con psicosis interpreta que dos vecinos que ríen en el rellano están burlándose de ella. En lugar de discutir de entrada si eso “es real”, se trabaja la secuencia: qué oyó, qué concluyó, cómo se sintió y qué hizo después. Más adelante se exploran otras posibilidades — quizá hablaban entre ellos, quizá no la habían visto— y se observa cómo cambia su ansiedad si demora unos minutos la interpretación amenazante antes de encerrarse en casa.

## 6.2. Activación conductual

### 6.2.1. Fundamento: modelo de la evitación y la reducción del refuerzo positivo; relevancia especial para sintomatología negativa y depresión

La activación conductual parte de una idea sencilla y poderosa: cuando la persona reduce actividad, evita situaciones o pierde contacto con fuentes de refuerzo, aumenta el riesgo de cronificación del malestar. En depresión, esta lógica dispone de un respaldo empírico amplio. Cuijpers et al. (2023), en un metaanálisis sobre activación conductual individual, concluyen que esta intervención es eficaz en el tratamiento de la depresión. Esa base la convierte en una técnica



especialmente valiosa cuando predominan inercia, pérdida de estructura, retirada, sensación de incapacidad y abandono progresivo de actividades con valor.

En TMG, esta lógica adquiere una relevancia adicional, pero también necesita más finura clínica. La activación conductual no debe aplicarse como si toda inactividad fuese equivalente. En algunos casos predomina evitación ansiosa; en otros, anergia depresiva; en otros, síntomas negativos o una combinación de varios procesos. [Cella et al. \(2023\)](#), en una revisión sistemática de metaanálisis sobre intervenciones psicosociales y conductuales para síntomas negativos de la esquizofrenia, señalan que existe potencial terapéutico en este terreno, aunque la heterogeneidad metodológica sigue siendo alta y la solidez de la evidencia varía entre enfoques y desenlaces. Esto obliga a una formulación prudente: la activación puede ser especialmente útil para componentes secundarios y conductuales del retraimiento y de la inactividad, pero no debe presentarse como una solución uniforme para todo el núcleo deficitario del cuadro.

Su valor clínico reside en que permite intervenir sobre una secuencia muy frecuente en rehabilitación psicosocial: menos actividad, menos estructura, menos reforzadores, más sensación de incapacidad, más retirada. La activación no exige esperar a que aparezcan ganas o motivación; parte de la hipótesis de que acciones pequeñas, muy concretas y bien dosificadas pueden reabrir oportunidades de experiencia correctiva. En TMG, esa hipótesis sigue siendo razonable siempre que la técnica se adapte al nivel de fatiga, a la tolerancia al esfuerzo, al contexto de apoyos y al verdadero mecanismo que mantiene la pasividad ([Cella et al., 2023](#); [Cuijpers et al., 2023](#); [NICE, 2020](#)).

### 6.2.2. Procedimiento paso a paso: monitorización de actividad, identificación de patrones de evitación, programación gradual de actividades, evaluación de dominio y agrado

El procedimiento puede organizarse así:

- 1. Monitorizar actividad actual.**  
No para controlar, sino para detectar patrones de vacío, evitación, sobrecarga o irregularidad extrema.
- 2. Identificar qué se ha perdido o reducido.**  
Actividades de autocuidado, contacto social, estructura diaria, ocio, tareas domésticas, ejercicio, salidas, participación comunitaria.
- 3. Analizar obstáculos concretos.**  
Fatiga, miedo, apatía, ideas derrotistas, voces, privación de sueño, desorganización, falta de apoyos.
- 4. Programar actividades graduales y específicas.**  
Deben ser muy concretas, con tiempo, lugar y duración definidos.
- 5. Revisar dominio y agrado.**  
En TMG suele ser útil registrar no solo “placer”, sino sensación de logro, tolerancia y esfuerzo.



Este procedimiento debe mantenerse muy próximo a la vida cotidiana. En rehabilitación psicosocial, una programación de actividad que no considera apoyos, barreras contextuales, demandas reales y deterioro funcional puede resultar técnicamente correcta sobre el papel, pero inviable en la práctica. Por ello, la activación conductual debe integrarse en el plan rehabilitador y revisarse como una intervención sobre funcionamiento, no solo como una técnica antidepresiva aislada (Cuijpers et al., 2023; NICE, 2020).

### **6.2.3. Adaptaciones específicas al TMG: inicio con actividades de muy baja demanda, implicación de apoyos naturales, ajuste a la fatiga y la anergia, uso de reforzadores inmediatos**

La activación en TMG casi siempre debe empezar por actividades de muy baja demanda. El error típico es proponer objetivos bienintencionados pero demasiado ambiciosos: ejercicio regular, vida social intensa o rutinas complejas cuando la persona apenas puede levantarse, asearse o salir unos minutos.

Las adaptaciones más importantes son:

- comenzar por **microconductas** observables,
- usar apoyos naturales o profesionales si es necesario,
- diferenciar entre apatía, evitación y sobrecarga,
- reforzar éxitos parciales,
- y registrar barreras reales, no solo cumplimiento.

En síntomas negativos, conviene mantener una formulación especialmente prudente. La activación puede ayudar cuando existe retraimiento mantenido por pérdida de oportunidades, baja expectativa de eficacia, evitación secundaria, desorganización de rutinas o reducción de reforzadores, pero no debe presentarse como corrección directa y suficiente de síntomas negativos primarios. Esta distinción evita sobreprometer efectos y permite diseñar objetivos más funcionales: recuperar un tramo de autocuidado, iniciar una salida breve, sostener una actividad significativa o aumentar contacto con un apoyo concreto (Cella et al., 2023; NICE, 2020).

### **6.2.4. Errores frecuentes: programar demasiadas actividades, no adaptar el nivel de exigencia, ignorar la sintomatología negativa como barrera, atribuir la inactividad a falta de motivación**

Los errores más frecuentes son:

- programar demasiado,
- elegir actividades “ideales” pero poco significativas,
- suponer que la persona generalizará sola,
- interpretar el fracaso como desinterés,



- y no diferenciar entre inactividad por evitación, inercia depresiva, síntomas negativos o agotamiento real.

En TMG, la activación conductual falla con frecuencia no porque la técnica carezca de valor, sino porque se dosifica mal. Una actividad aparentemente simple puede ser demasiado exigente si la persona presenta insomnio, voces intrusivas, miedo a salir, pobreza de apoyos, deterioro ejecutivo o experiencias repetidas de fracaso. Por ello, la técnica debe avanzar en unidades pequeñas, revisables y vinculadas a reforzadores próximos. La activación se vuelve clínicamente útil cuando convierte una meta general —“salir más”, “hacer algo”, “estar activo”— en una conducta mínima, situada y posible (Cella et al., 2023; Cuijpers et al., 2023).

### 6.2.5. Perfiles indicados según algoritmo de decisión (Cap. 4) y contraindicaciones relativas

**Indicada especialmente cuando:**

- predominan apatía, inercia, evitación, pérdida de refuerzo, depresión o síntomas negativos secundarios;
- el punto de máxima interferencia es funcional y conductual;
- la persona puede iniciar microcambios con apoyo.

**Contraindicaciones relativas o necesidad de fuerte adaptación:**

- activación muy alta o maniforme,
- crisis severa no contenida,
- desorganización extrema sin apoyos externos,
- exigencias ambientales que vuelven inviable la tarea propuesta.

**Conexión con el Capítulo 4:** suele priorizarse cuando el algoritmo apunta a sintomatología negativa, depresión resistente, deterioro funcional o retraimiento comunitario.

### 6.2.6. Ejemplo clínico breve

Una persona con depresión resistente pasa gran parte del día en cama y afirma que cualquier intento de activarse “será inútil”. En lugar de proponer cambios globales, se pacta durante una semana una sola conducta: levantarse, vestirse y salir al balcón tres mañanas. La revisión posterior no se centra solo en si lo hizo, sino en cómo se sintió antes, durante y después, y en si la predicción de inutilidad se cumplió exactamente como anticipaba.



## 6.3. Entrenamiento en resolución de problemas

### 6.3.1. Fundamento: modelo de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried; déficits en resolución de problemas como factor mantenedor de dificultades funcionales

El entrenamiento en resolución de problemas parte de una premisa práctica: muchas dificultades funcionales no se mantienen solo por síntomas, sino por bloqueos concretos en la forma de definir problemas, generar alternativas, elegir opciones viables y revisar resultados. En rehabilitación psicosocial, esta técnica resulta especialmente útil cuando la persona no necesita únicamente comprender lo que le ocurre, sino aprender a descomponer una situación cotidiana en pasos manejables. La evidencia específica en esquizofrenia ha sido históricamente limitada y heterogénea, como mostró la revisión Cochrane de Xia y Li (2007), por lo que esta técnica debe presentarse con prudencia: no como intervención autónoma de eficacia universal, sino como procedimiento útil para entrenar habilidades de afrontamiento y autonomía cuando se integra en un plan más amplio.

La tradición de entrenamiento en habilidades y solución de problemas en esquizofrenia ha defendido precisamente el valor de practicar secuencias concretas, con modelado, ensayo, retroalimentación y revisión. Liberman et al. (2001) describieron el entrenamiento en solución de problemas sociales como una estrategia orientada a mejorar habilidades funcionales en personas con esquizofrenia. En el presente manual, esta técnica se utiliza con ese mismo sentido aplicado: convertir bloqueos cotidianos en secuencias de acción más claras, entrenables y revisables (Liberman et al., 2001; Xia & Li, 2007).

### 6.3.2. Procedimiento paso a paso: orientación al problema, definición y formulación, generación de alternativas, toma de decisiones, implementación y verificación

El procedimiento clásico puede organizarse en cinco pasos:

1. **Orientación al problema:** ayudar a la persona a ver que el problema puede trabajarse en partes.
2. **Definición concreta:** formular el problema de manera específica y observable.
3. **Generación de alternativas:** producir varias opciones sin evaluarlas demasiado pronto.
4. **Toma de decisiones:** elegir la alternativa más viable según recursos y contexto.
5. **Implementación y revisión:** ejecutar el plan y revisar qué ocurrió.

En rehabilitación psicosocial, este procedimiento suele aplicarse mejor cuando se trabaja sobre escenas concretas: compras, uso del transporte, citas, dinero, conflictos cotidianos, organización del día o gestiones básicas. Su utilidad clínica aumenta cuando no se limita a una conversación sobre “qué podría hacerse”, sino que se convierte en práctica guiada y, cuando es posible, en



ensayo en contexto real. Esta orientación es coherente con los modelos rehabilitadores centrados en funcionamiento y apoyos, donde la intervención debe traducirse a acciones observables y revisables en la vida diaria (Lieberman et al., 2001; NICE, 2020).

### **6.3.3. Adaptaciones específicas al TMG: problemas concretos y cotidianos, reducción del número de alternativas, uso de apoyos visuales, práctica in vivo**

Las adaptaciones principales son:

- trabajar con problemas **muy concretos**;
- reducir el número de alternativas cuando la persona se bloquea;
- usar papel, esquemas o secuencias visuales;
- modelar más la generación de soluciones;
- y practicar in vivo cuando sea posible.

En TMG no debe suponerse que la persona transferirá automáticamente una estrategia aprendida en sesión a un contexto real de alta complejidad. La transferencia debe planificarse. Esto implica decidir dónde se aplicará la solución, quién puede apoyar el primer intento, qué barrera es más probable y cómo se revisará el resultado. En casos con deterioro ejecutivo, ansiedad elevada o baja autonomía instrumental, puede ser preferible trabajar una sola alternativa viable antes que generar muchas opciones que aumenten bloqueo o confusión (NICE, 2020; Xia & Li, 2007).

### **6.3.4. Errores frecuentes: trabajar con problemas demasiado abstractos o complejos, no practicar in vivo, asumir que la persona generalizará espontáneamente**

Los errores más frecuentes son:

- formular problemas demasiado amplios,
- dar consejos en lugar de entrenar el proceso,
- no descomponer una tarea compleja,
- y asumir que el mero entendimiento verbal basta para cambiar la conducta.

El entrenamiento en resolución de problemas pierde potencia cuando el profesional resuelve por la persona en lugar de entrenar con ella el proceso. También se debilita cuando el problema se formula en términos excesivamente globales, como “organizarse mejor”, “ser más autónomo” o “relacionarse más”. En TMG, la formulación útil suele ser mucho más concreta: “preparar la ropa antes de salir al taller”, “pedir cita sin bloquearse”, “elegir qué hacer si el autobús va lleno”, “organizar el pago de un recibo” o “avisar cuando aparece una señal temprana”. Esta concreción no empobrece la intervención; la vuelve practicable (Lieberman et al., 2001; NICE, 2020)



### 6.3.5. Perfiles indicados según algoritmo de decisión (Cap. 4) y contraindicaciones relativas

**Indicada especialmente cuando:**

- el caso se bloquea por problemas prácticos repetidos;
- la persona dispone de cierto margen de colaboración, aunque limitado;
- hay vida diaria poco estructurada o baja autonomía instrumental.

**Contraindicaciones relativas o necesidad de adaptación intensa:**

- desorganización severa con incapacidad para seguir una secuencia básica,
- crisis emocional aguda que impide pensar por pasos,
- paranoia muy alta en situaciones de ayuda interpersonal.

**Conexión con el Capítulo 4:** suele priorizarse cuando el algoritmo conduce a funcionamiento cotidiano, autonomía instrumental o adherencia práctica.

### 6.3.6. Ejemplo clínico breve

Una persona con trastorno bipolar estabilizado falta repetidamente a las revisiones médicas porque se bloquea cuando coinciden con tareas domésticas o trámites. Se trabaja el problema no como “mala adherencia”, sino como secuencia concreta: identificar la cita, anticipar conflicto, generar dos alternativas, elegir una y dejar previsto el primer paso ejecutable.

## 6.4. Técnicas de relajación y manejo de la activación

### 6.4.1. Fundamento: modelo de activación fisiológica y su papel en la exacerbación de síntomas; regulación de la activación como factor protector

Las técnicas de relajación y manejo de la activación no constituyen el núcleo exclusivo del tratamiento en TMG, pero sí pueden desempeñar una función clínica relevante cuando la hiperactivación fisiológica amplifica ansiedad, impulsividad, sensación de pérdida de control, pensamiento acelerado o incremento subjetivo de amenaza. Su lógica básica es operativa: reducir activación puede disminuir vulnerabilidad situacional y aumentar la capacidad de la persona para utilizar otras estrategias terapéuticas en momentos de mayor carga emocional. Esta formulación es compatible con una práctica cognitivo-conductual prudente, siempre que estas técnicas se entiendan como procedimientos de apoyo y regulación, no como soluciones universales.



Ahora bien, en TMG conviene introducir una cautela clínica explícita. La literatura reciente sobre trauma, disociación y psicosis muestra que la relación entre estas dimensiones es estrecha y clínicamente relevante. La revisión sistemática de [Melegkovits et al. \(2025\)](#) concluye que el trauma del desarrollo se asocia con mayores niveles de disociación en personas con psicosis y que la disociación contribuye a alucinaciones y, en parte, a paranoia e ideación delirante. En esa misma línea, [Hardy et al. \(2024\)](#) subrayan, en su revisión del estado de la cuestión sobre terapias de trauma para psicosis, que la seguridad y la aceptabilidad del tratamiento exigen una evaluación cuidadosa del perfil traumático y disociativo. Por eso, en personas con experiencias disociativas, paranoia intensa, miedo a perder control o hipervigilancia corporal marcada, las técnicas más pasivas e introspectivas pueden no ser la mejor primera opción.

Ahora bien, en TMG conviene introducir una cautela clínica explícita. La literatura reciente sobre trauma, disociación y psicosis muestra que la relación entre estas dimensiones es estrecha y clínicamente relevante. La revisión sistemática de [Melegkovits et al. \(2025\)](#) concluye que el trauma del desarrollo se asocia con mayores niveles de disociación en personas con psicosis, y [Hardy et al. \(2024\)](#) subrayan que las intervenciones dirigidas a trauma en psicosis requieren sensibilidad clínica, evaluación cuidadosa y adaptación al impacto de las experiencias traumáticas. Por tanto, las técnicas de relajación o focalización interna no deben aplicarse de forma indiscriminada cuando existe disociación, hipervigilancia corporal extrema, trauma no elaborado o paranoia intensa ([Hardy et al., 2024](#); [Melegkovits et al., 2025](#)).

#### **6.4.2. Procedimiento paso a paso: relajación muscular progresiva adaptada, respiración diafragmática, técnicas de grounding y anclaje sensorial**

Pueden utilizarse varias estrategias, según el caso:

1. **Respiración diafragmática o pautada:** enlentecer ritmo respiratorio y centrar atención.
2. **Relajación muscular progresiva adaptada:** tensión y distensión breve de grupos musculares.
3. **Grounding o anclaje sensorial:** dirigir la atención a estímulos presentes y concretos.
4. **Técnicas activas de regulación:** contar pasos, describir objetos, orientación al entorno, apoyo propioceptivo.

En TMG, la técnica debe ser breve, observable y fácilmente recuperable. En muchos casos serán preferibles ejercicios con ojos abiertos, orientación externa, apoyo sensorial y duración limitada. El objetivo no es alcanzar relajación profunda, sino reducir el umbral de activación suficiente para que la persona pueda elegir una respuesta más funcional ([Hardy et al., 2024](#); [Melegkovits et al., 2025](#)).

### 6.4.3. Adaptaciones específicas al TMG: precauciones con la relajación en personas con experiencias disociativas o paranoides, sesiones más breves, uso de técnicas activas vs. pasivas

En TMG no todas las técnicas de relajación sirven para todas las personas. Conviene extremar prudencia en casos con:

- experiencias disociativas,
- trauma complejo,
- paranoia intensa,
- miedo a perder control,
- autoobservación ansiosa elevada.

Estas precauciones son especialmente importantes cuando existen antecedentes de trauma, síntomas disociativos, paranoia, experiencias corporales amenazantes o miedo a perder el control. En esos casos, insistir en respiración profunda, escaneo corporal prolongado o relajación con ojos cerrados puede resultar contraproducente. La técnica debe seleccionarse según su efecto real en la persona, no por su aparente neutralidad. En TMG, una intervención de regulación adecuada es aquella que aumenta seguridad y capacidad de acción, no la que produce una relajación formalmente “correcta” pero clínicamente desestabilizadora (Hardy et al., 2024; Melegkovits et al., 2025).

### 6.4.4. Errores frecuentes: aplicar relajación sin evaluar contraindicaciones, esperar efectos inmediatos, no practicar fuera de sesión

Los errores más frecuentes son:

- prescribir relajación como respuesta para todo,
- no explorar si la persona se siente peor al intentar “relajarse”,
- suponer que una explicación verbal basta,
- y presentar la técnica como si debiera funcionar de inmediato y de forma lineal.

La relajación puede ser útil como apoyo, pero no debe sustituir a la formulación del problema. En algunas personas, el objetivo no será “bajar la ansiedad” sin más, sino tolerar una activación manejable mientras se realiza una acción valiosa: acudir a una cita, entrar en un recurso comunitario, iniciar una conversación o permanecer en una situación temida. Si se usa la relajación solo para escapar de cualquier activación, puede reforzar evitación. Si se usa sin evaluar trauma o disociación, puede aumentar sensación de extrañeza, pérdida de control o amenaza. La buena práctica exige integrar estas técnicas dentro de una estrategia más amplia de afrontamiento, exposición, prevención de recaídas o regulación emocional (Hardy et al., 2024; Melegkovits et al., 2025).



### 6.4.5. Perfiles indicados según algoritmo de decisión (Cap. 4) y contraindicaciones relativas

#### Indicada especialmente cuando:

- el malestar está amplificado por activación fisiológica;
- la persona necesita estrategias de apoyo para exposición, afrontamiento o regulación;
- hay ansiedad anticipatoria o escaladas emocionales reconocibles.

#### Contraindicaciones relativas o necesidad de adaptación:

- disociación,
- paranoia intensa,
- hipervigilancia corporal extrema,
- trauma con reacciones aversivas a ejercicios de focalización interna.

Conexión con el Capítulo 4: suele priorizarse como técnica complementaria cuando la línea principal es regulación emocional, TCC para psicosis, exposición o manejo de crisis. La clave es presentarla como una herramienta de apoyo al control funcional de la activación, no como intervención suficiente para problemas complejos de trauma, psicosis, impulsividad o recaída (Hardy et al., 2024; Melegkovits et al., 2025)

### 6.4.6. Ejemplo clínico breve

Una persona con voces intensas antes de salir de casa describe una subida brusca de tensión corporal y respiración rápida. Se ensaya en sesión una respiración pausada breve con ojos abiertos y luego un anclaje sensorial de un minuto. La tarea no es “relajarse del todo”, sino usar esa secuencia justo antes de salir, para disminuir el umbral inicial de activación.

## 6.5. Prevención de recaídas

### 6.5.1. Fundamento: modelo de identificación de señales de alerta temprana y planificación de respuesta; la prevención de recaídas como componente esencial de toda intervención TCC en TMG

La prevención de recaídas ocupa una posición central en la intervención cognitivo-conductual con personas con TMG porque el objetivo del tratamiento no puede limitarse a reducir malestar en el presente, sino que debe incluir la capacidad de detectar cambios tempranos, interpretar señales de descompensación y responder antes de que el deterioro se consolide. En este sentido, el fundamento del trabajo preventivo se apoya en dos operaciones complementarias: identificar señales de alerta temprana y traducirlas a un plan de respuesta concreto, comprensible y aplicable.



La guía mhGAP de la Organización Mundial de la Salud incluye las intervenciones psicológicas dentro del abordaje de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y las guías NICE para trastorno bipolar recomiendan intervenciones psicológicas estructuradas orientadas a prevenir recaídas o manejar síntomas persistentes entre episodios. NICE especifica, además, que estas intervenciones deben incluir información sobre el trastorno, relación entre pensamientos, conducta, estado de ánimo y recaída, automonitorización, planes de manejo de recaídas y estrategias para mantenerse bien (NICE, 2014/2025; WHO, 2023). Esta formulación respalda directamente la lógica del presente manual: la prevención de recaídas no es un apéndice final del tratamiento, sino un componente transversal de la intervención.

### **6.5.2. Procedimiento paso a paso: identificación personalizada de señales de alerta, elaboración del plan de acción ante recaídas, identificación de recursos y apoyos, ensayo del plan**

El procedimiento puede organizarse así:

1. **Reconstruir episodios previos o microdescompensaciones.**
2. **Identificar señales tempranas idiosincrásicas.**
3. **Diferenciar vulnerabilidades estables, desencadenantes y factores protectores.**
4. **Elaborar un plan de acción concreto:** qué hará la persona, a quién avisará, qué apoyos activará.
5. **Ensayar y revisar el plan** periódicamente.

La utilidad de esta técnica depende de que el plan sea claro, breve y comprensible.

En TMG, este procedimiento debe mantenerse simple, visible y compartido. Un plan preventivo que la persona no entiende, no recuerda o no puede aplicar no es un verdadero plan clínico, sino un documento formal. La prevención de recaídas debe estar integrada en el PAI, conectada con la red de apoyo y revisada como parte del tratamiento longitudinal (NICE, 2014/2025; NICE, 2020; WHO, 2023).

### **6.5.3. Adaptaciones específicas al TMG: implicación de la red de apoyo, formatos simplificados del plan, revisión periódica, coordinación con el equipo**

En TMG, la prevención de recaídas se beneficia especialmente de:

- planes escritos simplificados,
- participación de la red de apoyo cuando proceda,
- revisión periódica del plan,
- y coordinación explícita con el equipo.



La prevención no debe quedar reducida a un documento final archivado. Debe estar integrada en la práctica clínica y revisarse en función de cambios del contexto. En personas con psicosis compleja, deterioro funcional o curso episódico, la coordinación con profesionales de referencia, apoyos familiares o recursos comunitarios puede ser la diferencia entre una señal temprana detectada y una recaída que avanza sin respuesta. Esta lógica encaja con NICE NG181, que sitúa la rehabilitación de psicosis compleja dentro de procesos de evaluación, planificación del cuidado, revisión y apoyo a la recuperación a largo plazo (NICE, 2020).

#### **6.5.4. Errores frecuentes: elaborar planes genéricos no personalizados, no implicar a la red de apoyo, no revisar el plan periódicamente**

Los errores más frecuentes son:

- hacer planes demasiado vagos,
- copiar señales de alerta “típicas” sin ajustarlas al caso,
- no concretar respuestas,
- no ensayar qué hará la persona realmente,
- y no revisar nunca el plan una vez escrito.

Un plan de prevención útil debe responder a preguntas concretas: qué señal aparece primero, qué significa para esta persona, qué acción mínima debe realizar, quién debe saberlo y qué apoyo puede activarse. En trastorno bipolar, por ejemplo, NICE recomienda que las intervenciones psicológicas incluyan automonitorización y desarrollo de planes para manejar recaídas y mantenerse bien. En psicosis compleja, el mismo principio debe traducirse a señales tempranas, continuidad asistencial, coordinación y apoyos funcionales. La prevención de recaídas no es una lista de advertencias, sino una estrategia de continuidad clínica (NICE, 2014/2025; NICE, 2020).

#### **6.5.5. Perfiles indicados según algoritmo de decisión (Cap. 4) y momento óptimo de la intervención**

**Indicada especialmente cuando:**

- existen recaídas recurrentes,
- el curso es episódico o inestable,
- la adherencia oscila,
- o la persona necesita un mapa longitudinal de autogestión.

**Momento óptimo:**

- se empieza a introducir desde fases relativamente tempranas,
- pero suele formalizarse mejor cuando hay ya cierta alianza, comprensión del modelo y experiencia compartida sobre señales y respuestas.



**Conexión con el Capítulo 4:** suele priorizarse cuando el algoritmo señala problemas longitudinales, discontinuidad del tratamiento o necesidad de estabilización futura.

### 6.5.6. Ejemplo clínico breve

Una persona con trastorno bipolar identifica, tras revisar episodios previos, tres señales tempranas constantes: dormir menos, iniciar muchos proyectos a la vez y hablar más deprisa. En lugar de dejar estas señales como simple lista, se construye un plan: registrar sueño tres días, avisar al profesional de referencia y reducir compromisos nuevos si se cumplen dos de las tres señales.

## 6.6. Psicoeducación cognitivo-conductual

### 6.6.1. Fundamento: la psicoeducación como intervención activa (no meramente informativa) dentro del marco cognitivo-conductual

La psicoeducación cognitivo-conductual no es una clase sobre el diagnóstico. Es una intervención activa orientada a aumentar comprensión, colaboración y autogestión. Su objetivo no es solo “dar información”, sino ayudar a la persona a relacionar lo que le ocurre con un modelo comprensible que conecte experiencia, interpretación, emoción, conducta y contexto. [Meraj y Waqas \(2024\)](#), en una revisión sistemática sobre educación terapéutica en trastornos mentales graves, muestran que este tipo de intervenciones incluye de forma predominante habilidades de afrontamiento, autoconfianza, manejo del estrés, pensamiento crítico, resolución de problemas, establecimiento de objetivos y autocuidado, lo que refuerza la idea de que la psicoeducación útil no se limita a transmitir contenidos, sino que apunta a competencias de autogestión.

En TMG, esta función es especialmente importante porque muchas personas han recibido información fragmentaria, excesivamente medicalizada o vivida como ajena. La psicoeducación bien hecha no sustituye la formulación clínica; la prepara y la refuerza. Además, para que tenga sentido dentro de un modelo centrado en la persona, debe dialogar con las creencias previas, con la narrativa personal del problema y con las decisiones prácticas que la persona tendrá que tomar en su vida cotidiana. [Thomas et al. \(2021\)](#), en una revisión sistemática sobre *shared decision making* en personas con enfermedad mental grave, subrayan precisamente que este tipo de enfoque resulta especialmente pertinente cuando los usuarios desean participar de forma más activa en las decisiones sobre su atención. Esta lógica encaja plenamente con una psicoeducación que no corrige desde fuera, sino que construye comprensión compartida.

Por ello, en este manual la psicoeducación cognitivo-conductual debe presentarse como una intervención transversal de comprensión y colaboración. Su valor no está en que la persona repita terminología diagnóstica, sino en que pueda apropiarse de un marco de trabajo que aumente agencia, comprensión del patrón de malestar y capacidad de utilizar mejor el resto de técnicas del plan terapéutico ([Meraj & Waqas, 2024](#); [Thomas et al., 2021](#)).



### 6.6.2. Procedimiento paso a paso: evaluación de conocimientos previos y creencias sobre la enfermedad, provisión de información adaptada, trabajo con las cogniciones asociadas al diagnóstico, promoción de la autogestión

El procedimiento puede seguir esta secuencia:

1. **Explorar qué entiende ya la persona sobre lo que le ocurre.**
2. **Detectar creencias previas útiles o distorsionadas.**
3. **Ofrecer información breve, seleccionada y adaptada.**
4. **Relacionar esa información con la experiencia concreta del caso.**
5. **Promover autogestión:** señales, estrategias, decisiones y recursos.

El valor clínico está en que la persona pueda apropiarse de un marco de trabajo, no en que repita terminología diagnóstica. La psicoeducación debe ayudar a comprender patrones: cómo se relacionan sueño, estrés, aislamiento, voces, estado de ánimo, consumo, evitación, adherencia o recaída. En ese sentido, funciona como una técnica transversal que prepara otras intervenciones, mejora la colaboración y facilita decisiones compartidas sobre el plan (Thomas et al., 2021; Waqas et al., 2024).

### 6.6.3. Adaptaciones específicas al TMG: lenguaje accesible, materiales visuales, repetición espaciada, implicación de familiares cuando sea apropiado, respeto por la narrativa personal de la enfermedad

Las adaptaciones más importantes son:

- lenguaje claro y no saturado de tecnicismos,
- materiales visuales simples,
- repetición espaciada,
- posibilidad de implicar a familiares o apoyos cuando sea útil,
- y respeto por la narrativa personal.

Esto último es decisivo. La psicoeducación no debe imponerse contra el modo en que la persona entiende su experiencia. Debe dialogar con él. En TMG, la comprensión del problema puede estar atravesada por experiencias previas de coerción, diagnósticos vividos como estigma, tratamientos poco explicados o rupturas de confianza. Por ello, la psicoeducación debe operar como herramienta de colaboración, no como corrección unilateral. Su potencia aumenta cuando la información se ajusta a las preguntas reales de la persona y se conecta con decisiones concretas de autocuidado, participación y prevención (Thomas et al., 2021; Waqas et al., 2024).



#### 6.6.4. Errores frecuentes: convertir la psicoeducación en una clase magistral, no explorar las creencias previas, imponer un modelo explicativo sin negociación

Los errores más frecuentes son:

- hablar demasiado y preguntar poco,
- dar información sin utilidad clínica inmediata,
- ignorar lo que la persona ya cree,
- y presentar el modelo como si invalidara su vivencia.

En TMG, la psicoeducación fracasa cuando se vive como corrección externa y no como herramienta de comprensión compartida. Una explicación técnicamente correcta puede ser clínicamente inútil si no responde a las preguntas, miedos y objetivos de la persona. Por eso, la psicoeducación debe avanzar en diálogo: primero escucha, después organiza, luego ofrece información y finalmente comprueba si esa información ayuda a la persona a tomar decisiones más comprensibles para sí misma. Esta secuencia es coherente con la educación terapéutica orientada a competencias y con los modelos de toma compartida de decisiones en enfermedad mental grave (Thomas et al., 2021; Waqas et al., 2024).

#### 6.6.5. Perfiles indicados según algoritmo de decisión (Cap. 4) y momento óptimo de la intervención

**Indicada especialmente cuando:**

- la persona necesita comprender mejor su patrón de malestar;
- hay baja apropiación del tratamiento;
- se requiere aumentar adherencia, autogestión o comprensión de recaídas.

**Momento óptimo:**

- suele ser especialmente útil en fases iniciales,
- pero también puede reaparecer en momentos de reformulación, crisis o prevención de recaídas.

**Conexión con el Capítulo 4:** es transversal. Suele estar presente cuando el algoritmo apunta a alianza, adherencia, prevención, manejo de síntomas o trabajo con creencias sobre el diagnóstico.

#### 6.6.6. Ejemplo clínico breve

Una persona con psicosis interpreta que oír voces significa que “está completamente perdida” y que ya no puede hacer nada útil. La psicoeducación no se limita a explicar qué son las alucinaciones. Se trabaja cómo el estrés, el sueño y la interpretación influyen en el malestar, y por qué algunas estrategias aumentan o reducen el impacto de las voces en su vida cotidiana.



## Resumen final

En este capítulo hemos revisado las técnicas cognitivo-conductuales nucleares más relevantes para la rehabilitación psicosocial en personas con TMG: reestructuración cognitiva adaptada, activación conductual, resolución de problemas, técnicas de relajación y manejo de la activación, prevención de recaídas y psicoeducación cognitivo-conductual. Hemos insistido en una idea central: ninguna de estas técnicas debe aplicarse como receta aislada ni trasladarse sin más desde la TCC estándar. Su utilidad depende del punto de máxima interferencia del caso, de la fase del tratamiento, de la capacidad cognitiva y funcional de la persona y del contexto de apoyos disponible.

La reestructuración cognitiva es útil cuando puede abrir significados alternativos sin erosionar la alianza; la activación conductual permite reintroducir estructura y contacto con reforzadores; la resolución de problemas convierte bloqueos cotidianos en secuencias tratables; la relajación y el grounding funcionan como técnicas de apoyo al manejo de la activación; la prevención de recaídas da continuidad longitudinal al tratamiento; y la psicoeducación cognitivo-conductual proporciona el marco compartido que vuelve comprensibles todas las demás técnicas. Con ello queda preparado el terreno para el capítulo siguiente, centrado ya en la intervención cognitivo-conductual específica en psicosis.

**Tabla 6.1. Síntesis rápida de técnicas nucleares adaptadas al TMG**

Técnica	Problema diana principal	Cuándo priorizarla	Adaptación clave al TMG	Riesgo de mal uso
Reestructuración cognitiva adaptada	Interpretaciones amenazantes, autoestigma, desesperanza	Cuando hay cierto espacio reflexivo y alianza suficiente	Validación previa, registros simples, menor abstracción	Convertirla en confrontación
Activación conductual	Inercia, retraimiento, síntomas negativos secundarios, depresión	Cuando el bloqueo conductual y funcional	Microtarefas, apoyos, graduación extrema	Sobrecargar de actividades
Resolución de problemas	Bloqueos prácticos cotidianos	Cuando la autonomía está atascada por tareas concretas	Problemas muy concretos, práctica in vivo	Dar consejos en vez de entrenar proceso
Relajación / grounding	Hiperactivación, ansiedad anticipatoria, escalada emocional	Como apoyo a regulación, exposición o afrontamiento	Técnicas breves, activas y adaptadas	Usarla como solución universal
Prevención de recaídas	Curso recurrente, señales tempranas mal reconocidas	Cuando el problema es longitudinal o preventivo	Plan breve, personalizado y revisable	Hacer planes genéricos
Psicoeducación cognitivo-conductual	Baja comprensión del patrón clínico o del tratamiento	En fases iniciales o de reformulación	Lenguaje claro, diálogo con la narrativa personal	Convertirla en clase magistral

**Nota.** Esta tabla ofrece una síntesis operativa de técnicas cognitivo-conductuales nucleares adaptadas al TMG. Debe interpretarse como guía clínica orientativa, no como algoritmo validado de indicación automática. La selección de cada técnica debe basarse en la formulación del caso, el perfil funcional, la fase del tratamiento, la alianza, la capacidad cognitiva, la tolerancia emocional y el contexto de apoyos. La reestructuración cognitiva requiere especial prudencia en psicosis y paranoia; la activación conductual debe diferenciar evitación, depresión y síntomas negativos; la resolución de problemas debe aplicarse a situaciones concretas y practicables; la relajación y el anclaje (*grounding*) son técnicas de apoyo que requieren cautela en trauma y disociación; la prevención de recaídas debe integrarse en el plan longitudinal; y la psicoeducación debe orientarse a comprensión, autogestión y decisión compartida (Akers et al., 2025; Berendsen et al., 2024; Cella et al., 2023; Cuijpers et al., 2023; Hardy et al., 2024; NICE, 2014, 2020, 2014/2025; Thomas et al., 2021; Waqas et al., 2024; Xia & Li, 2007).

## Resumen final

En este capítulo hemos revisado las técnicas cognitivo-conductuales nucleares más relevantes para la rehabilitación psicosocial en personas con TMG: reestructuración cognitiva adaptada, activación conductual, resolución de problemas, técnicas de relajación y manejo de la activación, prevención de recaídas y psicoeducación cognitivo-conductual. Hemos insistido en una idea central: ninguna de estas técnicas debe aplicarse como receta aislada ni trasladarse sin más desde la TCC estándar. Su utilidad depende del punto de máxima interferencia del caso, de la fase del tratamiento, de la capacidad cognitiva y funcional de la persona y del contexto de apoyos disponible. Esta lectura es coherente con la evidencia reciente sobre TCC en psicosis, activación conductual, intervenciones para síntomas negativos, rehabilitación de psicosis compleja y educación terapéutica en trastornos mentales graves (Berendsen et al., 2024; Cella et al., 2023; Cuijpers et al., 2023; NICE, 2020; Waqas et al., 2024).

La reestructuración cognitiva es útil cuando puede abrir significados alternativos sin erosionar la alianza; la activación conductual permite reintroducir estructura y contacto con reforzadores; la resolución de problemas convierte bloqueos cotidianos en secuencias tratables; la relajación y el *grounding* funcionan como técnicas de apoyo al manejo de la activación; la prevención de recaídas da continuidad longitudinal al tratamiento; y la psicoeducación cognitivo-conductual proporciona el marco compartido que vuelve comprensibles todas las demás técnicas. Con ello queda preparado el terreno para el capítulo siguiente, centrado ya en la intervención cognitivo-conductual específica en psicosis.



# 7

## Intervención cognitivo-conductual en psicosis: procedimientos específicos

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de diferenciar la terapia cognitivo-conductual para psicosis (CBTp) de la TCC estándar; comprender sus fundamentos cognitivos específicos; y aplicar procedimientos adaptados para delirios, alucinaciones auditivas, sintomatología negativa y desorganización del pensamiento y la conducta. Además, podremos identificar indicaciones y contraindicaciones relativas, diseñar experimentos conductuales seguros, modular el trabajo terapéutico según el grado de insight, desorganización y reactividad emocional, e integrar la monitorización sesión a sesión dentro del plan de intervención. Esta orientación resulta coherente con el modelo cognitivo de los síntomas positivos de la psicosis, con las guías clínicas que sitúan la CBTp dentro de un abordaje integral, y con revisiones recientes que muestran efectos pequeños a moderados sobre síntomas generales y positivos, con necesidad de interpretar los resultados de forma prudente y ajustada al perfil clínico (Berendsen et al., 2024; Garety et al., 2001; NICE, 2014).

### Resumen inicial

La TCC para psicosis constituye uno de los campos donde mejor se aprecia que adaptar no significa empobrecer. No estamos ante una mera aplicación “más lenta” de la TCC estándar, sino ante una reformulación de sus principios para trabajar con experiencias que comprometen intensamente la atribución de significado, la confianza interpersonal, la autoobservación y la regulación del comportamiento. El objetivo clínico no consiste, por regla general, en prometer la desaparición completa de delirios o voces, sino en reducir malestar, ampliar afrontamiento, disminuir conductas de seguridad, aumentar flexibilidad cognitiva y recuperar margen funcional. Esta formulación se apoya en el modelo cognitivo de la psicosis, que sitúa la interpretación de experiencias anómalas, los estados emocionales, los sesgos inferenciales y los factores sociales en el centro de la formación y mantenimiento de los síntomas positivos, así como en la evidencia

reciente sobre CBTp y funcionamiento en esquizofrenia (Berendsen et al., 2024; Bighelli et al., 2023; Garety et al., 2001).

Este capítulo organiza la intervención en cuatro grandes dominios. Primero, fija los fundamentos de la CBTp y su diferencia respecto a una TCC ambulatoria convencional. Después desarrolla procedimientos específicos para delirios y alucinaciones auditivas. A continuación, aborda la sintomatología negativa desde una formulación cognitivo-conductual diferenciada. Por último, delimita qué puede hacerse cuando predomina la desorganización del pensamiento y la conducta, un terreno donde la TCC necesita apoyarse mucho más en estructura externa, compensación y coordinación con el entorno terapéutico. A lo largo de todo el capítulo se insiste en una misma idea: en psicosis, la técnica correcta depende menos de su prestigio y más de su indicación, su secuencia y su ajuste al estado real de la persona (Berendsen et al., 2024; NICE, 2014, 2020).

### Palabras clave

*CBT para psicosis; delirios; alucinaciones auditivas; síntomas negativos; desorganización; normalización; experimentos conductuales; sesgos cognitivos; alianza terapéutica; recuperación.*

## 7.1. Fundamentos de la TCC para psicosis: principios específicos y diferenciación respecto a la TCC estándar

### 7.1.1. El modelo cognitivo de la psicosis: de Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington al estado actual

El modelo cognitivo de la psicosis surgió como alternativa a dos posiciones insuficientes. La primera trataba los síntomas psicóticos como fenómenos puramente biológicos, sin mediación psicológica relevante. La segunda los abordaba como contenidos simbólicos o interpretables, pero sin prestar suficiente atención a sus mecanismos de mantenimiento. El trabajo clásico de Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington propuso justamente que los síntomas positivos de la psicosis debían entenderse como el resultado de procesos cognitivos, emocionales y sociales que median entre la experiencia anómala y su interpretación, y no solo por su contenido manifiesto (Garety et al., 2001).

Desde esta perspectiva, el delirio no se trabaja como un “error lógico” aislado, sino como una interpretación fuertemente cargada de afecto, sostenida por sesgos inferenciales, hipervigilancia a la amenaza, estados emocionales intensos y creencias previas sobre uno mismo y los otros. De forma paralela, las voces no se conceptualizan únicamente por su presencia fenomenológica, sino por las creencias sobre su identidad, poder, malevolencia, controlabilidad e implicación conductual. El estado actual del campo no ha reemplazado esa base; la ha refinado. La *umbrella review* de Berendsen et al. (2024) concluye que la terapia cognitivo-conductual para los trastornos del espectro esquizofrénico muestra efectos pequeños a moderados sobre síntomas generales y positivos al final del tratamiento, lo que respalda una lectura clínica centrada en



flexibilidad, malestar e interferencia, más que en promesas de desaparición completa del síntoma.

Además, desarrollos recientes han reformulado la CBTp desde modelos de procesamiento predictivo, destacando que la intervención puede dirigirse a cómo la persona selecciona, interpreta y actualiza la información relevante para sus creencias. Esta lectura no sustituye al modelo cognitivo clásico, pero ayuda a comprender por qué la intervención no debe limitarse a discutir contenidos, sino favorecer experiencias correctivas, actualización gradual de predicciones y mayor tolerancia a la incertidumbre (Sheffield et al., 2024).

### **7.1.2. Principios terapéuticos específicos: normalización, formulación individualizada, empirismo colaborativo adaptado, flexibilidad diagnóstica**

La CBTp se apoya en varios principios específicos. El primero es la normalización cuidadosa: ayudar a la persona a comprender que sus experiencias pueden abordarse psicológicamente sin convertir esa normalización en minimización del sufrimiento. El segundo es la colaboración. En psicosis, la intervención no puede partir de que la persona acepte de entrada el modelo explicativo del terapeuta. El trabajo debe construirse sobre objetivos compartidos, observación conjunta y revisión de consecuencias. El tercero es la no confrontación prematura. Cuestionar demasiado pronto una creencia delirante o una interpretación sobre las voces puede aumentar suspicacia, romper alianza o convertir la sesión en una disputa sobre la realidad.

El cuarto principio es el trabajo sobre el significado. La pregunta clínica no es solo si la experiencia ocurre, sino qué significa para la persona, qué amenaza implica, qué conducta dispara y qué margen de acción deja disponible. El quinto principio es la flexibilidad diagnóstica y fenomenológica. Una misma técnica puede utilizarse para delirios, voces, creencias derrotistas o autoestigma, pero su racional, su ritmo y su objetivo cambian. Estos principios son coherentes con las guías que recomiendan CBTp dentro de un abordaje integral y con la literatura sobre alianza y participación en terapias psicológicas para psicosis (Bourke et al., 2021; NICE, 2014; Thomas et al., 2021).

### **7.1.3. La relación terapéutica en TCC para psicosis: construcción de la alianza con personas con ideación paranoide o bajo insight**

En psicosis, la alianza no es una condición general del tratamiento, sino uno de sus instrumentos principales. Una relación terapéutica segura, consistente y no coercitiva permite que la persona acepte investigar algunos aspectos de su experiencia incluso cuando no comparte el modelo explicativo del terapeuta. Con ideación paranoide, desconfianza o bajo insight, la alianza se construye menos por persuasión y más por previsibilidad, respeto, claridad del método y ausencia de confrontación prematura. La revisión sistemática y metaanálisis de Bourke et al. (2021) respalda la relevancia de la alianza y el enganche en terapias psicológicas para psicosis, lo

que justifica que la relación terapéutica se trate aquí como una condición técnica de viabilidad, no como un complemento inespecífico.

Esto exige varias cautelas. La primera es no precipitarse hacia la corrección del contenido psicótico. La segunda es validar el impacto emocional sin confirmar automáticamente la interpretación delirante. La tercera es pedir permiso para explorar, en vez de “entrar” en la experiencia como si la aceptación del modelo cognitivo fuera una condición previa. En muchos casos, la alianza inicial no se expresa en que la persona reconozca que sus creencias pueden ser erróneas, sino en que acepte observar con el terapeuta qué aumenta o reduce el malestar y qué consecuencias tienen determinadas respuestas. Esta forma de trabajo es coherente con la toma de decisiones compartida en personas con enfermedad mental grave, donde la participación de la persona es una condición de calidad clínica y ética (Bourke et al., 2021; Thomas et al., 2021).

## 7.2. TCC para delirios

### 7.2.1. Formulación individualizada del delirio: antecedentes, factores mantenedores (sesgos cognitivos, factores emocionales, factores conductuales), función del delirio en la vida de la persona

La formulación de un delirio debe comenzar mucho antes del contenido manifiesto. No basta con registrar “cree que le persiguen” o “piensa que se refieren a él”. Una formulación útil identifica antecedentes, estados emocionales asociados, desencadenantes, conductas de protección, sesgos inferenciales y posibles funciones psicológicas del sistema delirante. En algunos casos, el delirio organiza experiencias previas de humillación o amenaza. En otros, ofrece una explicación relativamente coherente a sensaciones internas desconcertantes. También puede cumplir una función paradójicamente estabilizadora al convertir un malestar difuso en una certeza interpretativa. Esta lectura se deriva del modelo cognitivo de los síntomas positivos, que vincula experiencias anómalas, interpretación, emoción, procesos cognitivos y contexto social en la formación y mantenimiento de la psicosis (Garety et al., 2001).

Lo clínicamente importante es determinar qué mantiene la creencia en esa persona concreta. Puede tratarse de hipervigilancia, evitación, comprobaciones, rumiación, privación de sueño, ansiedad social, reactividad al estrés o esquemas previos de vulnerabilidad. Esta formulación diferencial orienta el tratamiento: no se trabaja igual un delirio muy vinculado a ansiedad e hipervigilancia que otro sostenido por desorganización, autorreferencia estable o trauma relacional. Los desarrollos recientes de CBTp para delirios persecutorios, como el Feeling Safe Programme, refuerzan precisamente la necesidad de intervenir sobre factores mantenedores específicos y no solo sobre el contenido manifiesto de la creencia (Freeman et al., 2021).



### 7.2.2. Evaluación colaborativa de la evidencia: técnica socrática adaptada, exploración de evidencia a favor y en contra sin confrontación directa

La evaluación colaborativa de la evidencia en delirios no busca “desmontar” la creencia de forma brusca. Su objetivo es abrir un pequeño espacio entre experiencia, interpretación y certeza. La técnica socrática adaptada comienza preguntando qué hace tan convincente esa idea, cuándo se intensifica, cuándo disminuye y qué elementos la refuerzan. Después puede explorar si hay aspectos que no encajan del todo, si la persona ha considerado otras posibilidades o si el nivel de certeza ha sido siempre igual.

En muchos casos, la meta inicial no es reducir drásticamente la convicción, sino introducir complejidad. A veces el avance clínicamente útil consiste en pasar de una certeza total a una pequeña duda tolerable, o en diferenciar entre “esto me parece muy real” y “esto es la única explicación posible”. Esta forma de explorar la evidencia protege la alianza y reduce el riesgo de discusión improductiva. También permite desplazar el foco desde la verdad del contenido hacia las consecuencias de sostenerlo de un modo rígido. Esta prudencia resulta coherente con las guías clínicas que recomiendan CBTp como parte de un abordaje integral y con la evidencia sobre alianza terapéutica en psicosis (Bourke et al., 2021; NICE, 2014).

### 7.2.3. Trabajo con sesgos cognitivos asociados: saltar a conclusiones (jumping to conclusions), sesgo de atribución externa, sesgo de confirmación

Los delirios suelen acompañarse de patrones de procesamiento de la información que pueden convertirse en dianas terapéuticas. Entre los más relevantes están el *jumping to conclusions*, el sesgo de atribución externa y el sesgo de confirmación. El primero implica llegar a conclusiones firmes con poca evidencia; el segundo, atribuir a agentes externos intenciones o causas de manera preferente; y el tercero, seleccionar o recordar sobre todo aquello que confirma la hipótesis amenazante. Estos procesos encajan con el modelo cognitivo clásico de los síntomas positivos y con desarrollos recientes que conceptualizan la CBTp como intervención sobre selección, interpretación y actualización de información (Garety et al., 2001; Sheffield et al., 2024).

La intervención útil no consiste en ofrecer una “lección” sobre sesgos, sino en ayudar a detectarlos en situaciones concretas. Puede trabajarse, por ejemplo, ralentizando la inferencia, graduando el nivel de certeza o revisando si la información disponible justifica la conclusión extraída. También es clínicamente útil examinar qué coste tiene responder siempre como si la hipótesis amenazante fuera cierta. El objetivo no es lograr un razonamiento perfecto, sino reducir el automatismo que lleva del sesgo a la conducta de evitación o defensa. En delirios persecutorios persistentes, los tratamientos cognitivos dirigidos a factores mantenedores han mostrado que intervenir sobre estos procesos puede reducir la intensidad del delirio, siempre que el trabajo se realice de forma graduada y clínicamente segura (Freeman et al., 2021).

## 7.2.4. Experimentos conductuales: diseño, ejecución y procesamiento de pruebas de realidad graduadas y seguras

Los experimentos conductuales son uno de los procedimientos más potentes en el trabajo con delirios, pero también uno de los más fáciles de usar mal. Un experimento no es una “trampa” para demostrar que el terapeuta tiene razón. Es una situación controlada en la que se pone a prueba una predicción concreta derivada de la creencia. Por eso debe ser graduado, seguro y procesado cuidadosamente. El ensayo del Feeling Safe Programme ilustra la importancia de trabajar de forma teóricamente guiada sobre factores mantenedores de los delirios persecutorios, incluyendo pruebas conductuales planificadas y revisión de resultados dentro de una relación terapéutica segura (Freeman et al., 2021).

El diseño debe seguir una secuencia clara. Primero, se define una predicción específica: qué cree la persona que ocurrirá, con qué intensidad y con qué señales la dará por confirmada. Después, se pacta una situación viable donde esa predicción pueda observarse. A continuación, se precisan las condiciones de seguridad y los datos que se recogerán. Finalmente, se revisa lo ocurrido y se compara con la predicción previa.

El procesamiento posterior es crucial. Si no se revisa la experiencia, el experimento puede ser reinterpretado de forma confirmatoria o quedar como un episodio aislado sin valor terapéutico. En psicosis, la revisión debe atender no solo al resultado observable, sino también al nivel de amenaza, a las conductas de seguridad que pudieron mantenerse y a la posibilidad de que la persona procese la experiencia sin sentirse expuesta, humillada o confrontada (Freeman et al., 2021; NICE, 2014).

**Tabla 7.1. Condiciones de un buen experimento conductual en delirios**

Elemento	Pregunta clínica
Predicción	¿Qué cree exactamente que ocurrirá?
Contexto	¿Dónde puede observarse con seguridad?
Grado de exposición	¿Es tolerable para la persona en este momento?
Datos observables	¿Qué hechos concretos se recogerán?
Procesamiento posterior	¿Cómo se comparará predicción y resultado?

*Nota.* Esta tabla constituye una guía clínica orientativa para diseñar experimentos conductuales en delirios. No debe interpretarse como un protocolo universal ni como una prueba de realidad confrontativa. La predicción, el contexto, el grado de exposición, los datos observables y el procesamiento posterior deben pactarse con la persona y ajustarse al nivel de alianza, activación emocional, seguridad y capacidad de reflexión compartida (Bourke et al., 2021; Freeman et al., 2021; NICE, 2014)

## 7.2.5. Trabajo con creencias nucleares subyacentes: esquemas de vulnerabilidad, inadecuación y amenaza

En muchos casos, el delirio se apoya en creencias nucleares más profundas: “soy vulnerable”, “si bajo la guardia me dañarán”, “soy defectuoso y se nota”, “los demás son peligrosos”. Si esas creencias no se abordan, el trabajo sobre el contenido manifiesto puede producir cambios modestos o inestables. No obstante, este nivel de intervención exige prudencia. No debe introducirse cuando la alianza es frágil, la activación es muy alta o la persona aún no puede tolerar una exploración más amplia de significados.

Cuando sí es posible, el trabajo puede hacerse mediante reestructuración adaptada, revisión de patrones relacionales, pequeños experimentos centrados en seguridad interpersonal o análisis de reglas internas repetitivas. El objetivo no es “interpretar profundamente” el delirio, sino debilitar las creencias que lo hacen especialmente plausible y amenazante. La revisión de [Akers et al. \(2025\)](#) respalda que las intervenciones cognitivo-conductuales en psicosis pueden asociarse a cambios en esquemas negativos, especialmente sobre uno mismo; por tanto, esta línea de trabajo es defendible siempre que se aplique con alianza suficiente, foco funcional y expectativas prudentes.

### 7.2.6. Indicaciones y contraindicaciones: cuándo trabajar directamente con el contenido delirante y cuándo priorizar otras estrategias

No siempre conviene trabajar directamente con el contenido delirante. En algunos casos, es más útil empezar por alianza, normalización, reducción de conductas de seguridad, regulación de activación o afrontamiento básico. El trabajo directo sobre la creencia suele estar más indicado cuando la persona puede sostener cierta reflexión compartida, muestra interés por comprender lo que le ocurre o identifica malestar asociado a la rigidez de la creencia.

Conviene ser más prudentes cuando la exploración directa se vive como intrusión, cuando la desorganización hace imposible seguir el hilo del análisis o cuando la activación emocional es tan alta que toda pregunta se transforma en amenaza interpersonal. Esta distinción es coherente con la literatura sobre alianza y engagement en terapias psicológicas para psicosis, así como con los análisis recientes sobre modificadores de respuesta a CBTp, que obligan a calibrar la intervención según perfil clínico, relación terapéutica y momento del proceso ([Bourke et al., 2021](#); [Varese et al., 2025](#)).

**Tabla 7.2. Trabajo directo con delirios: cuándo sí y cuándo no de inicio**

Situación clínica	Conviene priorizar
Alianza suficiente, curiosidad parcial, malestar asociado claro	Trabajo más directo con la creencia
Susp icacia elevada, desorganización o activación muy alta	Afrontamiento, alianza, normalización, reducción de activación
Conductas de seguridad muy dominantes	Revisión de consecuencias y exposición gradual antes que debate del contenido
Creencia muy rígida pero con buen nivel de colaboración	Experimentos conductuales mínimos y graduales

*Nota.* La tabla ofrece criterios clínicos orientativos sobre el grado de trabajo directo con delirios. No debe utilizarse como regla automática. La decisión debe integrar alianza, curiosidad parcial, malestar asociado, susp icacia, desorganización, activación emocional, conductas de seguridad y capacidad de colaboración. Cuando estas condiciones no están presentes, suele ser más prudente priorizar alianza, afrontamiento, normalización, reducción de activación o intervención conductual gradual ([Bourke et al., 2021](#); [NICE, 2014](#); [Varese et al., 2025](#)).

### 7.2.7. Monitorización de la respuesta sesión a sesión: indicadores de progreso y señales de alarma

La mejoría en delirios no debe medirse solo por desaparición o persistencia de la creencia. Resulta más útil monitorizar varias dimensiones: convicción, malestar, tiempo de absorción,



frecuencia de comprobaciones, evitación asociada, grado de apertura a alternativas y capacidad de posponer la interpretación amenazante. En muchos casos, la primera mejoría aparece en la conducta y en el malestar mucho antes que en la convicción declarada.

Las señales de alarma incluyen aumento sostenido de suspicacia hacia el terapeuta, incremento de activación tras las sesiones, mayor aislamiento o relectura persecutoria del propio tratamiento. Cuando eso ocurre, no conviene insistir “más fuerte”, sino revisar secuencia, grado de confrontación y nivel de demanda. En estos casos, la monitorización no funciona como mero registro de progreso, sino como mecanismo de seguridad clínica y protección de la alianza (Bourke et al., 2021; Varese et al., 2025)

**Tabla 7.3. Monitorización en trabajo con delirios**

Indicador	Cambio esperable al inicio	Señal de alarma
Convicción	Puede variar poco al principio	Aumento rígido tras cada sesión
Malestar	Disminución gradual	Incremento sostenido
Comprobaciones	Reducción progresiva	Aumento o ritualización
Evitación	Disminución muy gradual	Restricción mayor del funcionamiento
Apertura a alternativas	Pequeña brecha de duda	Cierre creciente y ruptura de alianza

*Nota.* Los indicadores incluidos en la tabla deben interpretarse como señales clínicas de evolución, no como criterios psicométricos cerrados. La convicción puede cambiar lentamente; en fases iniciales pueden ser más sensibles el malestar, la evitación, las comprobaciones, la apertura a alternativas y la capacidad de posponer respuestas defensivas. Un aumento de suspicacia hacia el terapeuta o de activación tras las sesiones debe llevar a revisar la secuencia y el grado de confrontación de la intervención (Berendsen et al., 2024; Bourke et al., 2021; Varese et al., 2025).

## 7.3. TCC para alucinaciones auditivas

### 7.3.1. Formulación individualizada de las alucinaciones: relación de la persona con las voces, creencias sobre el poder, la identidad y la intención de las voces

En el trabajo cognitivo-conductual con voces, el foco no debe limitarse a si la persona oye o no oye voces, ni a su frecuencia aislada. Lo clínicamente decisivo suele ser la relación que mantiene con ellas: cuánto poder les atribuye, hasta qué punto las considera malevolentes o controladoras, qué grado de obediencia generan y cuánto interfieren en la actividad cotidiana. Estudios recientes siguen mostrando que las creencias sobre omnipotencia y malevolencia de las voces se asocian con mayor malestar, mayor gravedad sintomática y peor funcionamiento, lo que refuerza una idea central de la CBTp contemporánea: la formulación debe dirigirse no solo al fenómeno perceptivo, sino a las creencias y respuestas que lo convierten en una experiencia incapacitante (Patel et al., 2025; Varese et al., 2021).

Esta formulación permite entender por qué dos personas con una frecuencia similar de voces pueden presentar niveles muy distintos de sufrimiento y riesgo. Una voz percibida como poderosa, hostil e incontrolable tiende a generar más miedo, más sumisión y más conductas de evitación que una voz experimentada con menor autoridad subjetiva. Por eso, en este manual conviene presentar el trabajo con voces no como una intervención orientada únicamente a “reducir la alucinación”, sino como una estrategia para modificar la posición subjetiva del usuario

frente a la experiencia. Esta lectura también es coherente con desarrollos recientes como la terapia AVATAR, donde el objetivo terapéutico incluye precisamente aumentar control, reducir dominancia percibida y modificar la relación con la voz; la revisión sistemática y metaanálisis de Hsu et al. (2025) concluye que esta aproximación reduce síntomas de alucinaciones auditivas, aunque la evidencia sobre otros desenlaces y seguimientos siga siendo menos clara (Hsu et al., 2025).

Desde una perspectiva clínica, esto obliga a una monitorización más rica que la mera frecuencia: conviene seguir malestar, obediencia, interferencia funcional, sensación de control y cambios en las creencias sobre intención y poder de la voz. Presentar así el problema no complica innecesariamente la técnica; la vuelve más precisa y coherente con el modo en que hoy se entiende el trabajo psicológico con voces en psicosis (Hsu et al., 2025; Patel et al., 2025).

### **7.3.2. Normalización: uso de datos epidemiológicos y modelos dimensionales para reducir el estigma y la catastrofización**

La normalización de las voces busca reducir la lectura catastrófica de la experiencia. No se trata de decir que “a todo el mundo le pasa”, sino de disminuir la idea de que oír voces equivale automáticamente a estar completamente perdido, sin control o fuera de toda posibilidad de recuperación. Bien utilizada, la normalización reduce vergüenza, miedo y autoestigma, y abre el camino a un trabajo más fino sobre relación, afrontamiento y creencias.

La clave clínica es que la normalización no invalide el sufrimiento. Su función no es restar importancia, sino devolver margen de comprensión y trabajo sobre una experiencia que, de otro modo, se vive como señal definitiva de ruina personal. Esta orientación es coherente con la CBTp contemporánea, que tiende a formular las voces a partir de creencias, valoración subjetiva, emoción y respuesta conductual, no solo desde su presencia o ausencia fenomenológica (Garety et al., 2001; Varese et al., 2021).

### **7.3.3. Modificación de la relación con las voces: del sometimiento y la lucha a una relación de mayor control y distancia**

Muchas personas oscilan entre dos formas poco eficaces de responder a las voces: la sumisión total o la lucha desesperada. La CBTp intenta abrir una tercera posición: una relación más distanciada, menos obediente y gobernada por la urgencia de combatir o someterse. El objetivo no es siempre “oír menos”, sino obedecer menos, sufrir menos y recuperar más margen de acción a pesar de la presencia de la voz.

Este cambio relacional puede empezar por identificar que la voz no controla automáticamente la conducta, que su aparición no obliga a responder de inmediato y que algunas estrategias aumentan más el malestar que otras. El desplazamiento de la relación con las voces suele ser uno de los cambios clínicamente más valiosos incluso cuando la frecuencia del fenómeno no disminuye de forma clara. Esta lectura también es coherente con desarrollos recientes como la terapia AVATAR, donde el objetivo terapéutico incluye precisamente aumentar control, reducir dominancia percibida y modificar la relación con la voz; la revisión sistemática y metaanálisis de Hsu et al. (2025) concluye que esta aproximación reduce síntomas de alucinaciones auditivas,



aunque la evidencia sobre otros desenlaces y seguimientos siga siendo menos clara (Hsu et al., 2025).

#### **7.3.4. Estrategias de afrontamiento: técnicas de distracción, focalización, defusión cognitiva adaptada, mindfulness breve**

El afrontamiento debe elegirse según el momento clínico y el perfil del caso. En fases de malestar elevado puede ser más útil introducir estrategias simples de distracción conductual, orientación atencional o *grounding*. En fases de mayor estabilidad puede trabajarse una relación más flexible con la voz, incorporando defusión cognitiva adaptada, mindfulness breve o ejercicios de distancia psicológica. La decisión no debe basarse en la preferencia técnica del terapeuta, sino en la función concreta de la voz, el grado de malestar, la presencia de obediencia, el nivel de control percibido y la capacidad de la persona para usar la estrategia sin aumentar confusión o amenaza.

En voces altamente dominantes o malevolentes, la prioridad inicial puede ser reducir obediencia, aumentar seguridad y ampliar repertorio de respuesta. En voces menos amenazantes, puede trabajarse antes la distancia, la flexibilidad o la reducción de interferencia funcional. Esta diferenciación se apoya en la evidencia sobre appraisals de voces, que muestra que poder, malevolencia y dominancia no son elementos secundarios, sino dimensiones directamente relacionadas con el malestar y la respuesta conductual (Patel et al., 2025; Varese et al., 2021).

#### **7.3.5. Re-atribución: trabajo con las creencias sobre el origen y la naturaleza de las voces**

Desde una perspectiva clínica, la monitorización en voces debe ser más rica que la mera frecuencia. Conviene seguir malestar, obediencia, interferencia funcional, sensación de control, evitación, respuestas de afrontamiento y cambios en las creencias sobre intención y poder de la voz. Presentar así el problema no complica innecesariamente la técnica; la vuelve más precisa y coherente con el modo en que hoy se entiende el trabajo psicológico con voces en psicosis (Patel et al., 2025; Varese et al., 2021).

Las señales de alarma incluyen aumento de obediencia a órdenes dañinas, incremento de convicción sobre omnipotencia de la voz, pérdida de control conductual, aumento de aislamiento o mayor desesperanza asociada a la experiencia. En esos casos, la prioridad no debe ser profundizar en la discusión cognitiva, sino revisar seguridad, apoyo, coordinación clínica y estrategias de contención inmediatas. Esta prudencia es coherente con el lugar que las guías clínicas otorgan a la CBTp dentro de un abordaje integral de la psicosis, no como intervención aislada (NICE, 2014).

#### **7.3.6. Indicaciones y contraindicaciones: cuándo priorizar el afrontamiento vs. el trabajo con creencias**

Cuando el malestar es muy alto, la persona está muy absorbida por las voces o la alianza aún es frágil, suele ser preferible empezar por normalización y afrontamiento. En cambio, cuando la persona ya ha probado varias estrategias conductuales sin suficiente efecto y mantiene creencias



muy rígidas de omnipotencia, malevolencia o control total por parte de la voz, puede ser más útil pasar a un trabajo más explícito sobre esas creencias.

Está relativamente contraindicado introducir muy pronto una exploración intensiva sobre origen e identidad de las voces si eso aumenta claramente miedo, desorganización o conflicto con el terapeuta.

**Tabla 7.4. Voces: cuándo priorizar afrontamiento y cuándo trabajar creencias**

Situación clínica	Prioridad más razonable
Alto malestar, gran absorción, poca alianza	Afrontamiento y normalización
Sumisión clara a la voz	Trabajo combinado: afrontamiento + relación con la voz
Estrategias de afrontamiento ya probadas y poco eficaces	Creencias sobre poder e intención
Exploración aumenta miedo o caos	Replegar a estrategias más simples y seguras

*Nota.* La tabla debe leerse como una guía clínica de priorización, no como un algoritmo cerrado. Cuando el malestar, la obediencia o la sensación de poder de la voz son muy elevados, suele ser preferible comenzar por seguridad, afrontamiento y reducción de interferencia. Cuando existe mayor estabilidad, curiosidad y capacidad de reflexión, puede trabajarse con mayor profundidad sobre creencias de poder, malevolencia, identidad o controlabilidad de la voz (Hsu et al., 2025; Patel et al., 2025; Varese et al., 2021).

### 7.3.7. Monitorización de la respuesta sesión a sesión

En el trabajo con voces conviene monitorizar, al menos, frecuencia, intensidad, malestar asociado, obediencia, interferencia funcional y sensación de control. Es importante recordar que la frecuencia puede tardar mucho en cambiar o no cambiar de forma relevante, mientras que el malestar, la obediencia o la interferencia sí pueden mejorar antes. Esa mejora ya es clínicamente significativa.

Las señales de alarma incluyen incremento de miedo tras determinadas estrategias, agotamiento por exceso de técnicas, aumento de obediencia o vivencia de las sesiones como intrusivas o invalidantes. En esos casos conviene simplificar el plan y volver a una formulación más básica del objetivo.

**Tabla 7.5. Monitorización en trabajo con voces**

Indicador	Cambio esperable al inicio	Señal de alarma
Frecuencia	Puede variar poco	Aumento marcado sin procesamiento útil
Malestar	Descenso parcial progresivo	Mayor angustia post-sesión
Obediencia	Reducción gradual	Sumisión creciente
Interferencia funcional	Mejoría parcial antes que desaparición del fenómeno	Más evitación y menos actividad
Sensación de control	Pequeñas ganancias tempranas	Desesperanza creciente

*Nota.* Los indicadores de la tabla deben utilizarse para seguir cambios clínicamente relevantes en la relación con las voces: malestar, obediencia, control percibido, interferencia funcional y creencias sobre poder o malevolencia. La frecuencia de las voces puede ser útil, pero no debe ser el único criterio de progreso. En algunos casos, la mejora inicial aparece en menor obediencia, menor interferencia o mayor

sensación de control, incluso si la frecuencia se modifica poco (Hsu et al., 2025; Patel et al., 2025; Varese et al., 2021).

## 7.4. Intervenciones para sintomatología negativa

### 7.4.1. Formulación cognitivo-conductual de la sintomatología negativa: diferenciación entre síntomas negativos primarios y secundarios, papel de las creencias de derrota y las expectativas negativas

Una formulación rigurosa de la sintomatología negativa debe empezar diferenciando entre síntomas primarios y secundarios. No toda apatía, retraimiento, abulia o pobreza conductual responde al mismo mecanismo. Parte del cuadro puede derivar de procesos nucleares del trastorno; otra parte puede estar intensificada por depresión, ansiedad, autoestigma, sedación, aislamiento, trauma, pobreza ambiental o experiencias repetidas de fracaso. Esta distinción no es meramente académica: cambia tanto el alcance de lo esperable como la estrategia de intervención. La revisión sistemática de metaanálisis de [Cella et al. \(2023\)](#) concluye que las intervenciones psicosociales y conductuales muestran potencial para los síntomas negativos, pero también subraya una heterogeneidad considerable y la necesidad de diferenciar mejor dianas y mecanismos de cambio ([Cella et al., 2023](#)).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cobran especial relevancia las creencias derrotistas, las expectativas de fracaso, la anticipación de bajo placer y otras formas de creencia disfuncional que pueden mantener la inactividad incluso cuando no explican por sí solas todo el cuadro. La revisión y metaanálisis de [Saperia et al. \(2025\)](#) respalda precisamente el modelo cognitivo de los síntomas negativos al mostrar asociaciones entre síntomas negativos y sistemas de creencias disfuncionales como las creencias derrotistas de ejecución, las expectativas bajas de éxito y de placer, el estigma internalizado y la percepción de recursos limitados. Este tipo de evidencia refuerza la utilidad de una formulación que no reduzca la sintomatología negativa a “falta de motivación”, sino que explore qué papel desempeñan la anticipación de fracaso, la expectativa de escasa recompensa y la historia de repetidas experiencias de no logro ([Saperia et al., 2025](#)).

Por ello, este manual debería presentar la formulación de síntomas negativos como una operación clínica de discriminación: qué parte del problema parece más primaria y menos modificable a corto plazo, qué parte parece secundaria o amplificada por factores emocionales, cognitivos o contextuales, y qué parte puede abordarse mediante activación gradual, trabajo sobre creencias derrotistas, apoyo motivacional y cambios ambientales. Esta formulación no promete más de lo que la evidencia permite, pero sí orienta mejor la intervención y ayuda a sostener expectativas terapéuticas más realistas y técnicamente serias ([Cella et al., 2023](#); [Saperia et al., 2025](#)).



### **7.4.2. Activación conductual adaptada: programación de actividades con nivel de exigencia mínimo inicial, escalado gradual, refuerzo de pequeños logros**

La activación conductual en síntomas negativos debe comenzar por unidades pequeñas, observables y repetibles. No se trata de pedir “más actividad” en abstracto, sino de definir microacciones que puedan realizarse con apoyo, baja demanda y valor funcional. Ejemplos de inicio pueden ser levantarse a una hora pactada, salir cinco minutos, participar en una actividad muy breve, completar una tarea de autocuidado o iniciar un contacto social mínimo. El refuerzo inmediato no debe confundirse con premio externo infantilizante; significa ayudar a que la persona identifique dominio, utilidad o reducción de inercia tras una acción concreta.

Esta adaptación es coherente con la evidencia disponible sobre intervenciones psicosociales y conductuales para síntomas negativos, pero también con la necesidad de integrar el trabajo psicológico en un contexto rehabilitador que ofrezca apoyos, oportunidades y continuidad. Si el entorno sigue siendo empobrecido o no facilita experiencias significativas, la activación se convierte en una consigna vacía. Por ello, la activación en psicosis grave debe coordinarse con el PAI, los apoyos profesionales y, cuando proceda, recursos comunitarios (Cella et al., 2023; NICE, 2020).

### **7.4.3. Intervención sobre creencias derrotistas y expectativas negativas: “no puedo”, “no merece la pena”, “no voy a mejorar”**

Muchas personas con síntomas negativos presentan expectativas de fracaso, baja autoeficacia y creencias derrotistas: “no va a servir”, “no podré”, “si lo intento será peor”, “ya no soy capaz”. Estas cogniciones no explican por sí solas toda la sintomatología negativa, pero pueden bloquear intentos de actividad y reducir la probabilidad de iniciar o sostener conductas funcionales. El trabajo cognitivo debe ser muy concreto: revisar predicciones antes de una acción mínima, observar qué ocurrió después y acumular experiencias de dominio pequeñas, no discursos motivacionales generales.

El objetivo no es convencer verbalmente a la persona de que puede hacerlo, sino construir evidencia experiencial graduada. En este punto, la TCC se aproxima a una lógica de activación, experimentos conductuales mínimos y revisión de predicciones. La evidencia sobre funcionamiento en esquizofrenia sugiere que las intervenciones psicológicas pueden producir beneficios funcionales, aunque de magnitud limitada y con necesidad de más investigación en desenlaces de funcionamiento real; por ello, las metas deben ser funcionales, medibles y proporcionadas (Bighelli et al., 2023; Cella et al., 2023).

### **7.4.4. Intervención motivacional integrada: exploración de valores personales y conexión con actividades significativas**

En síntomas negativos, conviene diferenciar placer esperado, placer durante la actividad y recuerdo posterior. Algunas personas no anticipan placer, pero pueden experimentar cierto agrado durante la acción o reconocer después una sensación de dominio. Otras recuerdan la actividad de forma más negativa de lo que fue vivida en el momento. Esta distinción permite



diseñar registros más precisos y evitar que la intervención dependa solo de la pregunta global “¿te apetecía?”.

La TCC puede trabajar esta discrepancia mediante predicción previa, actividad breve, registro inmediato y revisión posterior. El objetivo es ampliar la información disponible sobre la experiencia real, no forzar una vivencia positiva. Cuando la anhedonia anticipatoria domina, puede ser útil iniciar actividades por valor, rutina o dominio, no por placer esperado. Esta aproximación mantiene expectativas prudentes y se ajusta a la evidencia heterogénea sobre intervenciones psicosociales y conductuales para síntomas negativos (Cella et al., 2023)

#### **7.4.5. Implicación de la red de apoyo en la activación: coordinación con familia y equipo**

La intervención sobre síntomas negativos rara vez puede depender solo de la sesión. Necesita apoyos externos, oportunidades de práctica y coordinación con actividades rehabilitadoras. El taller, la actividad comunitaria, la rutina residencial o el apoyo de un profesional pueden convertirse en contextos de generalización si se integran en el plan de intervención. Sin esta coordinación, la sesión puede quedar como espacio de reflexión aislado y con poco impacto funcional.

La guía NICE sobre rehabilitación para adultos con psicosis compleja subraya la importancia de organizar servicios, evaluación, planificación del cuidado, programas e intervenciones orientadas a recuperación y funcionamiento. En este marco, el trabajo con síntomas negativos debe vincularse a apoyos cotidianos y a objetivos de participación, no solo a verbalizaciones dentro de sesión (NICE, 2020). La evidencia sobre intervenciones psicológicas para funcionamiento en esquizofrenia también refuerza la necesidad de considerar desenlaces funcionales y no limitar la evaluación a síntomas (Bighelli et al., 2023).

#### **7.4.6. Indicaciones y límites: reconocimiento honesto de los límites de la TCC para síntomas negativos primarios**

La TCC puede ser clínicamente útil en síntomas negativos, pero conviene ser honestos con sus límites. El mayor potencial suele encontrarse en componentes secundarios, cognitivos y conductuales del retraimiento y la inactividad, más que en núcleos muy primarios y severos del déficit. Reconocer esto no debilita el tratamiento; evita promesas irreales y ayuda a formular objetivos ajustados. Esta prudencia es coherente con las revisiones recientes, que señalan que las intervenciones psicosociales y conductuales pueden aportar beneficios, pero dentro de una evidencia heterogénea y con variabilidad importante entre estudios y desenlaces (Cella et al., 2023).



**Tabla 7.6. Sintomatología negativa: cuándo esperar más y cuándo menos de la TCC**

Situación clínica	Expectativa razonable
Aislamiento, inercia y creencias derrotistas marcadas	Potencial moderado de cambio funcional
Fuerte componente depresivo o de evitación	Respuesta más probable a activación y trabajo cognitivo
Síntoma negativo muy primario, muy severo y persistente	Objetivos modestos y lentos
Entorno muy empobrecido y sin apoyos	Necesidad de mayor intervención contextual

*Nota.* La tabla ofrece una lectura clínica orientativa, no una predicción cerrada de respuesta. La TCC suele tener mayor potencial cuando predominan aislamiento, creencias derrotistas, evitación, depresión secundaria, falta de oportunidades o baja estructura ambiental. Cuando el síntoma negativo parece más primario, severo y persistente, o cuando el entorno es extremadamente empobrecido, los objetivos deben ser más modestos, más lentos y dependientes de apoyos rehabilitadores y contextuales (Bighelli et al., 2023; Cella et al., 2023; NICE, 2020).

### 7.4.7. Monitorización de la respuesta sesión a sesión

En síntomas negativos conviene monitorizar indicadores pequeños y repetibles: tiempo fuera de la cama, número de actividades iniciadas, placer esperado, placer obtenido, sensación de dominio, predicción derrotista previa, grado de apoyo requerido e iniciativa social mínima. El cambio suele ser lento y desigual, por lo que los microindicadores adquieren mucha importancia. Esta forma de monitorización es más útil que esperar cambios globales rápidos en motivación, expresividad o funcionamiento general (Bighelli et al., 2023; Cella et al., 2023).

Las señales de alarma incluyen colapso rápido ante objetivos demasiado amplios, incremento de autocrítica tras tareas mal calibradas, sobrerrefuerzo externo sin apropiación personal del cambio o confusión entre mejora puntual y consolidación real del funcionamiento. Cuando aparecen estas señales, debe revisarse el nivel de demanda, el apoyo externo, la formulación del problema y la adecuación de los objetivos al momento clínico (Cella et al., 2023; NICE, 2020).

**Tabla 7.7. Monitorización en sintomatología negativa**

Indicador	Cambio esperable al inicio	Señal de alarma
Actividad iniciada	Pequeño aumento	Cero cambio con tareas repetidamente inviables
Tiempo fuera de cama	Mejora muy gradual	Mayor permanencia por sobrecarga tras tareas
Predicción derrotista	Ligera flexibilización	Confirmación rígida tras metas mal calibradas
Iniciativa social	Cambios lentos	Retirada mayor tras experiencias mal graduadas
Apoyo requerido	Puede mantenerse alto al inicio	Dependencia creciente sin transferencia

*Nota.* Los indicadores de la tabla deben utilizarse para detectar cambios mínimos, repetibles y funcionalmente relevantes. En síntomas negativos, el progreso puede observarse antes en microactividades, tiempo de activación, iniciativa mínima o reducción de predicciones derrotistas que en escalas globales de funcionamiento. La ausencia de cambio no debe interpretarse automáticamente como falta de motivación; puede indicar objetivos mal calibrados, apoyo insuficiente, síntomas negativos primarios, depresión secundaria, sedación o entorno empobrecido (Bighelli et al., 2023; Cella et al., 2023; NICE, 2020).

## 7.5. Intervención en desorganización del pensamiento y la conducta

### 7.5.1. Adaptaciones de la TCC cuando existe desorganización significativa: estructura externa, simplificación máxima, foco conductual

Cuando la desorganización es significativa, la TCC debe cambiar de nivel. El foco pasa a ser mucho menos interpretativo y mucho más externo, concreto y conductual. Aquí la prioridad ya no es trabajar creencias complejas, sino restaurar previsibilidad mínima, secuencia básica y organización del comportamiento. En personas con psicosis compleja y deterioro funcional, NICE NG181 sitúa la rehabilitación dentro de procesos de evaluación, planificación, programas de intervención y apoyos ajustados a necesidades complejas, lo que respalda que la intervención psicológica se adapte hacia formatos más estructurados y funcionales cuando el nivel de organización de la persona lo requiere (NICE, 2020).

Esto implica reducir la sesión a pocos pasos, usar apoyos visuales, repetir instrucciones, trabajar sobre conductas observables y vincular la intervención con rutinas reales. En estos casos, una técnica cognitivamente sofisticada puede ser menos útil que una secuencia externa clara: qué haremos ahora, cuánto durará, qué paso viene después y cómo sabremos que se ha completado. La TCC conserva su lógica, pero se expresa de forma predominantemente conductual y compensatoria.

### 7.5.2. Estrategias compensatorias: uso de apoyos visuales, rutinas estructuradas, señales ambientales

Los apoyos visuales y las agendas breves no son adornos didácticos; pueden funcionar como prótesis de organización. Una hoja con dos objetivos, una secuencia de tres pasos, una tarjeta de recordatorio o una agenda visible puede permitir que la persona se oriente en la sesión y reduzca la dependencia de explicaciones verbales largas. Cuando la desorganización afecta al discurso, a la planificación o a la continuidad de la tarea, la intervención necesita apoyos externos para sostener la estructura del trabajo.

El criterio práctico es que la sesión debe ser suficientemente simple para que la persona pueda seguirla en su estado real, no en el estado ideal que el terapeuta desearía. La evidencia sobre funcionamiento en esquizofrenia y las guías de rehabilitación compleja refuerzan la importancia de que la intervención psicológica se conecte con funcionamiento, apoyos y condiciones reales de participación (Bighelli et al., 2023; NICE, 2020).

### 7.5.3. Coordinación con el equipo para intervenciones ambientales complementarias

Cuando predomina la desorganización, la generalización no puede dejarse al azar. Lo trabajado en sesión debe trasladarse a rutinas, apoyos y contextos donde la persona pueda practicarlo con estructura suficiente. La coordinación con el entorno terapéutico resulta esencial: otros



profesionales pueden reforzar la misma secuencia, usar los mismos recordatorios, observar barreras y comunicar si la tarea se ha vuelto inviable o demasiado compleja.

En este perfil, la TCC aislada pierde fuerza si no se integra con el PAI y con apoyos rehabilitadores. La guía NICE NG181 insiste en la necesidad de organizar servicios, evaluación, planificación, programas e intervenciones para personas con psicosis compleja, lo que justifica que la intervención psicológica no se limite a la sesión, sino que se coordine con los apoyos cotidianos y la recuperación funcional (NICE, 2020).

#### 7.5.4. Indicadores de que la TCC debe volverse predominantemente externa y conductual

La TCC debe volverse predominantemente externa y conductual cuando la persona no puede seguir una formulación verbal compleja, pierde el hilo de la sesión de forma persistente, no retiene acuerdos básicos, interpreta las preguntas como intrusión o no puede traducir lo trabajado a ninguna acción concreta. En esos casos, insistir en técnicas cognitivas elaboradas no aumenta la calidad de la intervención; la vuelve menos viable.

El cambio de nivel no debe entenderse como fracaso. Significa ajustar la técnica al estado actual de la persona. La intervención puede seguir siendo TCC si conserva formulación, objetivos, práctica, revisión y relación entre conducta, emoción y contexto; lo que cambia es el grado de abstracción y el soporte externo necesario. Esta adaptación es coherente con un enfoque rehabilitador para psicosis compleja y con la necesidad de orientar la intervención hacia funcionamiento observable y participación realista (Bighelli et al., 2023; NICE, 2020).

**Tabla 7.8. Desorganización: señales de que la TCC debe volverse predominantemente externa y conductual**

Señal clínica	Implicación
Incapacidad para seguir una agenda mínima	Reducir a un solo objetivo y usar apoyo visual
Comprensión muy frágil de la secuencia sesión-tarea	Realizar más práctica en sesión y menos demanda entre sesiones
Discurso muy tangencial o caótico	Mayor estructuración y recapitulación
Fracaso repetido de técnicas cognitivas	Replegar a apoyo conductual y compensación
Funcionamiento muy dependiente del contexto	Coordinar intensivamente con el equipo

*Nota.* La tabla debe utilizarse como criterio de adaptación técnica, no como criterio de exclusión. Cuando la desorganización impide seguir una intervención verbal o cognitiva compleja, la TCC puede reformularse mediante estructura externa, tareas conductuales simples, apoyos visuales, coordinación con el equipo y objetivos funcionales mínimos. La necesidad de simplificación no elimina la lógica cognitivo-conductual; desplaza su aplicación hacia procedimientos más observables, compensatorios y contextualizados (Bighelli et al., 2023; NICE, 2020).



## Resumen final

En este capítulo hemos delimitado la intervención cognitivo-conductual específica en psicosis como una adaptación técnicamente exigente de la TCC, no como una versión debilitada de esta. La CBTp trabaja sobre interpretaciones, significados, sesgos, creencias sobre voces, conductas de seguridad, evitación, retraimiento, expectativas derrotistas y desorganización funcional, siempre con una atención particular a la alianza, la seguridad, la colaboración y el ajuste al estado real de la persona. La evidencia reciente apoya su utilidad especialmente en síntomas generales y positivos, aunque obliga a mantener expectativas prudentes y a evitar promesas de desaparición completa de delirios o voces (Berendsen et al., 2024; Garety et al., 2001; NICE, 2014).

El trabajo con delirios exige formulación individualizada, exploración no confrontativa, revisión de sesgos, experimentos conductuales seguros y monitorización de señales de progreso y alarma. El trabajo con voces requiere atender a la relación de la persona con la experiencia, a las creencias sobre poder, malevolencia y controlabilidad, y a la posibilidad de reducir obediencia, malestar e interferencia funcional. En síntomas negativos, la TCC puede ser útil sobre componentes secundarios y conductuales, pero debe reconocer límites claros ante núcleos primarios severos. En desorganización, finalmente, la intervención debe desplazarse hacia estructura externa, simplificación máxima, apoyos visuales, coordinación y objetivos conductuales mínimos (Bighelli et al., 2023; Cella et al., 2023; Hsu et al., 2025; NICE, 2020; Patel et al., 2025; Varese et al., 2021).



# 8

## TCC aplicada a la rehabilitación funcional: habilidades sociales, actividades de la vida diaria e integración comunitaria

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de aplicar procedimientos cognitivo-conductuales orientados a la rehabilitación funcional en personas con trastorno mental grave (TMG), con especial atención al entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas en situaciones de la vida diaria, la exposición gradual a contextos comunitarios y la intervención sobre cogniciones disfuncionales que bloquean la participación. Asimismo, seremos capaces de articular estos procedimientos con los objetivos del Plan de Atención Individualizada (PAI), coordinar su generalización con el equipo multidisciplinar y utilizar registros funcionales para monitorizar avances en contextos reales. Esta orientación resulta coherente con las guías de rehabilitación para adultos con psicosis compleja, que recomiendan desarrollar y mantener habilidades de vida diaria como autocuidado, compras, presupuesto, uso del transporte público, cocina y comunicación, y con revisiones recientes sobre intervenciones comunitarias dirigidas a mejorar actividades instrumentales de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave (Killaspy et al., 2021; NICE, 2020; Patmisari et al., 2025).

### Resumen inicial

Uno de los errores más persistentes en la práctica clínica consiste en pensar la TCC únicamente como un tratamiento de síntomas. Esa reducción deja fuera un hecho decisivo: muchas personas con TMG no solo sufren por delirios, voces, depresión o desregulación, sino por la restricción progresiva de su repertorio de vida. La pérdida de habilidades sociales, el deterioro en actividades de la vida diaria, la evitación de contextos comunitarios y la internalización de cogniciones de incapacidad producen un círculo de discapacidad que no se resuelve únicamente con reducción sintomática. NICE NG181 sitúa precisamente las habilidades de vida diaria y la participación funcional como parte nuclear de la rehabilitación en psicosis compleja, y Patmisari

et al. (2025) muestran que las intervenciones comunitarias orientadas al aprendizaje de actividades instrumentales de la vida diaria pueden mejorar independencia funcional y bienestar en personas con enfermedad mental grave.

Desde esta perspectiva, la TCC aplicada a la rehabilitación funcional no es una extensión secundaria del tratamiento, sino una de sus traducciones más importantes al plano de la vida cotidiana. Su función es doble: modificar procesos cognitivos y emocionales que limitan la acción y, al mismo tiempo, generar oportunidades conductuales reales para reconstruir competencia, participación y pertenencia. El capítulo se organiza en cinco bloques: entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas aplicada a situaciones reales, exposición comunitaria, intervención sobre cogniciones que bloquean la participación y, finalmente, integración de todo ello en el PAI y en el trabajo del equipo. Esta lectura es coherente con la evidencia sobre intervenciones psicosociales en esquizofrenia y con los modelos de rehabilitación que priorizan práctica real, apoyos contextuales y generalización funcional (Barlati et al., 2024; Killaspy et al., 2021; NICE, 2020).

### **Palabras clave**

*Rehabilitación funcional; habilidades sociales; actividades de la vida diaria; exposición comunitaria; autoestigma; desesperanza; creencias de incapacidad; integración comunitaria; TCC; PAI.*

## **8.1. Entrenamiento en habilidades sociales con base cognitivo-conductual**

### **8.1.1. Fundamento: déficits en habilidades sociales en el TMG y su relación con cogniciones disfuncionales, ansiedad social y experiencias de exclusión**

El entrenamiento en habilidades sociales con base cognitivo-conductual parte de una premisa clínica simple, pero decisiva: muchas dificultades relacionales en personas con trastorno mental grave no dependen de un único factor, sino de la convergencia entre déficit de aprendizaje, ansiedad interpersonal, autoestigma, experiencias previas de rechazo y evitación social consolidada. Por ello, el problema no debe formularse solo como “falta de habilidades”, sino como una interacción entre repertorio conductual insuficiente, expectativas negativas sobre la interacción y reducción progresiva de oportunidades reales de práctica. Esta formulación es coherente con la revisión crítica de Barlati et al. (2024), que sitúa el social skills training entre las intervenciones psicosociales con evidencia consolidada en esquizofrenia, aunque recuerda que su efectividad depende de la calidad de la implementación, de la generalización a contextos reales y de su integración con otros componentes rehabilitadores.

Desde esta perspectiva, el objetivo terapéutico no consiste únicamente en enseñar respuestas sociales “correctas”, sino en aumentar la probabilidad de que la persona pueda iniciar, sostener y repetir interacciones con menor amenaza percibida y mayor sensación de competencia. Esto



obliga a trabajar no solo sobre la conducta observable —mirada, escucha, turnos, petición, rechazo, negociación—, sino también sobre anticipaciones de humillación, temor a ser evaluado, creencias de incapacidad y patrones de evitación que limitan la exposición interpersonal. Precisamente por eso, en un manual de rehabilitación psicosocial el entrenamiento en habilidades sociales debe presentarse como una intervención funcional y contextualizada, no como una mera enseñanza de “destrezas” despegadas de la vida real (Barlatti et al., 2024; Turner et al., 2018).

### 8.1.2. Componentes del entrenamiento: instrucción, modelado, ensayo conductual, retroalimentación positiva y correctiva, refuerzo

El entrenamiento en habilidades sociales mantiene una secuencia clásica que sigue siendo válida en rehabilitación psicosocial: instrucción clara de la habilidad, modelado, ensayo conductual, retroalimentación y refuerzo. La diferencia está en el grado de explicitación y en la dosificación. El metaanálisis de Turner et al. (2018) respalda el entrenamiento en habilidades sociales y las intervenciones relacionadas en psicosis, mientras que Barlati et al. (2024) sitúan estas intervenciones dentro del conjunto de abordajes psicosociales con evidencia en esquizofrenia, siempre que se implementen con suficiente estructura y posibilidad de generalización.

La instrucción debe concretar qué habilidad se entrenará, en qué contexto y con qué señales de inicio, mantenimiento y cierre. El modelado debe ser simple, reconocible y ajustado a escenas reales de la vida cotidiana. El ensayo conductual debe centrarse en conductas observables y no en objetivos vagos del tipo “socializar mejor”. La retroalimentación tiene que empezar por elementos positivos específicos antes de introducir correcciones. El refuerzo debe dirigirse no solo al rendimiento, sino al intento mismo, especialmente en personas que anticipan fracaso y abandonan rápido. La secuencia instrucción–modelado–ensayo–feedback–generalización debe utilizarse como estructura flexible, no como ritual técnico vacío.

#### Secuencia operativa básica del entrenamiento en habilidades sociales

Paso	Pregunta clínica	Acción del terapeuta
Selección de habilidad	¿Qué conducta concreta está faltando o falla?	Delimitar una habilidad diana
Instrucción	¿Qué debe hacer exactamente la persona?	Explicar la secuencia conductual
Modelado	¿Cómo se vería esa conducta en contexto real?	Mostrar un ejemplo simple
Ensayo	¿Puede practicarlo en sesión?	Role-play breve y graduado
Feedback	¿Qué ha salido bien y qué ajustar?	Devolver información concreta
Generalización	¿Dónde y cuándo lo hará fuera?	Diseñar práctica realista

*Nota.* La secuencia propuesta —selección de habilidad, instrucción, modelado, ensayo, feedback y generalización— debe entenderse como una síntesis operativa de los componentes habituales del entrenamiento en habilidades sociales. No constituye un protocolo único ni una regla automática de intervención. Su utilidad depende de que la habilidad diana sea funcionalmente relevante, de que el ensayo esté graduado y de que la práctica se generalice a contextos reales (Barlatti et al., 2024; Turner et al., 2018).



### 8.1.3. Adaptaciones al TMG: ritmo, repetición, nivel de complejidad social, manejo de la ansiedad durante el ensayo

Las adaptaciones al TMG son esenciales. La primera es el ritmo: muchas personas necesitarán más repeticiones, más fragmentación de la habilidad y más tiempo entre explicación y ejecución. La segunda es el nivel de complejidad social: no conviene empezar por situaciones ambiguas o altamente exigentes, sino por interacciones más predecibles y menos amenazantes. La tercera es el manejo de la ansiedad durante el ensayo. A veces la dificultad principal no es la ausencia de repertorio, sino el desbordamiento emocional durante la interacción.

En esos casos, el entrenamiento debe combinarse con preparación cognitiva, regulación breve de activación y análisis posterior de lo ocurrido. La simplificación no debe equivaler a infantilización. La persona debe percibir que se está trabajando una habilidad relevante para su vida, no que se le entrena en guiones sociales artificiales sin valor real. La evidencia disponible refuerza esta lectura: el entrenamiento en habilidades sociales es más defendible cuando se aplica como intervención estructurada, graduada y conectada con funcionamiento, y no como un aprendizaje descontextualizado de conductas sociales aisladas (Barlatti et al., 2024; Turner et al., 2018).

### 8.1.4. Generalización a contextos naturales: práctica in vivo, tareas graduadas en situaciones reales, implicación de apoyos naturales

La generalización es el problema central de todo entrenamiento en habilidades sociales. Una persona puede mejorar claramente en sesión y seguir sin utilizar la habilidad en el entorno comunitario. Por eso, la práctica in vivo no es un complemento opcional, sino una parte esencial del tratamiento funcional. NICE NG181 insiste en que las intervenciones rehabilitadoras deben favorecer habilidades de vida diaria y comunicación en contextos reales, y Barlati et al. (2024) subrayan que la efectividad de las intervenciones psicosociales depende también de su implementación y generalización.

La tarea debe graduarse en escenarios reales. Puede comenzar en contextos protegidos del propio recurso, pasar después a interacciones breves en entornos comunitarios de baja exigencia y avanzar posteriormente hacia situaciones más autónomas. La implicación de apoyos naturales o profesionales puede ser útil al inicio, siempre que no se convierta en sustitución permanente de la conducta de la persona. El criterio técnico es aumentar progresivamente autonomía, no crear una dependencia nueva del acompañamiento.

**Tabla 8.1. Problema predominante y foco principal de intervención en habilidades sociales**

Problema predominante	Foco principal de intervención
Déficit claro de repertorio	Instrucción + modelado + ensayo
Ansiedad social elevada	Regulación + exposición + ensayo
Autoestigma interpersonal	Reestructuración + ensayo + práctica real
Evitación tras experiencias de rechazo	Gradación + apoyo inicial + revisión de predicciones
Pasividad o retraimiento marcado	Microinteracciones + refuerzo del intento



*Nota.* Esta tabla ofrece una guía clínica orientativa para elegir el foco inicial del entrenamiento en habilidades sociales según el problema predominante. No debe utilizarse como algoritmo cerrado. La selección del foco debe integrar repertorio conductual, ansiedad interpersonal, autoestigma, experiencias de rechazo, evitación, síntomas negativos y oportunidades reales de práctica. Cuando el autoestigma sea relevante, conviene combinar ensayo conductual, exposición y trabajo cognitivo sobre identidad y valor personal (Barlatti et al., 2024; Lamarca et al., 2024; Turner et al., 2018).

### **8.1.5. Articulación con programas grupales de habilidades sociales (Serie RPS, Vol. II)**

El trabajo funcional individual debe articularse con los programas grupales desarrollados en el Volumen II. El formato grupal es especialmente útil para la repetición, el modelado entre iguales y la exposición social graduada, mientras que el formato individual permite formular barreras específicas, trabajar cogniciones idiosincrásicas y planificar generalización personalizada.

La combinación de ambos formatos suele ser más potente que cualquiera por separado cuando el dispositivo dispone de recursos y coordinación suficientes. En términos clínicos, el grupo entrena; el espacio individual formula, ajusta, prepara y procesa. Esta articulación resulta coherente con la evidencia sobre intervenciones psicosociales estructuradas en esquizofrenia y con la recomendación de integrar programas rehabilitadores en planes individualizados y revisables (Barlatti et al., 2024; NICE, 2020).

## **8.2. Resolución de problemas aplicada a situaciones de la vida cotidiana**

### **8.2.1. Aplicación de la resolución de problemas (Cap. 6.3) a problemas funcionales concretos: manejo del dinero, uso del transporte, compras, gestiones administrativas**

La resolución de problemas aplicada a actividades instrumentales de la vida diaria parte de una idea pragmática: muchas dificultades funcionales en TMG no se deben solo a ausencia global de capacidad, sino a la imposibilidad de descomponer tareas complejas en pasos manejables, anticipar obstáculos y sostener la acción en contextos reales. Desde una perspectiva cognitivo-conductual, esto significa que problemas cotidianos como hacer una compra, coger un autobús, gestionar una cita, ordenar una habitación o manejar dinero deben formularse como secuencias concretas de conducta, decisión y revisión, y no como rasgos globales del tipo “no sabe desenvolverse”. Patmisari et al. (2025), en su revisión de intervenciones comunitarias dirigidas al aprendizaje de actividades instrumentales de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave, muestran precisamente que las intervenciones más útiles tienden a compartir varios elementos: objetivos individualizados, práctica estructurada, apoyo en contextos reales, implicación de apoyos significativos y orientación clara a autonomía funcional.

Esta formulación tiene una consecuencia técnica importante. La resolución de problemas no debe entenderse aquí como un ejercicio abstracto de razonamiento, sino como una herramienta para traducir obstáculos cotidianos en tareas observables, ensayables y corregibles. NICE NG181 refuerza esta orientación al recomendar actividades dirigidas a desarrollar y mantener



habilidades de vida diaria como compras, presupuesto, transporte público, cocina, autocuidado y comunicación (NICE, 2020).

### 8.2.2. Trabajo in vivo: acompañamiento progresivo en situaciones reales

El trabajo in vivo permite trasladar la intervención desde el espacio protegido al entorno donde la dificultad aparece realmente. En rehabilitación funcional, esto es decisivo. Una persona puede conocer los pasos para comprar, usar transporte o pedir información y, sin embargo, bloquearse cuando la situación incluye ruido, espera, presión social, miedo a equivocarse o desorganización. La práctica en contexto real permite detectar obstáculos invisibles en sesión y ajustar el plan con mayor precisión.

El acompañamiento terapéutico debe graduarse. Al inicio puede ser directivo o asistido; después debe reducirse para favorecer autonomía. El profesional no debe convertirse en quien hace la tarea por la persona, sino en quien ayuda a que la persona pueda hacerla con menos apoyo. La revisión posterior es tan importante como la práctica: permite identificar qué funcionó, qué bloqueó la ejecución, qué apoyo fue necesario y cuál será el siguiente paso. Esta lógica es coherente con las intervenciones comunitarias orientadas a IADL y con las recomendaciones de rehabilitación para psicosis compleja, donde las habilidades funcionales deben practicarse en condiciones próximas a la vida diaria (NICE, 2020; Patmisari et al., 2025).

**Tabla 8.2. Trabajo in vivo: niveles de apoyo**

Nivel	Qué hace el profesional	Qué hace la persona	Criterio de paso
Acompañado	Modela, orienta y ayuda a secuenciar	Observa y participa parcialmente	Comprende la secuencia y tolera la situación
Asistido	Está presente, pero reduce indicaciones	Ejecuta la mayoría de pasos	Realiza la tarea con apoyos mínimos
Autónomo supervisado	No acompaña, pero revisa después	Realiza la tarea por sí misma	Mantiene ejecución estable en varias ocasiones

*Nota.* Los niveles de apoyo —directivo, asistido y autónomo supervisado— son una síntesis operativa para graduar la práctica funcional en contextos reales. No constituyen una escala validada ni un protocolo rígido. Su finalidad es evitar dos errores: sobreproteger a la persona sustituyendo su conducta o retirar apoyo antes de que exista una competencia mínima estable. La progresión debe revisarse según ejecución, malestar, seguridad, generalización y grado de autonomía (NICE, 2020; Patmisari et al., 2025).

### 8.2.3. Transferencia de habilidades: del contexto protegido al contexto comunitario

La transferencia requiere que una habilidad o secuencia aprendida en contexto protegido se convierta en una competencia utilizable en escenarios menos controlados. Esto exige variación de contextos, revisión de obstáculos y aumento progresivo de incertidumbre. No debe suponerse que la generalización ocurrirá por sí sola.

En la práctica, una persona puede aprender a pedir información en sesión o en el recurso y seguir bloqueándose en una administración pública o en una tienda concurrida. El paso entre contextos debe planificarse igual que una jerarquía: primero entornos previsibles, luego condiciones ligeramente más complejas y, por último, situaciones de mayor autonomía.



### **Preguntas guía para trabajar la transferencia**

- ¿En qué contexto aprendió inicialmente la habilidad?
- ¿Qué cambia cuando esa misma conducta se desplaza al entorno real?
- ¿Qué apoyo sigue siendo necesario?
- ¿Qué parte del problema es de ejecución y cuál de anticipación cognitiva o emocional?

## **8.3. Exposición gradual a contextos comunitarios**

### **8.3.1. Fundamento: evitación experiencial y restricción de la participación comunitaria como factores mantenedores de la discapacidad**

La evitación de contextos comunitarios es uno de los mecanismos que más contribuyen a la discapacidad funcional en TMG. La persona deja de ir a determinados lugares, evita trámites, reduce interacciones y acaba restringiendo su vida a un circuito cada vez más estrecho. Esta evitación puede estar sostenida por ansiedad, paranoia, autoestigma, desesperanza, fatiga o experiencias previas de fracaso, pero su efecto acumulativo es similar: menos exposición, menos aprendizaje correctivo, menos reforzadores y más confirmación de incapacidad. Esta formulación encaja con la orientación rehabilitadora de NICE NG181, que sitúa la participación funcional y el desarrollo de habilidades comunitarias como componentes centrales del tratamiento de personas con psicosis compleja (NICE, 2020).

La exposición gradual permite intervenir directamente sobre este círculo. No consiste en “obligar a salir”, sino en organizar de forma segura y progresiva el reencuentro con situaciones evitadas, reduciendo dependencia de la evitación y ampliando la participación real. La pertinencia de este enfoque queda reforzada por ensayos recientes de CBT basada en exposición para personas con enfermedad mental grave y síntomas de ansiedad, integrada incluso en equipos comunitarios de tratamiento intensivo, aunque su aplicación debe ajustarse siempre a seguridad, contexto y perfil clínico (Sato et al., 2026).

### **8.3.2. Diseño de jerarquías de exposición adaptadas: identificación de situaciones evitadas, construcción de la jerarquía con la persona, criterios de avance**

La jerarquía de exposición debe construirse con la persona, no sobre ella. Para ello hay que identificar qué situaciones evita, cuáles teme más, qué predicciones hace sobre ellas y cuánto interfieren en su vida. La secuencia debe comenzar por tareas suficientemente manejables como para producir experiencia correctiva y no por la situación más deseable o socialmente “normal”.

Los criterios de avance no deben depender de ausencia total de ansiedad. En rehabilitación funcional, el progreso suele consistir en permanecer más tiempo, necesitar menos apoyo, recuperar antes la estabilidad, reducir conductas de seguridad o repetir la tarea en más de un



contexto. Esta forma de entender el avance evita convertir la exposición comunitaria en una prueba de valentía. La exposición debe ser una práctica graduada de participación, no una confrontación brusca con el entorno (NICE, 2020; Sato et al., 2026).

### 8.3.3. Procedimiento de exposición: acompañada → asistida → autónoma; manejo de la ansiedad durante la exposición; procesamiento post-exposición

Los contextos comunitarios deben elegirse por su valor funcional, no por su espectacularidad clínica. Usar transporte, entrar en un comercio, acudir a una actividad ocupacional, permanecer en una plaza, ir a una biblioteca o realizar una gestión administrativa pueden ser exposiciones clínicamente muy relevantes si desbloquean participación y autonomía. La pregunta central es: ¿qué situación evitada está estrechando la vida de la persona?

En muchos casos, la exposición requerirá una combinación de preparación cognitiva, práctica in vivo y revisión posterior. La preparación permite identificar predicciones y estrategias de afrontamiento; la práctica permite experimentar la situación; la revisión permite consolidar aprendizaje y ajustar la siguiente tarea. Esta secuencia es coherente con la evidencia sobre intervenciones comunitarias para IADL y con las recomendaciones de rehabilitación que sitúan el desarrollo de habilidades cotidianas y comunitarias en el centro del plan de apoyo (NICE, 2020; Patmisari et al., 2025).

**Tabla 8.3. Secuencia de exposición comunitaria**

Fase	Objetivo	Tipo de apoyo	Criterio de avance
Acompañada	Entrar y permanecer en la situación	Presencia continua del profesional o apoyo	Tolera la situación y completa el paso pactado
Asistida	Aumentar iniciativa y reducir dependencia	Apoyo parcial o de observación	Realiza la mayor parte de la tarea con mínima ayuda
Autónoma	Generalizar conducta al entorno real	Sin acompañamiento directo	Repite la tarea de forma estable y revisable

*Nota.* La tabla presenta una secuencia orientativa para organizar exposición comunitaria graduada. No debe aplicarse como protocolo rígido. La selección de situaciones, el nivel de apoyo y los criterios de avance deben ajustarse al riesgo, al acuerdo terapéutico, a la ansiedad, a la presencia de paranoia o desorganización, al objetivo funcional y al contexto real de apoyos. La finalidad clínica no es exponer por exponer, sino recuperar participación comunitaria de forma segura y progresiva (NICE, 2020; Patmisari et al., 2025; Sato et al., 2026).

### 8.3.4. Adaptaciones al TMG: exposiciones más breves, mayor acompañamiento inicial, manejo de la sintomatología durante la exposición

La exposición comunitaria no siempre es indicada de inmediato. Debe posponerse o simplificarse cuando existe riesgo agudo, desorganización marcada, intoxicación, impulsividad grave, paranoia muy intensa, ausencia de acuerdo terapéutico o falta de condiciones mínimas de seguridad. En



esos casos, puede ser más adecuado empezar por exposición imaginada, recorrido acompañado muy breve, práctica dentro del recurso o trabajo previo de regulación y formulación.

El criterio no es evitar toda dificultad, sino evitar tareas que excedan claramente la capacidad actual de afrontamiento. Una exposición mal calibrada puede confirmar incapacidad, aumentar evitación o erosionar la alianza. Una exposición bien calibrada, en cambio, permite recuperar territorio vital. Esta prudencia es especialmente importante en personas con psicosis compleja o alta vulnerabilidad funcional, donde NICE NG181 recomienda evaluación, planificación y apoyos ajustados antes de avanzar hacia mayor autonomía (NICE, 2020).

## 8.4. Intervención sobre cogniciones disfuncionales que limitan la participación

### 8.4.1. Desesperanza, autoestigma y creencias de incapacidad como barreras funcionales

Muchas limitaciones funcionales no se explican únicamente por déficit de habilidad o por síntomas activos. También se mantienen por cogniciones que reducen la probabilidad de intentar, persistir o exponerse a nuevas experiencias. Entre las más relevantes están la desesperanza, el autoestigma y las creencias de incapacidad. La desesperanza bloquea el futuro; el autoestigma degrada el valor personal a partir del diagnóstico; la creencia de incapacidad impide ensayar conductas nuevas porque anticipa fracaso antes de comenzar.

El autoestigma merece especial atención en rehabilitación psicosocial porque no solo aumenta malestar subjetivo, sino que reduce participación, búsqueda de oportunidades y disposición a probar experiencias correctivas. [Lamarca et al. \(2024\)](#), en una revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones psicológicas para reducir autoestigma en psicosis, concluyen que las intervenciones multicomponente, especialmente aquellas que combinan psicoeducación, habilidades sociales y enfoques cognitivos, parecen más efectivas para reducir autoestigma. Esta evidencia respalda que el trabajo sobre autoestigma no se separe artificialmente del entrenamiento funcional, sino que se integre con exposición, práctica social y reconstrucción de identidad.

### 8.4.2. Procedimientos de intervención: reestructuración cognitiva adaptada (Cap. 6.1), experimentos conductuales, técnicas narrativas compatibles con el marco cognitivo-conductual

Los procedimientos principales en este bloque son la reestructuración cognitiva adaptada y los experimentos conductuales. La primera ayuda a identificar absolutismos, sobregeneralizaciones y conclusiones identitarias rígidas. Los segundos permiten contrastar predicciones de incapacidad en situaciones reales o semi-reales. En algunos casos también pueden integrarse técnicas narrativas compatibles con el marco cognitivo-conductual, sobre todo cuando el

problema se ha organizado como una historia de deterioro irreversible o de identidad puramente clínica.

### 8.4.3. Integración de estrategias narrativas compatibles con la TCC: reconstrucción de identidad funcional

En algunos casos, la dificultad no está solo en una predicción puntual, sino en una narrativa completa de deterioro irreversible: “ya no soy alguien capaz”, “mi vida terminó con el diagnóstico”, “solo puedo ser paciente”. En estos casos, pueden integrarse estrategias narrativas compatibles con la TCC, siempre que mantengan conexión con objetivos funcionales observables. La reconstrucción de identidad no debe quedar como conversación abstracta; debe vincularse con acciones, roles, rutinas y experiencias de competencia.

El trabajo sobre autoestigma y narrativa funcional se justifica especialmente cuando el diagnóstico ha colonizado la identidad de la persona y bloquea la participación. La evidencia reciente sobre reducción de autoestigma en psicosis muestra que los abordajes psicológicos más prometedores combinan componentes cognitivos, psicoeducativos y sociales, lo que encaja con una intervención que no se limite a cambiar pensamientos, sino que genere experiencias reales de pertenencia y competencia (Lamarca et al., 2024).

### 8.4.4. Diferenciar desesperanza, autoestigma e incapacidad: implicaciones técnicas

Diferenciar estas tres cogniciones tiene consecuencias prácticas. La desesperanza suele requerir activación, recuperación de metas pequeñas y revisión de predicciones sobre el futuro. El autoestigma exige trabajar identidad, vergüenza, ocultación y exposición social graduada. La creencia de incapacidad suele responder mejor a experimentos conductuales y tareas graduadas que a debate verbal. Confundirlas conduce a técnicas mal elegidas: no se trabaja igual “nada cambiará”, “soy menos valioso por mi diagnóstico” y “no puedo hacer eso”.

Esta diferenciación permite ajustar procedimientos y expectativas. En síntomas negativos o retraimiento grave, Cella et al. (2023) recomiendan prudencia por la heterogeneidad de la evidencia y de los mecanismos implicados; en psicosis, Akers et al. (2025) muestran que los esquemas negativos pueden cambiar con intervenciones cognitivo-conductuales; y en autoestigma, Lamarca et al. (2024) respaldan intervenciones multicomponente que combinan psicoeducación, habilidades sociales y técnicas cognitivas. La utilidad clínica del apartado reside precisamente en no tratar toda cognición limitante como si fuera el mismo problema (Akers et al., 2025; Cella et al., 2023; Lamarca et al., 2024).

**Tabla 8.4. Diferenciación clínica de cogniciones que limitan la participación**

Tipo de cognición	Núcleo cognitivo	Conducta asociada	Procedimiento principal
Desesperanza	“No hay futuro / nada cambiará”	Inhibición global, abandono	Activación + revisión de predicciones
Autoestigma	“Soy menos valioso por mi diagnóstico”	Evitación, ocultación, retraimiento	Reestructuración + exposición + narrativa



Incapacidad	“No puedo hacer eso”	No ensayo, dependencia	Experimento conductual + tarea graduada
-------------	----------------------	---------------------------	--

*Nota.* Esta tabla constituye una matriz clínica orientativa para diferenciar cogniciones que bloquean la participación. No es un instrumento diagnóstico ni una escala validada. La desesperanza, el autoestigma y la creencia de incapacidad pueden solaparse, pero conviene diferenciarlas porque orientan procedimientos distintos: activación y revisión de predicciones, trabajo cognitivo-identitario, exposición social, experimentos conductuales y tareas graduadas. La selección final debe basarse en la formulación individual y en el objetivo funcional prioritario (Akers et al., 2025; Cella et al., 2023; Lamarca et al., 2024).

## 8.5. Integración del trabajo funcional con el plan de intervención TCC y el PAI

### 8.5.1. Correspondencia entre objetivos funcionales y objetivos del PAI (Serie RPS, Vol. I)

El trabajo funcional de este capítulo no debe quedar como un “módulo paralelo” al PAI. Debe traducirse a objetivos coherentes con él. Esto exige una operación de correspondencia: transformar una dificultad funcional observada en una meta formulable, compartida y revisable dentro del plan global de la persona. La planificación de objetivos en salud mental resulta más consistente cuando es individualizada, colaborativa y orientada a recuperación; además, la toma de decisiones compartida es especialmente pertinente en personas con trastorno mental grave, donde la participación activa de la persona en las decisiones sobre su atención es un componente de calidad clínica y ética (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

Por ejemplo, “sale muy poco del domicilio” no basta. Debe traducirse a algo como “incrementar gradualmente participación comunitaria mediante salidas estructuradas con reducción progresiva de apoyo”. “No se relaciona con otros” puede convertirse en “desarrollar y generalizar habilidades básicas de inicio y mantenimiento de interacción en contextos comunitarios de baja exigencia”. Esta correspondencia permite que la TCC funcional dialogue con el PAI y no quede como una intervención paralela, difícil de coordinar o evaluar (NICE, 2020; Stewart et al., 2022)

**Tabla 8.5. Correspondencia entre objetivos funcionales TCC y formulación en el PAI**

Objetivo funcional trabajado en TCC	Formulación compatible con el PAI
Aprender a comprar solo	Aumentar autonomía instrumental en compras básicas
Reducir evitación de espacios públicos	Favorecer participación comunitaria progresiva
Mejorar inicio de conversaciones	Potenciar habilidades interpersonales funcionales
Disminuir autoestigma que bloquea actividades	Facilitar implicación en actividades significativas
Usar transporte con menos apoyo	Incrementar movilidad autónoma en el entorno

*Nota.* Esta tabla ofrece ejemplos de traducción entre objetivos funcionales trabajados desde TCC y formulaciones compatibles con el PAI. No sustituye la formulación individual ni la decisión compartida. La correspondencia debe construirse con la persona y revisarse con el equipo, de modo que el objetivo funcional sea clínicamente justificable, subjetivamente significativo, observable y coordinable dentro del plan global (NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

## 8.5.2. Registro de avances funcionales: instrumentos y procedimientos

Los avances funcionales deben registrarse con procedimientos sensibles al cambio cotidiano y no solo con escalas globales. Las medidas del Capítulo 3 —especialmente LSP y CAN— ofrecen un marco útil, pero necesitan complementarse con registros más finos: frecuencia de la conducta, grado de apoyo requerido, nivel de ansiedad, contexto de ejecución, generalización entre entornos y observaciones del equipo. La literatura sobre monitorización rutinaria de resultados y feedback clínico subraya que los datos son clínicamente útiles cuando informan decisiones, revisiones y ajustes del tratamiento, no cuando quedan como documentación paralela al proceso (McAleavey et al., 2024).

No todo cambio funcional se expresa enseguida en una gran variación de puntuación. Por eso, conviene usar registros breves y comparables, centrados en conductas objetivo. El criterio no es registrar mucho, sino registrar lo suficiente para saber si la persona está actuando más, con menos apoyo, en más contextos o con menor evitación. En rehabilitación funcional, cambios pequeños pero repetidos —realizar una compra con menos apoyo, usar transporte una vez más, iniciar una interacción breve o permanecer en una actividad comunitaria— pueden ser clínicamente relevantes aunque todavía no modifiquen de forma visible una escala global (McAleavey et al., 2024; Patmisari et al., 2025).

**Tabla 8.6. Registro funcional mínimo**

Indicador	Qué se registra	Fuente	Periodicidad
Frecuencia de la conducta	Cuántas veces realizó la acción objetivo	Usuario / equipo	Semanal
Grado de apoyo	Acompañado, asistido o autónomo	Profesional / usuario	Semanal
Ansiedad o malestar	Intensidad antes y después	Autorregistro simple	Según tarea
Contexto	Dónde se realizó la acción	Usuario / equipo	Según tarea
Generalización	En cuántos contextos distintos pudo hacerlo	Equipo / usuario	Quincenal
Obstáculos observados	Qué bloqueó o dificultó la ejecución	Equipo / sesión	Cada revisión

*Nota.* Esta tabla propone un registro funcional mínimo para monitorizar cambios cotidianos vinculados a objetivos TCC. No constituye una escala validada. Su finalidad es complementar instrumentos globales con indicadores sensibles a frecuencia, apoyo requerido, ansiedad, contexto, generalización y obstáculos observados. Debe emplearse de forma breve, regular y orientada a decisiones clínicas, evitando convertir el registro en una carga burocrática (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Patmisari et al., 2025).

## 8.5.3. Coordinación con el equipo multidisciplinar para la generalización de logros

La generalización funcional depende en gran medida de la coordinación del equipo. El psicólogo puede formular, ensayar y revisar, pero muchos objetivos funcionales requieren que otros profesionales refuercen, acompañen o registren avances en entornos naturales. Esta coordinación no es un complemento administrativo. Es una condición de eficacia clínica.

Por ejemplo, un objetivo de uso autónomo del transporte puede requerir coordinación con terapia ocupacional, educadores, trabajadores sociales o profesionales de referencia del recurso.



Un objetivo de habilidades sociales puede necesitar práctica en talleres, actividades comunitarias o entornos residenciales. Un objetivo de reducción de autoestigma puede implicar que el equipo evite mensajes contradictorios que refuercen pasividad o identidad de incapacidad. NICE NG181 sitúa la rehabilitación de personas con psicosis compleja dentro de una intervención multidisciplinar orientada a funcionamiento, vida diaria y recuperación a largo plazo, lo que respalda esta necesidad de coordinación (Killaspy et al., 2021; NICE, 2020).

El trabajo funcional fracasa cuando cada profesional refuerza una lógica distinta: uno promueve autonomía, otro sobreprotege; uno reduce apoyo, otro lo mantiene indefinidamente; uno mide avance por ejecución, otro solo por ausencia de crisis. Por ello, el PAI debe convertirse en el lugar donde se acuerdan objetivos, apoyos, indicadores y criterios de progresión. La TCC funcional aporta formulación, práctica y revisión; el equipo aporta contextos, oportunidades y continuidad. Sin esa alianza organizativa, la generalización queda al azar.

## Resumen final

En este capítulo hemos situado la TCC aplicada a la rehabilitación funcional como una traducción del modelo cognitivo-conductual al plano de la vida cotidiana. Las técnicas revisadas — habilidades sociales, resolución de problemas, exposición comunitaria e intervención sobre cogniciones limitantes— no buscan únicamente reducir síntomas, sino ampliar repertorio de acción, autonomía y participación. Esta orientación es coherente con la rehabilitación de personas con psicosis compleja, con la evidencia sobre intervenciones psicosociales en esquizofrenia y con revisiones recientes sobre actividades instrumentales de la vida diaria en enfermedad mental grave (Barlati et al., 2024; NICE, 2020; Patmisari et al., 2025).

El entrenamiento en habilidades sociales debe ir más allá del role-play aislado y generalizarse a contextos reales. La resolución de problemas debe convertir dificultades cotidianas en secuencias observables y practicables. La exposición comunitaria debe graduar el reencuentro con espacios evitados, cuidando seguridad y sentido funcional. El trabajo sobre desesperanza, autoestigma e incapacidad permite intervenir sobre cogniciones que estrechan la vida antes incluso de que la persona intente actuar. Finalmente, todo este trabajo debe integrarse en el PAI, coordinarse con el equipo y registrarse mediante indicadores funcionales sensibles al cambio cotidiano (Lamarca et al., 2024; McAleavey et al., 2024; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).



# 9

## Situaciones clínicas complejas y adaptaciones

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de identificar y manejar los principales problemas clínicos que complican la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en personas con trastorno mental grave (TMG), incluyendo no adherencia a tareas y sesiones, consumo comórbido de sustancias, fluctuación sintomática, riesgo de crisis, déficits cognitivos marcados, rechazo del modelo cognitivo y conflictos con el equipo o la familia. Asimismo, podremos formular adaptaciones específicas por diagnóstico —trastorno bipolar, depresión resistente y trastornos de personalidad graves— y aplicar una lógica común de actuación: evaluar, decidir, intervenir y reevaluar. Esta orientación resulta coherente con la rehabilitación de personas con psicosis compleja, donde la intervención debe revisarse y adaptarse a necesidades clínicas y funcionales cambiantes, y con la literatura sobre alianza y engagement en terapias psicológicas para psicosis, que muestra que la participación terapéutica depende tanto de la persona como de la adecuación del encuadre, la relación y las condiciones de acceso al tratamiento (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020).

### Resumen inicial

Los capítulos previos han presentado la intervención cognitivo-conductual como un procedimiento estructurado, evaluable y adaptable. Sin embargo, en la práctica clínica real rara vez trabajamos en condiciones ideales. Las personas con TMG llegan a sesión sin haber realizado tareas, interrumpen el tratamiento, consumen sustancias, fluctúan clínicamente entre una semana y otra, atraviesan crisis, presentan déficits cognitivos que limitan la participación o no comparten el modelo explicativo del terapeuta. A esto se añaden, con frecuencia, tensiones con la familia o con el equipo sobre objetivos, ritmo y prioridades de la intervención. Leídas desde la rehabilitación psicosocial, estas situaciones no son anomalías marginales, sino condiciones esperables del trabajo con necesidades complejas, donde la evaluación, la planificación, la continuidad y la coordinación deben revisarse de forma constante (NICE, 2020).

El error clásico consiste en tratar estas situaciones como anomalías periféricas o como “fallos del usuario”. En realidad, constituyen el núcleo mismo del trabajo clínico en rehabilitación psicosocial. Una TCC para TMG solo es rigurosa si prevé desde el inicio cómo se adaptará cuando el caso deje de parecerse al protocolo ideal. Por ello, este capítulo no debe leerse como una colección de dificultades, sino como una extensión natural de la buena práctica: el momento en que la lógica del tratamiento se pone realmente a prueba. Esta lectura es coherente con la evidencia sobre alianza y engagement en psicosis, que obliga a interpretar la continuidad terapéutica como resultado de una interacción entre factores personales, clínicos, relacionales y organizativos, y no como simple “cumplimiento” individual (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025).

### Palabras clave

*Adherencia terapéutica; patología dual; crisis; déficits cognitivos; rechazo del modelo; alianza terapéutica; adaptación diagnóstica; TCC en TMG; rehabilitación psicosocial; reevaluación clínica.*

## 9.1. Dificultades en la adherencia a la intervención TCC

### 9.1.1. No realización de tareas entre sesiones: análisis funcional de la no adherencia, estrategias de adaptación (simplificación, tareas in-sesión, uso de apoyos)

La no realización de tareas entre sesiones no debe interpretarse de forma automática como falta de motivación o desinterés por el tratamiento. En personas con trastorno mental grave puede reflejar, entre otros factores, dificultades cognitivas, sobrecarga emocional, miedo al fracaso, baja comprensión del sentido de la tarea, escasa conexión entre la tarea y el objetivo terapéutico, desorganización del entorno cotidiano o una alianza aún insuficientemente consolidada. Por ello, la tarea no realizada debe tratarse como un dato clínico que exige formulación, no como una falta moral. La evidencia en psicosis indica, además, que la alianza terapéutica se relaciona con el grado de engagement en terapia y con mejores resultados posteriores, lo que refuerza la idea de que la adherencia a tareas depende también de la calidad del vínculo terapéutico y no solo de la voluntad del usuario (Bourke et al., 2021).

Desde esta perspectiva, el primer paso consiste en analizar qué función cumplía la tarea, qué barrera concreta interfirió en su realización y qué parte del problema depende del formato elegido. En algunos casos la tarea era correcta, pero demasiado exigente para el momento clínico. En otros, la tarea era técnicamente coherente, pero carecía de significado para la persona. También puede ocurrir que la tarea requiera habilidades de organización, memoria o anticipación que el caso todavía no permite sostener. La literatura reciente sobre barreras y facilitadores del engagement en terapia psicológica en psicosis temprana subraya precisamente que la implicación terapéutica se ve afectada por ambivalencia, distrés emocional, fluctuación sintomática, experiencias previas negativas y dificultades prácticas de acceso o continuidad,



factores que encajan plenamente con una lectura funcional de la no adherencia (Fahy et al., 2025).

La respuesta clínica más útil suele consistir en reducir complejidad, convertir la tarea en una secuencia mínima y, cuando sea necesario, trasladar parte del aprendizaje a la propia sesión. En este contexto, puede ser preferible trabajar con microtareas, registros muy breves, práctica supervisada *in session*, recordatorios externos, apoyos visuales o participación puntual de personas de apoyo. El objetivo no es “mantener la tarea” a toda costa, sino preservar la función terapéutica de la práctica entre sesiones sin aumentar innecesariamente la probabilidad de fracaso. Presentada así, la adaptación de la tarea no debilita la TCC; la ajusta al nivel real de viabilidad del caso (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; Kazantzis et al., 2010).

**Tabla 9.1. Lectura clínica de la tarea no realizada**

Situación	Qué sugiere clínicamente	Respuesta más útil
No recuerda la tarea	Déficit de memoria de trabajo / sobrecarga	Simplificar, anotar, usar recordatorios
La entendió, pero no empezó	Evitación, ansiedad, apatía, baja iniciación	Reducir tamaño, aumentar apoyo inicial
La empezó, pero no la terminó	Tarea demasiado alta o mal secuenciada	Fraccionar, revisar barreras concretas
Dice que “no tenía sentido”	Desacuerdo con objetivo o baja significatividad	Renegociar racional y objetivo
Se sintió peor al intentarla	Mala indicación, exceso de exposición o activación	Replantear tarea, bajar demanda

*Nota.* Esta tabla debe entenderse como una guía de formulación clínica de la tarea no realizada, no como una tipología cerrada de incumplimiento. La no realización puede reflejar barreras cognitivas, emocionales, contextuales, relacionales o de significado terapéutico. Su utilidad consiste en orientar la adaptación de la tarea y preservar la función de aprendizaje entre sesiones, evitando interpretaciones moralizantes o punitivas (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; Kazantzis et al., 2010).

### 9.1.2. Inasistencia recurrente a sesiones: factores contribuyentes y estrategias de retención (flexibilidad horaria, sesiones domiciliarias, contacto entre sesiones)

La inasistencia recurrente tampoco debe interpretarse de forma uniforme. Puede expresar evitación, desorganización, baja expectativa de utilidad, dificultades de transporte, desregulación emocional previa a la cita, consumo, síntomas negativos, empeoramiento clínico o desacuerdo con los objetivos. En rehabilitación psicosocial, la asistencia no depende solo de “querer venir”, sino de poder sostener una cadena de acciones: recordar la cita, organizarse, salir, desplazarse, tolerar la anticipación, llegar y entrar en sesión. Cuando esa cadena se rompe, la intervención debe estudiar dónde se ha producido la ruptura.

Las estrategias de retención más útiles suelen ser multimodales: mayor flexibilidad horaria, recordatorios estructurados, llamadas o contactos breves entre sesiones, sesiones domiciliarias o en contextos más accesibles cuando el dispositivo lo permita, y una revisión explícita del sentido del tratamiento si la asistencia se ha vuelto intermitente. La inasistencia debe tratarse como dato clínico. A veces no indica rechazo global a la ayuda, sino incompatibilidad entre el formato actual y la capacidad real de sostenerlo. Esta interpretación resulta coherente con la

literatura sobre engagement en psicosis y con las guías de rehabilitación que recomiendan ajustar los apoyos a necesidades y barreras reales de participación (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### 9.1.3. Participación pasiva en sesión: diferenciación entre sintomatología negativa, falta de motivación, desacuerdo con los objetivos y estilo relacional

La participación pasiva en sesión es un fenómeno clínicamente heterogéneo. Puede reflejar sintomatología negativa, enlentecimiento cognitivo, ansiedad interpersonal, desacuerdo con los objetivos, baja comprensión del método o un estilo relacional donde la persona espera directividad máxima y evita tomar iniciativa. Por ello, no conviene intervenir del mismo modo en todos los casos. La pasividad exige una lectura diferencial.

Cuando predominan síntomas negativos o depresión, suele ser más útil reducir demanda, aumentar estructura y trabajar con microobjetivos. Cuando predomina ansiedad o desconfianza, conviene aumentar validación, previsibilidad y seguridad relacional. Cuando la persona cumple sin implicarse, puede haber desacuerdo con el objetivo o escaso sentido subjetivo del tratamiento, por lo que la respuesta más ajustada será renegociar agenda y propósito. Cuando existe un estilo relacional muy pasivo, puede ser necesario fomentar participación de forma graduada sin retirar de golpe la estructura profesional. Esta diferenciación es coherente con la evidencia sobre síntomas negativos, alianza terapéutica y enganche en psicosis, y evita confundir pasividad clínica con falta de voluntad (Bourke et al., 2021; Cella et al., 2023; Fahy et al., 2025).

**Tabla 9.2. Participación pasiva en sesión: lectura diferencial**

Fenómeno predominante	Qué sugiere	Respuesta clínica
Respuestas escasas, lentitud, baja energía	Sintomatología negativa o depresión	Reducir demanda, aumentar estructura, microobjetivos
Silencio tenso, vigilancia, miedo a equivocarse	Ansiedad interpersonal o desconfianza	Más validación, menos exigencia verbal, mayor previsibilidad
Cumple, pero sin implicación real	Desacuerdo con objetivos	Renegociar agenda y sentido del tratamiento
Espera que el terapeuta haga todo	Estilo relacional pasivo o dependencia	Fomentar participación graduada, tareas muy acotadas
No sigue el hilo ni retiene la consigna	Dificultades cognitivas	Simplificar formato y usar apoyos externos

*Nota.* Esta tabla ofrece una lectura orientativa de la participación pasiva en sesión. No debe utilizarse para etiquetar a la persona ni para atribuir pasividad a una única causa. La respuesta clínica debe formularse tras valorar síntomas negativos, depresión, ansiedad interpersonal, desacuerdo con objetivos, estilo relacional, dificultades cognitivas y sentido subjetivo del tratamiento (Bourke et al., 2021; Cella et al., 2023; Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

## 9.2. Consumo de sustancias comórbido

### 9.2.1. Prevalencia y relevancia clínica de la patología dual en el TMG

La comorbilidad entre trastorno mental grave y trastornos por uso de sustancias constituye una de las situaciones clínicas que más alteran el curso del tratamiento. Su importancia no depende solo de su frecuencia, sino del modo en que modifica adherencia, recaídas, crisis,



funcionamiento general y continuidad asistencial. En estos casos, formular el problema sin incluir el papel del consumo equivale a trabajar sobre una representación incompleta de la situación clínica. Las revisiones recientes sobre dual diagnosis y sobre intervenciones cognitivo-conductuales para trastornos concurrentes coinciden en que el consumo puede actuar simultáneamente como desencadenante, modulador del estado mental, estrategia de afrontamiento disfuncional y barrera directa para la estabilidad terapéutica (Magill et al., 2025; Nessbach & Simpson, 2025).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, la relevancia clínica del consumo comórbido no se reduce a la cantidad consumida. Importa también la función que desempeña en la vida de la persona: regulación de ansiedad, mitigación de vacío, facilitación social, interrupción de voces, evasión de recuerdos traumáticos, aumento momentáneo de energía o pertenencia grupal. Esta lectura funcional es decisiva porque modifica por completo la intervención. El consumo deja de ser un elemento externo al plan y pasa a formar parte de la formulación del caso, de la secuencia de objetivos y de la elección de estrategias de afrontamiento alternativas. La evidencia disponible muestra, además, que las intervenciones cognitivo-conductuales para trastornos concurrentes producen beneficios modestos, pero clínicamente relevantes en comparación con cuidados habituales o controles, especialmente cuando el tratamiento aborda de forma explícita ambas dimensiones del problema (Magill et al., 2025).

Por ello, en este manual la patología dual debe entenderse como una condición que exige formulación integrada y no como un motivo para posponer indefinidamente el trabajo psicoterapéutico hasta alcanzar abstinencia completa. Habrá situaciones en las que el nivel de desorganización obligue a priorizar seguridad, estabilización o reducción de daño. Pero, incluso en esos casos, la intervención gana precisión cuando el consumo se incorpora desde el principio como parte del problema clínico y no como un episodio paralelo o secundario (Magill et al., 2025; Nessbach & Simpson, 2025).

### **9.2.2. Adaptaciones de la TCC en presencia de consumo activo: intervención integrada vs. secuencial**

La cuestión central es si conviene trabajar de forma integrada o secuencial. En términos generales, cuando el consumo y el trastorno mental interactúan de forma intensa, la aproximación integrada suele ser clínicamente más útil que una secuencia rígida que pospone toda psicoterapia hasta lograr abstinencia completa. En muchos casos, esperar un cambio total en el consumo antes de iniciar TCC conduce a una exclusión terapéutica encubierta.

Intervenir de forma integrada implica incluir en la formulación la función del consumo, las situaciones precipitantes, las creencias sobre su utilidad, la relación entre consumo y síntomas, y las estrategias alternativas de afrontamiento. La aproximación secuencial puede ser más razonable cuando el consumo es tan intenso o desorganizador que impide toda mínima continuidad, seguridad o aprovechamiento del tratamiento. Esta distinción es coherente con las revisiones recientes sobre TCC y dual diagnosis, que respaldan abordajes integrados, aunque con efectos generalmente modestos y necesidad de adaptar las expectativas a la complejidad clínica real (Magill et al., 2025; Nessbach & Simpson, 2025).



### 9.2.3. Entrevista motivacional como componente complementario de la TCC

La entrevista motivacional es especialmente útil cuando la persona se encuentra ambivalente respecto al consumo. Su función no es sustituir la TCC, sino mejorar la viabilidad de la intervención al reducir confrontación, explorar discrepancias entre objetivos vitales y conducta actual, y aumentar lenguaje de cambio. En patología dual, suele ser más eficaz integrarla en el proceso que tratarla como una fase completamente separada.

Dentro de la formulación cognitivo-conductual, la entrevista motivacional puede ayudar a clarificar qué gana y qué pierde la persona con el consumo, qué teme que ocurra si lo modifica, qué objetivos se ven bloqueados por su mantenimiento y qué alternativas podrían ensayarse sin exigir cambios absolutos de entrada. Esta integración permite que el trabajo sobre consumo no se viva como imposición externa, sino como parte de la deliberación clínica sobre estabilidad, participación y recuperación funcional (Magill et al., 2025; Nessbach & Simpson, 2025).

### 9.2.4. Algoritmo de decisión: cuándo mantener la intervención TCC, cuándo modificarla y cuándo priorizar el abordaje del consumo

La decisión clínica debe basarse en cuatro preguntas:

1. ¿Cuánto interfiere el consumo con la capacidad de participar en TCC?
2. ¿Cuánto aumenta riesgo de crisis o descompensación?
3. ¿Es el consumo una barrera global o una conducta diana integrada en la formulación?
4. ¿Qué grado de motivación al cambio existe?

Cuando el consumo es ocasional y la continuidad terapéutica se mantiene, puede conservarse la TCC integrando el análisis funcional del consumo. Cuando el consumo es frecuente, pero existe cierta capacidad reflexiva, conviene mantener la intervención con adaptación, incorporando entrevista motivacional, reducción de daño y objetivos integrados. Cuando el consumo es muy alto, caótico o produce gran interferencia cognitiva o conductual, la TCC estándar deja de ser viable y debe reconfigurarse hacia trabajo mínimo, motivacional y de estabilización. Cuando hay intoxicación frecuente, crisis repetidas o alto riesgo agudo, el abordaje del consumo y la seguridad pasan a primer plano (Magill et al., 2025; Nessbach & Simpson, 2025).

**Tabla 9.3. Algoritmo práctico en consumo comórbido**

Situación de consumo	Mantener TCC	Modificar TCC	Priorizar abordaje del consumo
Consumo ocasional, con continuidad terapéutica	Sí	Integrar análisis funcional del consumo	No
Consumo frecuente, pero con cierta capacidad reflexiva	Sí, con adaptación	Añadir entrevista motivacional, reducción de daño, foco integrado	No necesariamente



Consumo muy alto, caótico, con gran interferencia cognitiva o conductual	No como TCC estándar	Reconfigurar a trabajo mínimo, motivacional y de estabilización	Sí
Intoxicación frecuente, alto riesgo agudo, crisis repetidas	No	Suspender trabajo técnico complejo	Sí claramente

*Nota.* Esta tabla ofrece una guía clínica orientativa para decidir si mantener, modificar o subordinar temporalmente la TCC ante consumo comórbido. No sustituye la valoración especializada de adicciones ni los protocolos locales de seguridad. La decisión debe integrar interferencia cognitiva y conductual, riesgo agudo, función del consumo, motivación al cambio, continuidad terapéutica y posibilidad real de intervención integrada (Magill et al., 2025; Nessbach & Simpson, 2025).

## 9.3. Fluctuación sintomática significativa entre sesiones

### 9.3.1. Cómo manejar sesiones cuando la persona presenta un empeoramiento agudo

La fluctuación sintomática forma parte esperable del trabajo con TMG. Una misma persona puede llegar a una sesión con mayor paranoia, tristeza intensa, privación de sueño, voces más absorbentes o fuerte desregulación emocional. La respuesta adecuada no es automática. Requiere distinguir entre empeoramiento que permite una sesión adaptada y empeoramiento que obliga a suspender el plan técnico previsto y recentrar toda la sesión. Las guías de psicosis y rehabilitación compleja sitúan la intervención psicológica dentro de procesos de evaluación, revisión y adaptación continuada, lo que respalda que el plan de sesión no se mantenga de forma rígida cuando el estado clínico cambia de manera significativa (NICE, 2014, 2020).

En general, cuando el empeoramiento no compromete seguridad inmediata ni hace inviable toda colaboración, conviene mantener la sesión redefiniendo el objetivo: reducir activación, explorar qué ha cambiado, revisar señales tempranas, reordenar el plan o reforzar el afrontamiento. Estas sesiones no son “sesiones perdidas”; forman parte de la prevención de recaídas y de la alianza. La literatura sobre engagement en psicosis refuerza precisamente la necesidad de que la terapia sea sensible al estado clínico, a las barreras emocionales y a la experiencia subjetiva de la persona (Fahy et al., 2025).

### 9.3.2. Criterios para mantener la sesión con adaptaciones vs. suspender y reprogramar

La decisión depende de seguridad, nivel de desorganización, capacidad mínima de colaboración y utilidad clínica esperable de la sesión. Conviene evitar decisiones binarias demasiado simples. Un aumento moderado de malestar con capacidad de diálogo permite mantener la sesión con foco adaptado. Ansiedad, tristeza o activación altas, pero comprensibles y regulables, pueden reconducirse a regulación, revisión y apoyo. En cambio, desorganización intensa, intoxicación, riesgo agudo o imposibilidad de seguir una secuencia mínima obligan a suspender el trabajo técnico y activar una respuesta clínica prioritaria.

El criterio no es si la sesión puede “seguir como estaba prevista”, sino si puede seguir siendo útil y segura con una reformulación del objetivo. En TMG, mantener una sesión adaptada puede ser



mejor que cancelar, pero insistir en una técnica compleja durante un empeoramiento agudo puede resultar iatrogénico. Por ello, la decisión debe documentarse y revisarse dentro del plan global (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

**Tabla 9.4. Estado de entrada y tipo de sesión recomendable**

Estado de entrada	Tipo de sesión recomendable
Aumento moderado de malestar, pero con capacidad de diálogo	Mantener sesión con foco adaptado
Ansiedad, tristeza o activación altas, pero comprensibles y regulables	Reconducir a regulación, revisión y apoyo
Desorganización intensa, intoxicación, riesgo agudo o imposibilidad de seguir una secuencia mínima	Suspender trabajo técnico y activar respuesta clínica prioritaria
Gran empeoramiento subjetivo, pero sin riesgo ni pérdida total de colaboración	Sesión de contención y reevaluación

*Nota.* Esta tabla ofrece criterios orientativos para adaptar el tipo de sesión según el estado clínico de entrada. No sustituye la evaluación de riesgo ni los protocolos locales. La decisión debe considerar seguridad, capacidad mínima de colaboración, nivel de desorganización, intoxicación, riesgo autolítico o heteroagresivo y utilidad clínica esperable de la sesión adaptada (Fahy et al., 2025; NICE, 2014, 2020).

### 9.3.3. Reajuste del plan de intervención ante cambios clínicos significativos

Cuando la fluctuación deja de ser puntual y pasa a modificar el cuadro general, el plan debe revisarse. Puede ser necesario (Bourke et al., 2021; Browne et al., 2021; NICE, 2014, 2019, 2020):

- volver a objetivos más básicos,
- reducir demanda cognitiva,
- reforzar coordinación con psiquiatría,
- modificar frecuencia,
- o replantear tareas entre sesiones.

La perseverancia técnica no debe confundirse con rigidez. En TMG, insistir demasiado tiempo en un formato que ya no encaja con el estado clínico actual erosiona eficacia y alianza.

## 9.4. Riesgo de crisis durante la intervención

### 9.4.1. Identificación de señales de descompensación durante la sesión TCC

La sesión puede convertirse en un lugar privilegiado para detectar señales tempranas de crisis. Algunas de las más importantes son: aumento abrupto de desorganización, agitación intensa, desesperanza extrema, sumisión creciente a voces imperativas, ruptura marcada de contacto, ideación autolítica o heteroagresiva verbalizada y cambios conductuales bruscos incompatibles con la continuidad del trabajo técnico. La identificación precoz exige que el terapeuta no se aferre al plan de sesión cuando la situación clínica está cambiando delante de él.

En presencia de autolesión, ideación suicida, riesgo de daño a terceros o grave desorganización, el marco de intervención debe desplazarse desde la técnica TCC prevista hacia la seguridad, la evaluación y la activación de recursos. NICE NG225 cubre la evaluación, manejo y prevención de recurrencia de autolesión en personas adultas, incluidas aquellas con problemas de salud mental, y refuerza que estas situaciones requieren una respuesta clínica específica, no una mera continuación del trabajo psicológico programado (NICE, 2022/2024).

### 9.4.2. Protocolo de actuación ante crisis en sesión: contención, derivación y seguimiento

Cuando aparece una crisis, la sesión deja de ser una sesión TCC en sentido estricto y pasa a ser una intervención de crisis. En ese momento la prioridad no es “seguir trabajando la técnica”, sino restaurar seguridad y activar recursos adecuados.

#### Secuencia básica de actuación

- 1. Reducir de inmediato la demanda cognitiva.**  
Abandonar el trabajo técnico previsto.
- 2. Contener verbalmente con claridad y sencillez.**  
Priorizar mensajes breves, directivos y reguladores.
- 3. Valorar riesgo de forma rápida y explícita.**  
Autolesión, heteroagresión, obediencia a voces, fuga, grave desorganización.
- 4. Activar recursos del dispositivo.**  
Equipo, médico, urgencias, apoyos disponibles, según protocolo local.
- 5. Documentar e informar.**  
Lo ocurrido, la respuesta dada y el plan inmediato.
- 6. Planificar seguimiento y retorno.**  
La crisis debe incorporarse luego a la formulación y a la prevención de recaídas.

Este procedimiento debe entenderse como una guía de seguridad clínica, siempre subordinada a los protocolos locales y a la normativa del dispositivo. En rehabilitación psicosocial, la crisis no debe aislarse del plan terapéutico global: una vez estabilizada, debe incorporarse a la formulación, a la revisión de señales tempranas y a la planificación de apoyos (NICE, 2020, 2022/2024).

Tabla 9.5. Protocolo de actuación ante crisis en sesión

Paso	Objetivo
Reducir demanda	Evitar sobrecarga y escalada
Contener	Aportar estructura y seguridad
Evaluar riesgo	Determinar nivel de urgencia
Activar recursos	Asegurar continuidad de respuesta
Documentar	Preservar trazabilidad clínica
Seguir y reformular	Integrar la crisis en el plan



*Nota.* Esta tabla resume una secuencia mínima de actuación ante crisis durante una sesión TCC. No sustituye los protocolos locales de riesgo, urgencias, autolesión o heteroagresividad. Su función es recordar que, ante crisis, la prioridad clínica pasa a ser seguridad, contención, evaluación rápida, activación de recursos, documentación y seguimiento posterior (NICE, 2020, 2022/2024).

### 9.4.3. Retorno a la intervención TCC tras una crisis: cuándo y cómo reanudar

Retomar la TCC después de una crisis requiere algo más que “volver a citar”. Es necesario revisar qué señales la precedieron, qué factores la precipitaron, qué respuestas ayudaron o no y qué parte del plan debe modificarse. No conviene reanudar inmediatamente el trabajo técnico previo si no se ha recuperado una base mínima de regulación, alianza y continuidad. En muchos casos, la crisis debe transformarse en material clínico de prevención de recaídas antes de recuperar objetivos anteriores.

El retorno debe ser gradual. Puede comenzar con una sesión de revisión y formulación de la crisis, continuar con un plan de señales tempranas y apoyos, y solo después recuperar técnicas más complejas. Esta forma de proceder evita convertir la crisis en una interrupción sin aprendizaje y permite integrarla dentro de una lógica de prevención, seguridad y continuidad clínica (NICE, 2020, 2022/2024).

## 9.5. Déficits cognitivos marcados

### 9.5.1. Evaluación del impacto de los déficits cognitivos sobre la capacidad de participar en TCC

Los déficits cognitivos pueden afectar atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, flexibilidad cognitiva y planificación. La cuestión clínica no es solo si existen, sino cuánto interfieren con la comprensión del modelo, el seguimiento de la agenda, el uso de registros, el recuerdo entre sesiones y la generalización de estrategias. Lo relevante no es la etiqueta neuropsicológica aislada, sino su impacto funcional sobre la viabilidad del tratamiento.

En personas con psicosis compleja, la rehabilitación debe ajustar apoyos, actividades y planificación a necesidades funcionales reales. NICE NG181 recomienda que los programas rehabilitadores ayuden a desarrollar y mantener habilidades de vida diaria y que se practiquen en entornos lo más reales posible cuando sea viable, lo que refuerza la necesidad de traducir el déficit cognitivo a implicaciones concretas para la intervención (NICE, 2020). Si el deterioro cognitivo impide comprensión, memoria o generalización, la TCC debe simplificarse o subordinarse temporalmente a intervenciones de apoyo, remediación cognitiva, estructuración ambiental o entrenamiento ocupacional básico.



### 9.5.2. Adaptaciones máximas: TCC ultrasimplificada, foco exclusivamente conductual, uso intensivo de apoyos externos

Cuando el impacto cognitivo es alto, la TCC puede necesitar una simplificación extrema: foco predominantemente conductual, objetivos únicos, agendas muy visibles, práctica mayoritariamente en sesión, tareas mínimas, apoyo visual constante, repetición intensiva y coordinación estrecha con el entorno. En estos casos, el modelo cognitivo explícito puede quedar muy reducido. Lo central es construir secuencias comprensibles y repetibles, no insistir en una sofisticación técnica incompatible con la capacidad actual de la persona.

Esta adaptación no implica abandonar la lógica cognitivo-conductual, sino desplazarla hacia su forma más externa y funcional. La relación entre conducta, emoción, contexto y consecuencias puede trabajarse sin exigir registros complejos ni formulaciones abstractas. La prioridad es que la persona pueda practicar una secuencia mínima con apoyo suficiente y que el entorno ayude a sostenerla (NICE, 2020).

### 9.5.3. Criterios para considerar que la TCC no es la intervención más adecuada en ese momento

Este es uno de los puntos donde conviene ser más claros. Debe considerarse que la TCC no es la intervención principal más adecuada en ese momento cuando, incluso con máximas adaptaciones, la persona no puede sostener una secuencia mínima de sesión, no comprende el objetivo básico del trabajo, no puede retener ninguna tarea o pauta entre sesiones, fracasa repetidamente incluso en microobjetivos muy asistidos, o hay otras prioridades claramente superiores, como intervención ambiental intensiva, ajuste farmacológico, remediación cognitiva o soporte ocupacional básico.

Esto no implica una exclusión definitiva de la TCC. Implica reconocer que la secuencia terapéutica adecuada pasa primero por otra clase de intervenciones. La indicación de TCC en TMG debe ser temporal, funcional y revisable: una persona puede no estar en condiciones de beneficiarse de un formato cognitivo-conductual ahora, pero sí después de estabilizar sueño, entorno, medicación, apoyos, habilidades básicas o capacidad mínima de seguimiento (NICE, 2020).

**Tabla 9.6. Umbral de no viabilidad temporal de la TCC**

Señal	Implicación clínica
No sigue una agenda mínima ni con apoyo visual	Exceso de demanda para TCC actual
No comprende la finalidad de la sesión ni con ejemplos concretos	Necesidad de otro nivel de intervención
No retiene tareas mínimas ni apoyadas	Alta inviabilidad entre sesiones
Fracaso repetido incluso con máxima simplificación	Revisar si TCC es intervención principal
Prioridad clara de estabilización ambiental o médica	Posponer o subordinar TCC

*Nota.* Esta tabla no debe utilizarse como criterio de exclusión definitiva. Su función es ayudar a reconocer momentos en los que la TCC, incluso muy adaptada, no es la intervención principal más adecuada. La no viabilidad debe formularse como temporal y revisable, indicando qué intervención previa o paralela puede aumentar la capacidad futura de participación: estabilización clínica, apoyo ambiental, remediación cognitiva, intervención ocupacional o reorganización de apoyos (NICE, 2020).



## 9.6. Rechazo del modelo cognitivo por parte de la persona

### 9.6.1. Exploración de las razones del rechazo: experiencias previas negativas, discrepancia con el modelo explicativo de la persona, factores culturales

El rechazo del modelo cognitivo no debe leerse automáticamente como oposición al cambio ni como señal de que la persona “no quiere trabajar”. Puede reflejar experiencias previas de invalidación, discrepancia con una formulación excesivamente psicologizante, diferencias culturales en la forma de explicar el sufrimiento, temor a ser corregida o la sensación de que en ese momento necesita más apoyo práctico que exploración cognitiva. Por ello, el primer paso clínico consiste en identificar con precisión qué es lo que la persona rechaza: el lenguaje de pensamientos y creencias, la forma de relación terapéutica, una experiencia previa negativa o el desacuerdo con el marco explicativo propuesto. La literatura sobre intervenciones de *shared decision-making* en enfermedad mental grave insiste justamente en que la participación del usuario mejora cuando las decisiones terapéuticas se alinean con sus valores, su narrativa y sus preferencias de participación, y no cuando se imponen como un marco ya cerrado (Thomas et al., 2021).

En esquizofrenia y psicosis, además, la revisión reciente de Jackson et al. (2025) subraya que la toma de decisiones compartida sigue estando insuficientemente implementada, a pesar de que los usuarios valoran participar de forma más activa en decisiones relacionadas con su tratamiento y su adherencia. Esta observación resulta especialmente relevante para el presente apartado: cuando la persona rechaza el modelo cognitivo, insistir en él como si fuera condición previa para toda intervención puede deteriorar la alianza y convertir una discrepancia legítima en un conflicto innecesario. En cambio, explorar el significado del rechazo permite discriminar si el problema está en el contenido del modelo, en el lenguaje utilizado o en la experiencia relacional que acompaña a su presentación (Jackson et al., 2025; Thomas et al., 2021).

Por ello, este manual debe presentar la exploración del rechazo como una tarea de clarificación clínica y no como una negociación secundaria. Comprender si la persona rechaza una lectura abstracta del problema, un marco que percibe como ajeno o una forma de intervención vivida como correctiva permite reformular el tratamiento en términos más funcionales, más respetuosos con su narrativa y más compatibles con sus prioridades actuales. En muchos casos, esta exploración no aleja de la TCC, sino que permite encontrar una vía de acceso más viable a ella (Jackson et al., 2025; Thomas et al., 2021).

### 9.6.2. Estrategias de adaptación: trabajo exclusivamente conductual, uso de formulaciones menos “psicológicas”, respeto por la narrativa de la persona

Cuando aparece este rechazo, suele ser útil reducir la carga verbal “psicologizante” y reformular el trabajo en términos más funcionales y concretos (Jackson et al., 2025; Thomas et al., 2021). A veces puede mantenerse perfectamente una TCC útil si se trabaja sobre:

- rutinas,
- señales de alerta,
- afrontamiento,
- resolución de problemas,
- exposición,
- o prevención de recaídas,

sin exigir adhesión explícita al modelo del terapeuta.

**Tabla 9.7. Tipos de rechazo y adaptación correspondiente**

Tipo de rechazo	Qué suele reflejar	Adaptación más útil
“No quiero hablar de pensamientos”	Rechazo al lenguaje cognitivo	Trabajo más conductual y funcional
“Eso ya lo hice y no sirvió”	Experiencia previa negativa	Diferenciar método actual y expectativas
“No es así como entiendo lo que me pasa”	Discrepancia narrativa o cultural	Respetar narrativa y buscar puntos de encuentro
“Necesito ayuda práctica, no hablar”	Prioridad funcional	Empezar por problemas concretos y cotidianos
“Siento que me corriges”	Vivencia de invalidación	Más validación y menos confrontación

*Nota.* Esta tabla debe utilizarse para explorar el significado clínico del rechazo al modelo cognitivo, no para clasificarlo como resistencia. La respuesta debe adaptarse según la persona rechace el lenguaje técnico, el marco explicativo, una experiencia previa de invalidación, la prioridad propuesta o la relación terapéutica. La toma de decisiones compartida y la reformulación centrada en objetivos funcionales pueden preservar la alianza y abrir vías alternativas de trabajo (Jackson et al., 2025; Thomas et al., 2021).

### 9.6.3. Cuando aceptar el rechazo y ofrecer alternativas terapéuticas

Si tras varios intentos de adaptación la persona sigue rechazando el formato y la alianza se deteriora, puede ser más clínicamente honesto aceptar ese límite y ofrecer otras modalidades de apoyo. Insistir rígidamente en el modelo rara vez mejora el compromiso. La prioridad debe ser que la persona acceda a una intervención que pueda usar, no defender la pureza doctrinal del terapeuta (Jackson et al., 2025; Thomas et al., 2021).



## 9.7. Conflictos con el equipo o la familia respecto a la intervención

Los conflictos con el equipo o la familia suelen aparecer cuando existen discrepancias sobre ritmo, objetivos, autonomía, riesgo o nivel de apoyo. La familia puede priorizar seguridad inmediata; el equipo puede priorizar estabilidad organizativa; la persona puede priorizar autonomía, privacidad o participación comunitaria. Estas tensiones no deben negarse ni resolverse de forma automática a favor de una sola parte. Deben formularse clínicamente.

El primer paso es diferenciar conflicto de objetivos, conflicto de expectativas y conflicto de riesgos. Un conflicto de objetivos aparece cuando la persona quiere trabajar una meta que la familia o el equipo consideran secundaria o arriesgada. Un conflicto de expectativas aparece cuando se espera que la TCC produzca cambios más rápidos, amplios o lineales de lo que el caso permite. Un conflicto de riesgos aparece cuando la búsqueda de autonomía implica exposición a situaciones que el entorno considera peligrosas. NICE NG181 sitúa la rehabilitación de personas con psicosis compleja dentro de procesos multidisciplinares de planificación, revisión y apoyo a la recuperación, lo que respalda que estas discrepancias se trabajen dentro del PAI y no como discusiones informales o paralelas (NICE, 2020).

La TCC centrada en la persona exige sostener una jerarquía clara: el objetivo de la intervención debe formularse con la persona, aunque pueda requerir negociación con familia y equipo. Esto no significa ignorar a la familia o al equipo, sino evitar que sus objetivos sustituyan automáticamente los de quien recibe la intervención. En estos casos, la toma de decisiones compartida puede ayudar a reformular el conflicto en términos verificables: qué quiere conseguir la persona, qué teme la familia, qué riesgo identifica el equipo, qué apoyo permitiría probar el objetivo de forma progresiva y qué indicadores señalarían avance o necesidad de revisión (Jackson et al., 2025; Thomas et al., 2021).

### Preguntas útiles en conflictos de objetivos

- ¿Qué quiere realmente la persona conseguir con este objetivo?
- ¿Qué teme la familia si ese objetivo se persigue?
- ¿Qué riesgo identifica el equipo y con qué base?
- ¿Puede reformularse el objetivo de forma progresiva y verificable?
- ¿Qué apoyo haría posible probarlo sin polarizar posiciones?

## 9.8. Adaptaciones por diagnóstico específico

### 9.8.1. TCC adaptada al trastorno bipolar en contexto de rehabilitación: foco en prevención de recaídas, regulación del ritmo social, manejo de la impulsividad en fases hipomaniacas

En trastorno bipolar, el foco debe desplazarse hacia prevención de recaídas, regulación de ritmos, detección de señales tempranas y manejo de impulsividad o minimización del riesgo en



fases hipomaníacas. Cuando aparece activación creciente, la sesión necesita menos exploración abstracta y más revisión de sueño, monitorización de actividad, contención de proyectos excesivos y coordinación con psiquiatría si el estado se desplaza. Las guías CANMAT/ISBD actualizadas mantienen una lógica de tratamiento fase-específica y multimodal, en la que las intervenciones psicológicas complementan el tratamiento farmacológico y se orientan a estabilidad longitudinal, adherencia, recaídas y funcionamiento (Keramatian et al., 2023). NICE CG185 también sitúa las intervenciones psicológicas estructuradas dentro del manejo del trastorno bipolar y de la prevención de recaídas (NICE, 2014/2025).

También conviene trabajar específicamente las cogniciones que favorecen la discontinuidad del tratamiento, como la idea de que estructurarse equivale a perder identidad o libertad. En fases de activación, el objetivo no es debatir ampliamente estas creencias, sino reducir decisiones impulsivas, preservar sueño, mantener continuidad terapéutica y coordinar señales de alerta. La adaptación de la TCC en bipolaridad debe, por tanto, ser longitudinal y preventiva, no solo sintomática (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014/2025).

### **9.8.2. TCC adaptada a la depresión resistente en contexto de rehabilitación: activación conductual intensiva, trabajo con la desesperanza crónica, prevención del suicidio**

En depresión resistente, la adaptación exige centrar la intervención en activación conductual intensiva y extremadamente graduada, trabajo sobre desesperanza cronificada y evaluación continuada del riesgo suicida. Aquí el agotamiento terapéutico acumulado forma parte del caso: la persona suele haber probado múltiples tratamientos y puede interpretar cualquier propuesta nueva como otro intento destinado al fracaso. La depresión resistente se asocia a elevada carga clínica, heterogeneidad definicional y complejidad terapéutica, por lo que la TCC debe formularse como una estrategia ajustada y combinada, no como una promesa de remisión rápida (McIntyre et al., 2023; NICE, 2022/2026).

La respuesta clínica útil combina microobjetivos funcionales, experimentos conductuales muy pequeños, validación del desgaste y un trabajo constante sobre la predicción de inutilidad. La prevención del suicidio debe formar parte transversal del plan y no quedar relegada a un subbloque aislado. NICE NG222 incluye recomendaciones sobre evaluación, preferencias, tratamiento y coordinación en depresión, mientras que NICE NG225 refuerza la necesidad de valorar y manejar la autolesión o riesgo asociado como una prioridad clínica específica (NICE, 2022/2024, 2022/2026).

### **9.8.3. TCC adaptada a trastornos de personalidad graves en contexto de rehabilitación: manejo de la desregulación emocional, trabajo con esquemas nucleares, prevención de la ruptura terapéutica**

En trastornos de personalidad graves, especialmente en presentaciones límite, la adaptación principal no consiste en “usar técnicas más intensas”, sino en priorizar regulación emocional, análisis funcional de crisis, consistencia del encuadre, trabajo con esquemas nucleares y prevención explícita de la ruptura terapéutica. La ruptura no debe tratarse como un accidente externo al tratamiento. A menudo es una parte central del mismo.



La evidencia disponible apoya de forma más sólida las psicoterapias estructuradas y adaptadas al trastorno límite de personalidad que una TCC genérica no especializada. La revisión Cochrane de Storebø et al. (2020) concluyó que las psicoterapias adaptadas al TLP presentan beneficios frente al tratamiento habitual, y el ensayo de Assmann et al. (2024) refuerza el lugar de tratamientos estructurados como DBT y terapia de esquemas. NICE CG78, por su parte, subraya la necesidad de reconocimiento, manejo y organización adecuada de la atención en trastorno límite de personalidad, especialmente en contextos de crisis y continuidad asistencial (Assmann et al., 2024; NICE, 2009; Storebø et al., 2020).

En rehabilitación psicosocial, esto implica que el terapeuta debe proteger encuadre, alianza y consistencia del equipo. Las técnicas cognitivas, conductuales o de regulación emocional pueden ser útiles, pero deben insertarse en un plan suficientemente estable, predecible y coordinado. Cuando cada crisis reinicia por completo el tratamiento, la intervención pierde capacidad de acumulación. La adaptación correcta consiste en anticipar rupturas, formularlas, revisarlas y convertirlas en parte del trabajo clínico, no en responder a ellas solo desde la urgencia (NICE, 2009; Storebø et al., 2020).

#### 9.8.4. Algoritmo de respuesta clínica para cada situación: evaluar → decidir → intervenir → reevaluar

A pesar de la diversidad de problemas, la respuesta clínica puede organizarse siempre en una secuencia común:

1. **Evaluar**  
Identificar qué está pasando realmente y qué función clínica cumple la dificultad.
2. **Decidir**  
Determinar si la intervención debe mantenerse, modificarse, reducirse, pausarse o reorientarse.
3. **Intervenir**  
Aplicar la adaptación correspondiente con claridad técnica y coherencia con el caso.
4. **Reevaluar**  
Comprobar si la adaptación ha mejorado viabilidad, alianza o progreso.

**Tabla 9.8. Algoritmo integrador de respuesta clínica**

Problema	Evaluar	Decidir	Intervenir	Reevaluar
No hace tareas	Barrera cognitiva, emocional o de diseño	Mantener con adaptación	Simplificar, fragmentar, practicar en sesión	¿Aumentó viabilidad?
Falta a sesiones	Barrera práctica, ansiosa o relacional	Mantener formato o flexibilizar	Recordatorios, cambio de formato, renegociar sentido	¿Mejora asistencia?



Consumo activo	Grado de interferencia y riesgo	Integrar, modificar o priorizar consumo	MI, reducción de daño, reconfigurar TCC	¿Aumentó continuidad?
Fluctuación sintomática	Seguridad y capacidad de colaboración	Mantener adaptada o reconvertir sesión	Regulación, contención, reajuste de objetivos	¿Recupera continuidad?
Crisis	Riesgo agudo y desorganización	Suspender trabajo técnico	Contener, derivar, seguir	¿Cuándo reanudar TCC?
Déficit cognitivo	Impacto funcional real	Simplificar o posponer TCC	Foco conductual, apoyos externos	¿Sigue siendo viable?
Rechazo del modelo	Qué parte del modelo rechaza	Adaptar o derivar	Lenguaje funcional, más conducta, más validación	¿Mejora alianza?
Conflicto con equipo/familia	Qué objetivos chocan	Mediar o redefinir meta	Negociación centrada en la persona	¿Se desbloquea la implementación?

*Nota.* Esta tabla sintetiza la respuesta clínica ante situaciones complejas en TCC para TMG. Debe leerse como una herramienta heurística de decisión, no como un algoritmo validado de indicación automática. Ante no adherencia, consumo, fluctuación, crisis, déficit cognitivo, rechazo del modelo o conflicto con el entorno, la secuencia mínima debe ser: evaluar la función del problema, decidir si la TCC puede mantenerse o debe modificarse, adaptar la intervención, activar recursos si hay riesgo y reevaluar el plan. La decisión final debe integrarse en el PAI, en la coordinación del equipo y en los protocolos locales de seguridad (Fahy et al., 2025; Magill et al., 2025; NICE, 2020, 2022/2024; Thomas et al., 2021).

## Resumen final

En este capítulo hemos abordado las principales situaciones que tensionan la aplicación real de la TCC en personas con TMG. La no realización de tareas, la inasistencia, la participación pasiva, el consumo comórbido, la fluctuación sintomática, las crisis, los déficits cognitivos, el rechazo del modelo y los conflictos con familia o equipo no deben entenderse como desviaciones molestas respecto a un protocolo ideal. Son, más bien, indicadores de que la intervención debe ser formulada, adaptada y revisada con mayor precisión. Esta lectura es coherente con la evidencia sobre alianza, engagement, patología dual, toma de decisiones compartida y rehabilitación en psicosis compleja (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; Magill et al., 2025; Nessbach & Simpson, 2025; NICE, 2020; Thomas et al., 2021).

La lógica común del capítulo puede resumirse en cuatro operaciones: evaluar qué función cumple la dificultad, decidir si la TCC puede mantenerse o debe modificarse, intervenir con el nivel de complejidad adecuado y reevaluar el plan. En algunos casos esto implicará simplificar tareas, usar apoyos externos o renegociar objetivos. En otros, integrar consumo, activar protocolos de crisis, posponer temporalmente técnicas cognitivas complejas o cambiar el foco hacia estabilización y seguridad. En todos ellos, la adaptación no debe entenderse como una pérdida de rigor, sino como la condición que permite que la TCC siga siendo clínicamente viable dentro de la rehabilitación psicosocial.

# 10

## Indicadores de calidad, fidelidad al modelo y monitorización de resultados

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de diseñar un sistema de indicadores específico para la intervención cognitivo-conductual (TCC) en rehabilitación psicosocial, diferenciando entre indicadores de estructura, proceso y resultado; evaluar la fidelidad al modelo y la competencia terapéutica mediante procedimientos estandarizados; implantar herramientas de monitorización sesión a sesión clínicamente útiles; y elaborar informes de resultados que sirvan tanto para la toma de decisiones clínicas como para la mejora continua del servicio. Esta orientación se apoya en el marco clásico de evaluación de la calidad asistencial basado en estructura, proceso y resultados, así como en la literatura reciente sobre cuidados evaluables y resultados de monitoreo de rutinas que subraya que las medidas solo adquieren valor clínico cuando se utilizan para revisar el progreso, orientar el feedback y ajustar el tratamiento (Donabedian, 1988; McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

### Resumen inicial

En los capítulos previos hemos descrito cómo evaluar, formular, planificar y aplicar la TCC en personas con trastorno mental grave (TMG). Sin embargo, una intervención técnicamente bien diseñada puede perder calidad si no dispone de mecanismos sistemáticos para verificar qué se está haciendo, con qué competencia se está haciendo y qué cambios está produciendo. Éste es el objetivo del presente capítulo.

La calidad en rehabilitación psicosocial no puede reducirse a la mera existencia de una intervención psicológica en cartera. Exige estructura suficiente, fidelidad al modelo, resultados monitorizados y capacidad para corregir el rumbo cuando el tratamiento no progresa como se esperaba. Donabedian (1988) formuló un marco ampliamente utilizado para evaluar la calidad asistencial a partir de la relación entre estructura, proceso y resultado; trasladado al componente TCC, esto implica valorar no solo si la intervención existe, sino si cuenta con

condiciones reales de aplicación, si se desarrolla de forma coherente con el modelo y si produce cambios relevantes para la persona y el servicio.

La monitorización no debe entenderse como burocracia evaluativa, sino como una extensión del razonamiento clínico: medir para decidir mejor, supervisar para intervenir mejor y documentar para sostener continuidad, rendición de cuentas y aprendizaje organizacional. La literatura reciente sobre monitorización rutinaria de resultados y feedback clínico insiste en que el valor de las medidas depende de su uso activo en la toma de decisiones, mientras que la atención basada en medidas se define precisamente como un proceso clínico flexible, centrado en la persona y orientado a ajustar el tratamiento a partir de información repetida y relevante (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

Este capítulo se organiza en cuatro bloques. Primero, se presenta un sistema explícito de indicadores de estructura, proceso y resultado. Después se aborda la fidelidad al modelo y la evaluación de la competencia terapéutica. A continuación, se desarrolla la monitorización sesión a sesión, con propuestas de medidas breves, registro estandarizado y sistemas de alerta. Finalmente, se describe la estructura de los informes de resultados y el modo en que estos deben integrarse en un ciclo de mejora continua del servicio.

#### **Palabras clave**

*Indicadores de calidad; fidelidad al modelo; competencia terapéutica; monitorización de resultados; measurement-based care; routine outcome monitoring; CTS-R; rehabilitación psicosocial; TCC; mejora continua.*

## **10.1. Sistema de indicadores específicos para la intervención TCC en rehabilitación psicosocial**

### **10.1.1. Complementariedad con los indicadores generales de calidad del PAI (Serie RPS, Vol. I, Cap. 8)**

Los indicadores específicos de la TCC no sustituyen a los indicadores generales del PAI. Los complementan. El PAI permite valorar la coherencia global del itinerario rehabilitador: adecuación entre necesidades, objetivos, apoyos, responsables y seguimiento. La TCC, por su parte, requiere indicadores más finos que permitan responder a preguntas distintas: si la intervención se está aplicando con la intensidad prevista, si las técnicas elegidas son coherentes con la formulación, si el terapeuta mantiene fidelidad al modelo y si la persona está cambiando en los dominios que la intervención pretende modificar. Esta complementariedad es coherente con las guías de rehabilitación para adultos con psicosis compleja, que sitúan la evaluación, la planificación del cuidado, la intervención y la revisión como elementos del proceso rehabilitador, y con la literatura sobre monitorización clínica, que exige que los datos sirvan para orientar decisiones y no solo para documentar actividad (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).



Esta complementariedad evita dos errores. El primero consiste en pensar que basta con medir funcionamiento global del caso para concluir que la TCC está bien implementada. El segundo, simétrico, consiste en monitorizar solo variables de sesión y olvidar si el componente cognitivo-conductual se integra realmente en el plan rehabilitador general. La buena práctica exige leer ambos niveles conjuntamente. Un resultado funcional puede mejorar por factores ajenos al componente TCC; del mismo modo, una sesión técnicamente correcta puede tener escaso valor rehabilitador si no se articula con los objetivos, apoyos y revisiones del PAI.

### 10.1.2. Indicadores de estructura: recursos humanos cualificados, formación específica en TCC para TMG, disponibilidad de espacios y materiales, ratio terapeuta/usuarios

Los indicadores de estructura responden a una pregunta preliminar: si el servicio dispone de condiciones reales para ofrecer TCC de calidad a personas con TMG. Si la respuesta es negativa, los problemas posteriores de fidelidad o de resultados no pueden interpretarse solo como dificultades del terapeuta o del usuario. En el marco de [Donabedian \(1988\)](#), los elementos estructurales remiten a las condiciones en las que se presta la atención; en rehabilitación psicosocial, esto incluye profesionales formados, supervisión, tiempo protegido, espacios adecuados, materiales adaptados y una organización que permita continuidad real. NICE NG181 refuerza esta lectura al situar la rehabilitación de personas con psicosis compleja dentro de una organización de servicios capaz de evaluar, planificar, intervenir y revisar apoyos a largo plazo ([Killaspy et al., 2021](#); [NICE, 2020](#)).

Los indicadores mínimos de estructura deberían incluir:

- presencia de profesionales con formación específica en TCC y, preferiblemente, en TCC adaptada a TMG;
- acceso a supervisión clínica específica;
- tiempo protegido para preparación, registro y coordinación;
- espacios adecuados para sesiones individuales o grupales;
- materiales clínicos adaptados, incluidos soportes visuales y registros simplificados;
- y una ratio terapeuta/usuarios compatible con continuidad real del tratamiento.

**Tabla 10.1. Indicadores de estructura del componente TCC**

Indicador	Definición operativa	Fuente	Periodicidad	Uso clínico/organizativo
Profesionales formados en TCC-TMG	% de terapeutas con formación específica acreditable o supervisada	RR. HH. / dirección técnica	Anual	Valorar capacidad instalada
Supervisión específica disponible	Existencia y frecuencia de supervisión clínica estructurada	Plan de servicio	Trimestral	Garantizar calidad técnica
Tiempo protegido por terapeuta	Horas reservadas para sesiones, registro y coordinación	Organización interna	Trimestral	Detectar inviabilidad operativa



Materiales adaptados disponibles	Hojas, apoyos visuales, registros, protocolos, plantillas	Auditoría interna	Semestral	Favorecer adaptación al TMG
Ratio TCC/usuarios candidatos	Número de usuarios potencialmente indicados por terapeuta disponible	Listado clínico / agenda	Trimestral	Ajustar acceso y carga asistencial

*Nota.* Esta tabla ofrece una síntesis operativa de indicadores de estructura aplicables al componente TCC dentro de rehabilitación psicosocial. No constituye un estándar externo validado ni una escala de calidad. Su finalidad es comprobar si el servicio dispone de condiciones mínimas para aplicar TCC con continuidad, supervisión, adaptación al TMG y coordinación con el PAI (Donabedian, 1988; Killaspy et al., 2021; NICE, 2020).

### 10.1.3. Indicadores de proceso: fidelidad al protocolo TCC, dosis terapéutica (número y frecuencia de sesiones), adherencia a la estructura de sesión, uso de técnicas específicas

Los indicadores de proceso responden a la pregunta de si el tratamiento se está llevando a cabo como estaba previsto. Son esenciales porque, sin ellos, un mal resultado puede atribuirse erróneamente a la “ineficacia” de la TCC cuando en realidad el problema ha sido una aplicación parcial, errática o técnicamente débil. En la lógica de Donabedian (1988), los procesos son las acciones efectivamente realizadas durante la atención; en TCC, esto incluye estructura de sesión, formulación, selección técnica, tareas entre sesiones, revisión del progreso, adaptación al caso y coordinación con el plan general.

Los indicadores mínimos de proceso pueden incluir:

- número de sesiones realizadas frente a previstas; frecuencia y continuidad de las sesiones;
- porcentaje de sesiones con agenda, foco, cierre y tarea adaptada;
- coherencia entre formulación, objetivo y técnica utilizada;
- uso de técnicas específicas cuando estaban indicadas;
- registro de adaptaciones al TMG;
- y revisión periódica del plan.

La literatura reciente sobre calidad de la TCC en práctica psiquiátrica rutinaria muestra que la adherencia y la competencia pueden evaluarse de forma diferenciada, y que la existencia nominal de una intervención basada en la evidencia no basta para asegurar su calidad real de aplicación (Bergvall et al., 2024). Por ello, en este manual los indicadores de proceso deben servir para detectar si la TCC conserva sus componentes esenciales o si se ha diluido en conversaciones de apoyo no formuladas, tareas desconectadas o intervenciones sin secuencia.

**Tabla 10.2. Indicadores de proceso del componente TCC**

Indicador	Definición operativa	Fuente	Periodicidad	Uso clínico/organizativo
-----------	----------------------	--------	--------------	--------------------------



Formulación explícita del caso	Existencia de formulación TCC actualizada en el plan	Historia clínica / plantilla TCC	Revisión de fase	Verificar coherencia clínica
Dosis terapéutica recibida	Nº de sesiones realizadas / Nº previsto	Agenda / registro clínico	Mensual	Detectar caídas de intensidad
Frecuencia real de sesiones	Intervalo promedio entre sesiones	Agenda clínica	Mensual	Valorar continuidad
Estructura de sesión mantenida	Presencia de apertura, foco, cierre y tarea/revisión	Registro de sesión / supervisión	Muestreo mensual	Valorar consistencia técnica
Técnicas congruentes con el plan	Correspondencia entre formulación y técnica empleada	Registro / supervisión	Muestreo mensual	Evitar eclecticismo desorganizado
Revisión del plan	Existencia de decisiones documentadas de mantener/modificar/pausar	Historia clínica	Revisión de fase	Garantizar adaptación razonada

*Nota.* Esta tabla sintetiza indicadores de proceso útiles para revisar la aplicación real del componente TCC. Debe emplearse como herramienta de seguimiento interno, no como escala validada de fidelidad. Los indicadores de proceso ayudan a distinguir entre ausencia de cambio por baja respuesta clínica, mala indicación, dosis insuficiente, aplicación parcial o falta de coherencia entre formulación, técnica y objetivo (Bergvall et al., 2024; Donabedian, 1988).

#### 10.1.4. Indicadores de resultado: cambio en sintomatología (BPRS), cambio en funcionamiento global (GAF), cambio en habilidades funcionales (LSP), cambio en necesidades (CAN), cambio en recuperación personal percibida

Los indicadores de resultado deben recoger los dominios que la intervención pretende modificar y, al mismo tiempo, mantener una estructura suficientemente manejable para su uso en servicios reales. En continuidad con el Capítulo 3, el núcleo mínimo de resultado del presente manual puede organizarse en cinco dimensiones: cambio en sintomatología mediante BPRS, cambio en funcionamiento global mediante GAF, cambio en habilidades funcionales mediante LSP, cambio en necesidades cubiertas y no cubiertas mediante CAN y cambio en recuperación personal percibida mediante una medida breve de autorreporte. Esta combinación permite integrar desenlaces clínicos, funcionales, contextuales y subjetivos dentro de una misma arquitectura de evaluación. (Felix et al., 2024; WHO, 2012).

La recuperación personal percibida no debe tratarse como un añadido opcional ni como una dimensión secundaria del resultado. En salud mental grave, la mejoría clínicamente significativa no se agota en la reducción sintomática o en la mejora del funcionamiento observado por profesionales. También incluye cambios en agencia, esperanza, capacidad percibida para afrontar dificultades y participación significativa en la propia vida. Felix et al. (2024), en una revisión sistemática de propiedades de medida de PROMs de recuperación personal en enfermedad mental grave, identifican un campo amplio pero todavía heterogéneo, con instrumentos útiles, aunque sin un dominio absoluto de una sola medida sobre todas las propiedades psicométricas. Esta situación justifica una formulación prudente: cuando el servicio

disponga de una medida validada de recuperación personal, conviene incorporarla; cuando no la tenga, resulta preferible utilizar una autoevaluación breve y estandarizada de recuperación percibida antes que excluir por completo la experiencia subjetiva del sistema de resultados (Felix et al., 2024).

En relación con el funcionamiento y la discapacidad, si el servicio dispone de una medida más actual y transversal, la WHODAS 2.0 ofrece una alternativa útil para valorar funcionamiento desde el marco de la ICF. La OMS la describe como un instrumento genérico, estandarizado y aplicable a distintos contextos y condiciones de salud, incluidas las mentales y neurológicas (WHO, 2012). En este manual, no obstante, el uso continuado de GAF puede mantenerse como recurso panorámico y pragmático siempre que se interprete con cautela y se complemente con medidas funcionales y de necesidades más específicas. La decisión entre mantener GAF como indicador mínimo operativo o sustituirla progresivamente por WHODAS 2.0 debe quedar vinculada a la infraestructura evaluativa real del servicio y no a una preferencia abstracta por una escala determinada (WHO, 2012)

**Tabla 10.3. Indicadores de resultado del componente TCC**

Dominio	Indicador principal	Fuente	Momento mínimo de evaluación	Interpretación clínica
Sintomatología	BPRS	Profesional	Pre, intermedio, post	Cambio en carga psicopatológica
Funcionamiento global	GAF	Profesional	Pre, intermedio, post	Cambio en nivel global de funcionamiento
Habilidades funcionales	LSP	Profesional / informante	Pre, post y revisiones largas	Cambio en desempeño cotidiano
Necesidades	CAN	Usuario + profesional	Pre, intermedio, post	Cambio en necesidades cubiertas/no cubiertas
Recuperación personal percibida	Escala breve o autoevaluación estructurada	Usuario	Periódica	Cambio en agencia, esperanza y participación percibida

*Nota.* Esta tabla propone un conjunto mínimo de indicadores de resultado para el componente TCC. No pretende establecer una batería obligatoria ni sustituir los instrumentos ya definidos por cada servicio. Su función es asegurar que el resultado de la intervención se valore de forma multidimensional: síntomas, funcionamiento, necesidades, participación y percepción subjetiva de utilidad o recuperación (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

#### **Criterio mínimo práctico para recuperación personal percibida**

Cuando no se disponga de una medida validada adicional, el servicio debería incorporar al menos una autoevaluación breve y estandarizada con preguntas del tipo:

- “¿Siente que tiene más capacidad para manejar su problema que al inicio?”
- “¿Se siente más capaz de participar en actividades significativas?”



- “¿Percibe que el tratamiento le está ayudando en aspectos relevantes de su vida?”

No sustituye a una escala formal, pero evita que la experiencia subjetiva del usuario quede completamente fuera del sistema de resultados.

## 10.2. Fidelidad al modelo: evaluación de la competencia terapéutica

### 10.2.1. Escalas de competencia en TCC: Cognitive Therapy Scale-Revised (CTS-R) y su adaptación a TCC para TMG

La evaluación de la fidelidad al modelo exige distinguir entre dos preguntas complementarias: si el tratamiento contiene los componentes esenciales de la TCC y si el terapeuta los aplica con competencia suficiente. La Cognitive Therapy Scale-Revised (CTS-R) fue desarrollada precisamente para valorar competencia en terapia cognitiva mediante dominios como agenda, colaboración, descubrimiento guiado, focalización, conceptualización, aplicación de técnicas y estrategia de cambio (Blackburn et al., 2001). Su utilidad sigue siendo clara como marco general de evaluación de competencia en TCC.

En trastorno mental grave, sin embargo, la lectura de la CTS-R requiere adaptación clínica. Una agenda breve y muy estructurada puede ser más competente que una agenda amplia; un descubrimiento guiado más concreto, repetitivo y experiencial puede ser más adecuado que un diálogo socrático complejo; y una técnica simple puede estar mejor indicada que una intervención sofisticada si responde al estado real del caso. Por ello, la competencia terapéutica en TMG no debe evaluarse por el grado de parecido con una TCC ambulatoria convencional, sino por la capacidad del terapeuta para mantener la lógica cognitivo-conductual sin perder ajuste clínico, alianza ni pertinencia funcional. Esta necesidad de especificación por contexto no es exclusiva del presente manual: la literatura sobre evaluación de competencia en psicosis desarrolló tempranamente instrumentos específicos como la CTS-Psy, precisamente porque la práctica con psicosis exige matices que no siempre quedan suficientemente recogidos en escalas transdiagnósticas generales (Haddock et al., 2001).

En consecuencia, la CTS-R puede seguir utilizándose aquí como marco general de competencia, pero su aplicación debe complementarse con criterios específicos para TCC adaptada al TMG. Esta solución permite conservar una herramienta ampliamente reconocida sin confundir fidelidad con rigidez. La evaluación competente en este campo no consiste en puntuar más alto cuanto más abstracta o sofisticada sea la técnica, sino en determinar si el terapeuta estructura, formula, interviene y revisa de forma coherente con el perfil clínico, cognitivo y funcional de la persona atendida (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001).

#### Aspectos de la CTS-R que requieren lectura adaptada en TMG

- **Agenda:** una agenda breve, muy estructurada y flexible puede ser mejor que una agenda amplia y compleja.



- **Descubrimiento guiado:** en TMG puede expresarse menos como diálogo socrático sofisticado y más como exploración concreta, experiencial y repetitiva.
- **Estrategia de cambio:** la técnica puede ser simple y aun así muy competente si está bien indicada y ajustada.
- **Aplicación de técnicas:** una menor complejidad no implica menor calidad si responde a limitaciones reales del caso.

**Tabla 10.4. Uso adaptado de la CTS-R en TMG**

Dominio CTS-R	Riesgo de mala interpretación	Lectura adecuada en TMG
Agenda	Pensar que una agenda corta refleja baja calidad	Puede reflejar adaptación competente a carga cognitiva limitada
Descubrimiento guiado	Penalizar menor sofisticación verbal	Valorar exploración concreta y tolerable para la persona
Técnicas	Confundir simplificación con pobreza técnica	Distinguir entre simplificación competente y banalización
Colaboración	Interpretar directividad como déficit	En algunos casos, mayor estructura puede ser necesaria y terapéutica
Feedback	Esperar formulaciones elaboradas del usuario	En TMG puede bastar con comprobación simple de comprensión y utilidad

*Nota.* Esta tabla propone una lectura adaptada de dominios CTS-R al contexto de TCC para TMG. No constituye una nueva validación psicométrica de la CTS-R ni sustituye instrumentos específicos como la CTS-Psy cuando el foco es psicosis. Su función es orientar la supervisión clínica y evitar que adaptaciones competentes —mayor estructura, menor abstracción, tareas más simples o más apoyo visual— se interpreten erróneamente como baja fidelidad al modelo (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001)

### 10.2.2. Procedimientos de evaluación de la fidelidad: grabación de sesiones, supervisión directa, autoevaluación estructurada

La fidelidad no puede evaluarse solo a partir de notas clínicas retrospectivas. Los procedimientos más sólidos incluyen:

- grabación de sesiones —audio o vídeo, según posibilidades y consentimiento—,
- revisión por supervisores entrenados,
- observación directa,
- y autoevaluación estructurada del terapeuta.

En un servicio real, no siempre será viable revisar todas las sesiones. Lo razonable es trabajar con muestras periódicas. El objetivo no debe ser una auditoría punitiva, sino un sistema formativo que permita identificar fortalezas, áreas de mejora y adaptaciones necesarias.

#### Recomendación mínima de implementación

- **Grabación/revisión de una muestra de sesiones por terapeuta:** al menos trimestral.
- **Supervisión específica:** al menos mensual si el servicio ofrece TCC con cierta estabilidad.



- **Autoevaluación estructurada tras sesiones complejas o en momentos de revisión de fase.**

### 10.2.3. Estándares mínimos de competencia para la aplicación de TCC en TMG

La competencia terapéutica en TCC para TMG debe valorarse por la capacidad de aplicar el modelo de forma reconocible y, al mismo tiempo, ajustada al caso. Un terapeuta competente no es quien reproduce mecánicamente una sesión estándar, sino quien mantiene formulación, foco, colaboración, técnica, tarea y revisión dentro de un nivel de complejidad que la persona pueda utilizar. La calidad de la TCC en servicios reales requiere atender tanto a adherencia como a competencia; [Bergvall et al. \(2024\)](#) muestran precisamente la relevancia de evaluar ambos componentes en práctica psiquiátrica rutinaria, aunque la relación entre competencia, adherencia y resultado no deba interpretarse de forma lineal o simplista.

Los estándares mínimos de competencia deberían incluir:

- mantener una estructura de sesión reconocible y adaptada;
- formular el caso en términos cognitivo-conductuales;
- seleccionar técnicas coherentes con el objetivo y la fase;
- ajustar lenguaje, ritmo, carga cognitiva y tarea;
- manejar no adherencia, fluctuación sintomática y crisis sin abandonar la lógica clínica;
- coordinar el componente TCC con el PAI y el equipo;
- y utilizar datos de seguimiento para revisar el plan.

En TMG, la fidelidad no debe confundirse con rigidez. La buena fidelidad implica conservar los principios del modelo mientras se adaptan los procedimientos a la capacidad real de participación de la persona. Esta idea resulta coherente con la existencia de escalas específicas para CBTp, como la CTS-Psy, y con el marco rehabilitador de NICE NG181, que exige ajustar las intervenciones a necesidades complejas y revisarlas a lo largo del proceso ([Haddock et al., 2001](#); [NICE, 2020](#)).

**Tabla 10.5. Estándares mínimos de competencia en TCC para TMG**

Área	Competencia mínima esperable
Estructura de sesión	Mantener apertura, foco, cierre y revisión adaptados
Formulación	Traducir evaluación a hipótesis de mantenimiento útiles
Selección técnica	Elegir procedimientos coherentes con problema y fase
Adaptación al TMG	Ajustar lenguaje, ritmo y complejidad
Gestión de dificultades	Reconfigurar ante no adherencia, fluctuación o crisis
Integración en servicio	Coordinar con PAI y equipo multidisciplinar

*Nota.* Los estándares recogidos en esta tabla son criterios operativos del manual para orientar supervisión, revisión de casos y mejora de la práctica. No constituyen una escala validada independiente. Deben emplearse junto con instrumentos de competencia, supervisión clínica y revisión de resultados, evitando confundir adaptación prudente al TMG con pérdida de fidelidad al modelo cognitivo-conductual ([Bergvall et al., 2024](#); [Blackburn et al., 2001](#); [Haddock et al., 2001](#); [NICE, 2020](#)).

## 10.3. Herramientas de monitorización sesión a sesión

### 10.3.1. Medidas de resultado de sesión (outcome monitoring): instrumentos breves aplicables en cada sesión

La monitorización sesión a sesión constituye una de las herramientas más útiles para evitar tratamientos que se desvían, se estancan o prolongan su curso sin revisión suficiente. En TMG, esta monitorización debe ser breve, clínicamente significativa y directamente conectada con el problema prioritario del caso. No se trata de añadir burocracia evaluativa a cada encuentro, sino de disponer de información mínima y repetida que permita decidir mejor. [Resnick et al. \(2025\)](#) describen la measurement-based care como un proceso clínico centrado en la persona en el que las medidas se utilizan para orientar la planificación, revisar el progreso y ajustar el tratamiento. [McAleavey et al. \(2024\)](#) subrayan, además, que los beneficios del routine outcome monitoring dependen no solo de recoger datos, sino de integrar esos datos en el feedback clínico y en la toma de decisiones.

Por ello, el criterio general del presente manual es que cada caso disponga de uno o dos indicadores de sesión principales, vinculados al objetivo clínico prioritario, y de una medida transversal breve de utilidad, control percibido o evolución subjetiva. En un caso centrado en paranoia o delirio, puede ser útil registrar convicción, malestar y evitación asociada. En trabajo con voces, malestar, obediencia y sensación de control. En sintomatología negativa o depresión, tiempo fuera de cama, grado de activación o interferencia funcional. Lo importante no es construir un sistema exhaustivo, sino seleccionar indicadores breves, comprensibles y sensibles al tipo de cambio que se espera en esa fase del tratamiento ([McAleavey et al., 2024](#); [Resnick et al., 2025](#)).

La utilidad real de estas medidas depende de que produzcan consecuencias clínicas. Un cambio sostenido, una ausencia repetida de mejoría o una señal temprana de deterioro deben traducirse en revisión de agenda, ajuste de técnica, modificación de tarea entre sesiones, reconsideración de intensidad o reevaluación más amplia del plan. La monitorización de sesión deja de ser una práctica viva cuando se limita a registrar datos que no modifican decisiones. Bien utilizada, en cambio, se convierte en una forma de supervisión del tratamiento dentro de la propia sesión y ayuda a sostener una TCC más precisa, más trazable y sensible a la evolución real del caso ([McAleavey et al., 2024](#); [Resnick et al., 2025](#))

#### Posibles indicadores breves de sesión

- malestar principal 0–10,
- interferencia funcional del problema principal 0–10,
- sensación de control o afrontamiento 0–10,
- cumplimiento parcial de conducta diana,
- intensidad de convicción delirante,



- obediencia a voces,
- tiempo fuera de cama,
- utilidad percibida de la sesión,
- esperanza o autoeficacia breve,
- presencia de señales de riesgo o deterioro.

**Tabla 10.6. Indicadores breves de sesión según tipo de problema**

Tipo de caso	Indicador breve recomendable
Delirios / paranoia	Convicción 0–10; malestar 0–10; evitación asociada
Voces	Malestar 0–10; obediencia; sensación de control
Síntomas negativos / depresión	Tiempo fuera de cama; actividad iniciada; expectativa de logro
Ansiedad / exposición	Ansiedad pre-post; permanencia en situación; evitación
Recaídas / bipolaridad	Sueño, activación, impulsividad, señales tempranas
Funcionamiento cotidiano	Conducta objetivo realizada sí/no + nivel de apoyo requerido

*Nota.* Esta tabla ofrece ejemplos de indicadores breves para monitorización sesión a sesión. No sustituye instrumentos validados ni obliga a utilizar todos los indicadores propuestos. Su finalidad es ayudar a seleccionar una o dos medidas repetidas, comprensibles y vinculadas al objetivo prioritario del caso, de modo que los datos puedan alimentar feedback clínico y revisión del tratamiento (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

#### Medida transversal mínima de sesión

Además del indicador clínico principal, conviene registrar una pregunta breve común como:

- “¿La sesión de hoy le ha resultado útil para el problema que estamos trabajando?” (0–10)  
o
- “¿Sientes que esta semana ha estado mejor, igual o peor respecto al objetivo que trabajamos?”

Esto no sustituye a la evaluación formal, pero permite detectar rápidamente estancamiento o divergencia entre el criterio del terapeuta y la experiencia de la persona.

### 10.3.2. Registro estandarizado de sesión: contenidos trabajados, técnicas utilizadas, respuesta de la persona, incidencias

El registro estandarizado de sesión debe cumplir una función clínica, no administrativa. Su objetivo es permitir que cualquier profesional autorizado pueda comprender qué se trabajó, por qué se trabajó, cómo respondió la persona y qué decisión se tomó para la siguiente fase. Un registro útil no es necesariamente largo; es trazable. Debe conectar formulación, objetivo, técnica, adaptación, respuesta y decisión.

El contenido mínimo debería incluir:

- estado de entrada;
- objetivo de la sesión;



- técnica principal utilizada;
- adaptación aplicada al TMG;
- tarea o práctica acordada;
- indicador breve de resultado o utilidad;
- incidencias relevantes;
- y decisión clínica para la siguiente sesión.

Esta estructura permite que el registro funcione como puente entre sesiones, como material para supervisión y como fuente de revisión del plan. La literatura sobre ROM y feedback clínico insiste en que los datos recogidos deben volver al proceso de decisión; por ello, el registro de sesión no debería limitarse a describir lo ocurrido, sino ayudar a decidir qué debe mantenerse, modificarse o reevaluarse (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

**Tabla 10.7. Estructura mínima del registro estandarizado de sesión**

Campo	Contenido esperado	Utilidad
Objetivo de la sesión	Foco principal trabajado	Preserva dirección clínica
Técnica aplicada	Procedimiento utilizado	Permite supervisar congruencia
Respuesta de la persona	Participación, comprensión, tolerancia	Ayuda a valorar ajuste
Indicador breve	Dato clínico rápido comparable	Monitoriza progreso inmediato
Incidencias	Riesgo, empeoramiento, conflicto, barreras	Activa revisión temprana
Tarea acordada	Qué se practicará entre sesiones	Favorece continuidad
Decisión clínica	Qué hacer en la siguiente fase	Conecta sesión y plan general

*Nota.* Esta tabla propone una estructura mínima de registro clínico para sesiones TCC en rehabilitación psicosocial. No es una plantilla obligatoria ni un instrumento validado. Su función es mejorar trazabilidad, continuidad, supervisión y revisión del plan, evitando tanto registros excesivamente narrativos sin valor decisional como formularios burocráticos desconectados del razonamiento clínico (McAleavey et al., 2024).

### 10.3.3. Sistemas de alerta: indicadores que señalan la necesidad de revisión del plan de intervención

Un sistema maduro de monitorización necesita umbrales de alerta. Su función no es etiquetar “fracasos”, sino señalar el momento en que conviene revisar el plan antes de que el estancamiento o el deterioro se consoliden. En el cuidado basado en evaluaciones y el seguimiento rutinario de resultados la utilidad clínica de los datos depende precisamente de que estos activen decisiones: revisar formulación, cambiar técnica, ajustar intensidad, modificar tareas, reducir demanda, activar apoyos o reevaluar riesgo (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

Señales de alerta orientativas:

- tres sesiones consecutivas sin ningún avance en la conducta diana o en el indicador principal;
- empeoramiento sostenido del malestar o de la interferencia funcional;
- caída reiterada de asistencia;



- imposibilidad de realizar incluso tareas mínimas previamente tolerables;
- divergencia persistente entre mejoría observada por el profesional y experiencia subjetiva del usuario;
- aumento de riesgo, suspicacia o ruptura de alianza;
- incremento de apoyo necesario sin ganancia de autonomía o comprensión.

Estos umbrales deben entenderse como señales de revisión, no como criterios automáticos de fracaso. En TMG, la ausencia de cambio puede indicar mala dosificación, objetivo demasiado ambicioso, barreras contextuales, baja alianza, técnica mal seleccionada o necesidad de coordinación con el equipo. La guía NICE NG181 refuerza la necesidad de revisar la planificación y los apoyos en personas con psicosis compleja, por lo que un sistema de alertas solo es útil si conduce a una respuesta clínica organizada (NICE, 2020).

**Tabla 10.8. Sistema de alertas y respuesta recomendada**

Señal de alerta	Posible interpretación	Acción recomendada
3 sesiones sin cambio en indicador principal	Estancamiento, mala secuencia o dosificación	Revisar formulación y técnica
Empeoramiento sostenido del malestar	Técnica demasiado alta, contexto adverso o crisis emergente	Reducir demanda y reevaluar
No asistencia recurrente	Barrera práctica, emocional o relacional	Revisar formato y barreras
Tarea mínima repetidamente inviable	Exceso de demanda o baja pertinencia	Simplificar o redefinir objetivo
Usuario dice “no me está ayudando” y el clínico ve progreso	Divergencia de marco o de objetivo	Revisión conjunta del plan
Mayor riesgo o desorganización	Cambio de prioridad clínica	Salir del trabajo técnico y activar respuesta clínica

*Nota.* Esta tabla ofrece señales orientativas de revisión del plan TCC. No sustituye la evaluación clínica, la valoración de riesgo ni los protocolos locales. Su función es evitar que el estancamiento, el empeoramiento o la pérdida de alianza se mantengan sin respuesta. Toda alerta debe traducirse en una decisión explícita: revisar formulación, reducir demanda, modificar técnica, renegociar objetivos, activar apoyos o reevaluar el nivel de intervención necesario (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

## 10.4. Informes de resultados y rendición de cuentas

### 10.4.1. Estructura del informe de resultados de la intervención TCC

El informe de resultados debe ser suficientemente claro para el equipo, útil para la propia persona usuaria y clínicamente trazable. No debe ser una acumulación de escalas ni una narración vaga sin anclaje empírico. Su finalidad es integrar formulación, objetivos, dosis, técnicas, evolución, incidencias y recomendaciones en un documento que permita tomar decisiones sobre continuidad, cierre, transición o modificación del plan. Esta estructura se alinea con el enfoque de monitorización clínica, en el que los datos repetidos deben utilizarse para orientar el tratamiento, y con la lógica de calidad asistencial que conecta estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1988; McAleavey et al., 2024).



### Estructura recomendada del informe

1. **Motivo de intervención**
2. **Formulación breve del caso**
3. **Objetivos iniciales del plan TCC**
4. **Dosis y formato de la intervención**
5. **Técnicas principales empleadas**
6. **Evolución en indicadores clínicos, funcionales y subjetivos**
7. **Incidencias y adaptaciones relevantes**
8. **Estado actual del caso**
9. **Recomendaciones para continuidad, cierre o transición**

**Tabla 10.9. Estructura operativa del informe de resultados**

Sección	Contenido mínimo
Motivo de intervención	Problema priorizado y contexto de derivación
Formulación breve	Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores relevantes
Objetivos	Metas TCC trabajadas
Dosis/formato	Nº sesiones, frecuencia, modalidad, interrupciones
Técnicas utilizadas	Procedimientos principales aplicados
Resultados	BPRS, GAF, LSP, CAN, indicador subjetivo
Incidencias	Crisis, no adherencia, reconfiguraciones, cambios clínicos
Recomendaciones	Mantener, cerrar, derivar, intensificar o modificar

*Nota.* Esta tabla propone una estructura mínima de informe de resultados para el componente TCC. No debe utilizarse como formulario cerrado. Su finalidad es ordenar la información clínicamente relevante y facilitar decisiones de continuidad, cierre, transición o modificación del plan. El informe debe integrar datos de resultado con información de proceso, adaptaciones realizadas e interpretación clínica del cambio (Donabedian, 1988; McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

### 10.4.2. Periodicidad y destinatarios: equipo multidisciplinar, persona usuaria, servicios de referencia

La periodicidad del informe debe distinguir al menos tres niveles:

1. **Revisión breve periódica**  
Con orientación clínica interna, útil para seguimiento del plan.
2. **Informe de fase**  
Al final de una fase relevante de la intervención o en revisiones formales del PAI.
3. **Informe de cierre o transición**  
Cuando el tratamiento finaliza, cambia de nivel asistencial o se transfiere a otro profesional o recurso.



Los destinatarios principales son:

- el equipo multidisciplinar,
- la persona usuaria, en formato comprensible y accesible,
- y, cuando proceda, los servicios de referencia o continuidad.

La devolución a la persona no debe limitarse a “informarle” de resultados. Debe permitirle entender qué se ha trabajado, qué ha cambiado, qué sigue pendiente y qué señales conviene vigilar. Esta devolución resulta coherente con la toma de decisiones compartida en enfermedad mental grave y con la planificación colaborativa de objetivos en salud mental, donde los resultados se utilizan para revisar metas, ajustar expectativas y sostener la participación activa de la persona en su proceso (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

### 10.4.3. Uso de los resultados para la mejora continua: ciclo evaluar → ajustar → implementar → reevaluar

El sentido último de todo el sistema no es documentar por documentar. Es alimentar un ciclo de mejora continua. Evaluar sin ajustar genera burocracia. Ajustar sin medir genera arbitrariedad. El circuito básico del servicio debería ser:

1. **Evaluar**  
Recoger datos de estructura, proceso y resultado.
2. **Ajustar**  
Identificar qué debe modificarse en el caso, en el terapeuta o en el sistema.
3. **Implementar**  
Introducir el cambio decidido.
4. **Reevaluar**  
Comprobar si el ajuste produjo mejora.

Esta lógica conecta directamente con el marco estructura–proceso–resultado y con la literatura sobre monitorización rutinaria de resultados: medir solo es clínicamente defendible cuando los datos se transforman en feedback, decisiones y aprendizaje organizacional (Donabedian, 1988; McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

**Tabla 10.10. Ciclo de mejora continua del componente TCC**

Fase	Pregunta principal	Ejemplo práctico
Evaluar	¿Qué está ocurriendo realmente?	Bajo progreso + baja adherencia a tareas
Ajustar	¿Qué debe cambiar?	Simplificar tareas y aumentar apoyos
Implementar	¿Cómo se aplicará el cambio?	Nuevo plan entre sesiones y coordinación con equipo
Reevaluar	¿Ha mejorado la viabilidad o el resultado?	Mayor cumplimiento parcial y menor abandono

*Nota.* Esta tabla presenta un ciclo operativo de mejora continua del componente TCC. No constituye un modelo externo validado, sino una adaptación práctica del razonamiento de calidad asistencial al contexto de rehabilitación psicosocial. Su utilidad depende de que cada fase produzca consecuencias reales:

evaluar, ajustar, implementar y reevaluar. Cuando los datos no modifican decisiones, la monitorización pierde valor clínico y se convierte en burocracia (Donabedian, 1988; McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

## Resumen final

La calidad de la TCC en rehabilitación psicosocial no puede apoyarse solo en la buena voluntad clínica ni en la existencia nominal de una técnica basada en la evidencia. Requiere un sistema explícito de indicadores de estructura, proceso y resultado; procedimientos fiables para evaluar fidelidad y competencia terapéutica; herramientas breves de monitorización sesión a sesión; y una forma clara de devolver resultados al equipo y a la persona usuaria. Esta lógica se apoya tanto en el marco clásico de evaluación de la calidad asistencial como en la literatura reciente sobre monitorización rutinaria y atención basada en medidas (Donabedian, 1988; McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

En este capítulo hemos visto que los indicadores de estructura permiten saber si el servicio dispone realmente de condiciones para ofrecer TCC de calidad; los de proceso, si la intervención se está aplicando de forma coherente con el modelo; y los de resultado, si produce cambios clínicos, funcionales y de recuperación personal. También hemos argumentado que la CTS-R sigue siendo una herramienta útil para valorar competencia, aunque debe leerse con adaptación al TMG, y que la monitorización continua debe funcionar como sistema de alerta temprana para tratamientos que se desvían. Finalmente, hemos estructurado el informe de resultados y el ciclo de mejora continua como extensiones naturales del razonamiento clínico. En conjunto, el mensaje del capítulo es claro: medir no es un añadido externo a la intervención, sino una forma de pensar clínicamente mejor y de sostener un estándar de buena práctica verificable (Bergvall et al., 2024; Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001; McAleavey et al., 2024).

# 11

## Coordinación entre servicios, barreras y facilitadores para la implementación

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de delimitar el papel específico del terapeuta TCC dentro del equipo multidisciplinar de rehabilitación psicosocial, diseñar circuitos de coordinación para el componente TCC a lo largo de la red de servicios, identificar barreras de implementación en los niveles del sistema, del profesional, del usuario y de la organización, y proponer estrategias de mejora apoyadas en ciencia de la implementación, especialmente mediante el marco CFIR. Esta orientación resulta coherente con la guía NICE sobre rehabilitación para adultos con psicosis compleja, que sitúa la atención en rutas asistenciales organizadas, equipos multidisciplinarios, coordinación comunitaria, planificación del cuidado y transiciones entre dispositivos; y con la literatura reciente sobre implementación de CBT e integración de servicios de salud mental, que muestra que las barreras y facilitadores se distribuyen entre niveles sistémicos, organizativos, profesionales, relacionales y de proceso (Damschroder et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020; Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).

### Resumen inicial

La calidad de una intervención cognitivo-conductual no depende solo de lo que ocurre en la consulta. Depende también de dónde se inserta, con quién se coordina, qué apoyos la sostienen y qué obstáculos institucionales la erosionan. En rehabilitación psicosocial, la TCC rara vez funciona como un dispositivo autónomo. Se despliega dentro de trayectorias complejas, con transiciones entre hospitalización, comunidad, recursos residenciales, seguimiento ambulatorio y apoyos sociales. Por ello, este capítulo no trata la implementación como un apéndice administrativo, sino como una dimensión clínica ampliada. Esta lectura es coherente con NICE NG181, que incluye recomendaciones sobre organización de servicios, equipos multidisciplinarios, rehabilitación comunitaria, planificación del cuidado y apoyo a transiciones, y con la evidencia sobre integración de servicios de salud mental, donde la colaboración

interprofesional y la claridad de funciones son condiciones centrales de continuidad asistencial (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

Una TCC técnicamente excelente puede fracasar si el terapeuta no participa en la revisión del PAI, si no existe un protocolo de derivación interna, si la transición entre dispositivos corta el hilo terapéutico o si la organización premia la urgencia y penaliza el tiempo protegido para terapia y supervisión. La buena implementación no depende de una única variable. Requiere una ecología coherente de formación, supervisión, liderazgo, circuitos, comunicación y cultura clínica. Ésa es la cuestión central del capítulo. La revisión sistemática de [Varshini et al. \(2025\)](#), basada en CFIR, respalda precisamente que las barreras y facilitadores para implementar CBT se distribuyen entre características de la intervención, contexto interno, contexto externo, profesionales implicados y proceso de implementación; y el CFIR actualizado permite ordenar esos determinantes para evitar explicaciones simplistas centradas solo en la motivación individual del profesional ([Damschroder et al., 2022](#); [Varshini et al., 2025](#)).

### Palabras clave

*Implementación; coordinación interservicios; equipo multidisciplinar; CFIR; barreras organizacionales; facilitadores; continuidad asistencial; terapeuta TCC; rehabilitación psicosocial; supervisión.*

## 11.1. El rol del terapeuta TCC en el equipo multidisciplinar de rehabilitación psicosocial

### 11.1.1. Funciones específicas del terapeuta TCC dentro del equipo: intervención directa, asesoramiento, formación interna

En un dispositivo de rehabilitación psicosocial, el terapeuta TCC desarrolla una función clínica específica que no puede reducirse a la intervención directa en sesión. Su papel forma parte de una arquitectura asistencial más amplia en la que la formulación del caso, la continuidad del tratamiento, la coordinación con otros profesionales y la adaptación del plan a lo largo de la red de servicios resultan inseparables. La guía NICE sobre rehabilitación para adultos con psicosis compleja señala que la atención debe prestarse desde equipos multidisciplinares integrados en un marco comunitario, con coordinación de cuidados, la carga de casos compartida, trabajo en domicilio o comunidad y continuidad durante las transiciones entre dispositivos (NICE, 2020).

Desde esta perspectiva, el terapeuta TCC asume al menos tres funciones complementarias. En primer lugar, una función de intervención directa: formula casos, selecciona objetivos, aplica técnicas, monitoriza la evolución y reajusta el plan cuando cambian las condiciones clínicas o funcionales. En segundo lugar, una función consultiva: ayuda al equipo a leer problemas como evitación, baja adherencia, retraimiento o desorganización desde una lógica funcional y no exclusivamente descriptiva. En tercer lugar, una función formativa: contribuye a que el lenguaje y las actuaciones del servicio mantengan coherencia con los principios básicos del trabajo cognitivo-conductual. La ciencia de la implementación ha mostrado que la aplicación sostenida



de CBT en contextos reales requiere no solo formación inicial, sino también supervisión, apoyo organizacional y claridad de procesos para evitar deriva técnica, inseguridad clínica y pérdida progresiva de fidelidad al modelo (Bergvall et al., 2024; Varshini et al., 2025).

Por ello, en rehabilitación psicosocial el terapeuta TCC debe entenderse como un profesional que interviene sobre el caso y, al mismo tiempo, como un agente de coherencia clínica dentro del equipo. Su valor no reside únicamente en “hacer sesiones”, sino en asegurar que la TCC se mantenga integrada en el PAI, en los relevos clínicos y en las transiciones entre recursos, preservando continuidad, legibilidad del plan y ajuste al contexto real del usuario. Esta función de articulación es coherente con la literatura sobre integración de servicios de salud mental, donde los facilitadores principales incluyen educación clínica, recursos adecuados, enfoque interdisciplinar y claridad de colaboración entre dispositivos (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

**Tabla 11.1. Funciones del terapeuta TCC en rehabilitación psicosocial**

Función	En qué consiste	Con quién coordina
Intervención directa	Evaluación funcional, formulación, sesiones, tareas, revisión	Usuario, equipo clínico
Asesoramiento clínico	Ayuda a leer barreras, ajustar apoyos y traducir problemas a hipótesis de trabajo	Psicología, psiquiatría, enfermería, TO, trabajo social
Formación interna	Transfiere criterios básicos de TCC y adaptación al TMG	Equipo multidisciplinar
Continuidad terapéutica	Asegura coherencia entre plan TCC, PAI y transiciones	Coordinación, recursos receptores, servicios de referencia

*Nota.* Esta tabla sintetiza funciones operativas del terapeuta TCC dentro de un dispositivo de rehabilitación psicosocial. No debe interpretarse como una definición universal del puesto ni como sustituto de la organización interna de cada servicio. Su finalidad es delimitar cómo la intervención directa, el asesoramiento clínico, la formación interna y la continuidad terapéutica pueden contribuir a integrar el componente TCC dentro del PAI, del equipo multidisciplinar y de las transiciones entre recursos (NICE, 2020; Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).

### 11.1.2. Complementariedad con otros perfiles profesionales: psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería especializada

La TCC debe tener presencia real en los espacios donde se toman decisiones sobre el caso. Si la intervención se desarrolla en paralelo, sin conexión con reuniones clínicas, revisiones del PAI o decisiones de equipo, pierde potencia rehabilitadora. El terapeuta puede estar trabajando evitación, voces, activación o habilidades sociales, mientras el resto del equipo refuerza sin querer patrones contrarios: sobreprotección, tareas demasiado exigentes, mensajes contradictorios o criterios de avance no compartidos.

La integración en reuniones de equipo no significa convertir cada sesión en información disponible para todos. Significa transmitir lo necesario para que el equipo pueda sostener la lógica del plan: objetivo activo, técnica principal, nivel de apoyo requerido, barreras detectadas, señales de alerta y criterios de revisión. Esta lógica coincide con la atención basada en medidas y la monitorización rutinaria de resultados, que subrayan que los datos clínicos deben emplearse para ajustar decisiones, coordinar el tratamiento y sostener continuidad, no para acumular registros desconectados del proceso (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).



Cuando la TCC se desarrolla en un circuito paralelo, sin influencia real sobre el PAI, tiende a volverse menos relevante y generalizable. Cuando se integra, gana coherencia clínica y potencia rehabilitadora. Esta integración debe preservar, a la vez, la confidencialidad de la persona y la suficiencia clínica de la información compartida: el equipo no necesita conocer todo el contenido de la sesión, pero sí aquello que permite no interferir, reforzar el plan y mantener continuidad (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

### **11.1.3. Participación del terapeuta TCC en las reuniones de equipo y en la revisión del PAI**

La coordinación no debe confundirse con colonización del equipo por un único modelo. El terapeuta TCC no sustituye a terapia ocupacional, enfermería, trabajo social, psiquiatría, educación social ni a la coordinación del servicio. Su función es aportar formulación cognitivo-conductual, intervención psicológica estructurada y criterios de adaptación al TMG, no absorber la totalidad del proceso rehabilitador.

El límite sano del rol consiste en participar allí donde la formulación TCC aporta claridad o continuidad, sin invadir competencias de otros profesionales. Por ejemplo, puede ayudar a formular la evitación que bloquea una actividad ocupacional, pero no sustituye el diseño ocupacional de la actividad. Puede trabajar creencias sobre medicación, pero no sustituye la indicación farmacológica. Puede ayudar a formular barreras sociales, pero no reemplaza la intervención de trabajo social sobre recursos y prestaciones. La integración efectiva de servicios de salud mental exige precisamente claridad de funciones, colaboración interdisciplinar y recursos suficientes para que la coordinación no se convierta en confusión de responsabilidades (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

## **11.2. Coordinación específica para el componente TCC en la red de servicios**

### **11.2.1. Protocolos de derivación interna para TCC: criterios de derivación, información necesaria, tiempos de respuesta**

La derivación al componente TCC no debería depender únicamente de la disponibilidad coyuntural del profesional o de una impresión general de que “la persona podría beneficiarse”. En rehabilitación psicosocial, la derivación interna necesita un protocolo mínimo que haga explícitos al menos tres elementos: qué problema motiva la indicación, qué información resulta necesaria para iniciar el trabajo y qué mecanismos permitirán preservar continuidad si el tratamiento se interrumpe, se transfiere o cambia de intensidad. NICE (2020) recomienda que la rehabilitación para personas con psicosis compleja se organice mediante rutas asistenciales definidas, coordinación entre proveedores, planes de atención revisables y apoyo en las transiciones. Esa lógica resulta directamente aplicable al componente TCC dentro de la red de servicios.



Un protocolo mínimo de derivación cumple una función clínica y otra organizativa. Clínicamente, evita derivaciones vagas, genéricas o basadas solo en etiqueta diagnóstica, y obliga a traducir la demanda en términos más operativos: qué síntoma, qué barrera funcional, qué patrón de recaída, qué dificultad relacional o qué problema de adherencia se pretende trabajar. Organizativamente, mejora la continuidad del razonamiento terapéutico y reduce el riesgo de que cada transición reinicie el proceso desde cero. La literatura sobre integración de servicios de salud mental muestra que las transiciones fluidas, los acuerdos interservicios y la claridad sobre funciones y circuitos son componentes centrales de la integración efectiva; cuando faltan, aumentan la fragmentación, la duplicación y la pérdida de continuidad clínica (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

En consecuencia, la derivación interna al componente TCC debe entenderse como una operación de planificación y no como un simple traslado de caso. Un buen protocolo no burocratiza el acceso, sino que lo vuelve más preciso: define qué información de entrada es imprescindible, qué objetivos preliminares justifican la indicación, qué nivel de apoyo requiere la persona y qué información debe preservarse si el tratamiento se modifica o se transfiere. Presentada de este modo, la derivación interna deja de ser un trámite y se convierte en una pieza central de la continuidad asistencial (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

**Tabla 11.2. Protocolo mínimo de derivación interna a TCC**

Elemento	Contenido mínimo
Derivante	Profesional responsable o referente clínico
Criterios de derivación	Problema diana, estabilidad mínima, sentido clínico de la indicación
Información adjunta	Motivo, situación actual, riesgos, objetivos previos, apoyos activos
Receptor	Terapeuta TCC o referente designado
Tiempo de respuesta	Plazo orientativo breve y conocido por el equipo
Devolución	Aceptación, priorización, lista de espera clínica o recomendación alternativa

*Nota.* Esta tabla propone un protocolo mínimo para ordenar la derivación interna al componente TCC. No debe interpretarse como un formulario único ni como un criterio restrictivo de acceso. Su finalidad es evitar derivaciones inespecíficas, mejorar la trazabilidad de la indicación y preservar continuidad cuando el tratamiento se inicie, se modifique o se transfiera entre profesionales o dispositivos (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

#### Información mínima que debería acompañar la derivación

- motivo clínico principal,
- objetivos ya intentados o en curso,
- nivel actual de riesgo,
- barreras relevantes para la intervención,
- apoyos ya disponibles,
- y razón por la que la TCC se considera pertinente en ese momento.



### 11.2.2. Continuidad de la intervención TCC en transiciones entre servicios: hospitalización → comunidad, centro de rehabilitación → seguimiento ambulatorio

Las transiciones son puntos de alta vulnerabilidad para el componente TCC. Un ingreso, un alta, un cambio de residencia, el paso a centro de día o la derivación a seguimiento ambulatorio pueden cortar la continuidad del razonamiento clínico si no se preserva información mínima sobre formulación, objetivos, técnicas utilizadas, respuesta de la persona y criterios de alerta. La revisión de evidencia de NICE sobre transiciones en rehabilitación para personas con psicosis compleja identifica como procesos relevantes la planificación temprana de la transición, el ajuste de planes de cuidado, el skill mix adecuado, los sistemas integrados, la colaboración e intercambio de información entre servicios, el apoyo continuado tras transición y las visitas de aclimatación cuando proceda (NICE, 2020).

En términos prácticos, una transición no debería limitarse a enviar un informe general. Debe preservar el hilo terapéutico: qué se estaba intentando cambiar, qué funcionó, qué no funcionó, qué apoyos eran necesarios y qué riesgos aparecerían si se retira la estructura demasiado pronto. Si esta información se pierde, el recurso receptor puede repetir intervenciones ya fallidas, aumentar la carga de la persona o interpretar como “falta de colaboración” dificultades que ya estaban formuladas. La integración de servicios de salud mental pretende precisamente reducir esa fragmentación mediante colaboración, comunicación estructurada y responsabilidades compartidas (Searby et al., 2025).

**Tabla 11.3. Qué debe preservarse en una transición del componente TCC**

Área	Información mínima para transferir
Formulación	Problema prioritario, factores mantenedores, lógica de la intervención
Objetivos	Metas activas y nivel de avance
Técnicas	Qué procedimientos se han introducido y con qué resultado
Tareas	Qué prácticas funcionaron, cuáles fueron inviables y por qué
Alertas	Señales tempranas de deterioro, ruptura o recaída
Adaptaciones	Qué ajustes fueron necesarios por cognición, fluctuación o contexto
Recomendación	Mantener, intensificar, simplificar o reconfigurar

*Nota.* Esta tabla identifica información mínima que debería conservarse cuando una persona cambia de dispositivo, fase o profesional. No sustituye el informe clínico completo ni los protocolos locales de transición. Su objetivo es preservar la continuidad del razonamiento TCC: formulación activa, objetivos, técnicas probadas, adaptaciones, nivel de apoyo, señales de alerta y criterios de revisión (NICE, 2020; Searby et al., 2025).

### 11.2.3. Comunicación interservicios sobre la intervención TCC: qué información compartir, en qué formato, con qué periodicidad

La comunicación interservicios debe equilibrar dos riesgos. Si se comparte demasiado poco, se pierde continuidad. Si se comparte demasiado, se vulnera economía informativa, se dificulta la lectura y se incrementa la exposición innecesaria de información personal. La coordinación eficaz no significa transmitir todo lo hablado en sesión. Significa transmitir aquello que es clínicamente necesario para que otros profesionales puedan sostener, no interferir o reforzar el trabajo en curso. El principio general debería ser el de suficiencia clínica con economía informativa.



La información más útil para circular entre servicios o dispositivos es: formulación breve del problema, objetivos activos, nivel actual de apoyo requerido, adaptaciones necesarias, señales de alerta y criterios de revisión. El formato óptimo depende del contexto, pero en términos prácticos conviene trabajar con tres niveles: comunicación breve de seguimiento, resumen clínico de transición o cambio de fase e informe estructurado de cierre o relevo. Esta estructura es coherente con la literatura sobre integración de servicios, pero también con la monitorización rutinaria de resultados, donde la información adquiere valor cuando permite revisar decisiones y coordinar acciones reales (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Searby et al., 2025).

**Tabla 11.4. Matriz de comunicación interservicios del componente TCC**

Tipo de información	Formato	Destinatario	Momento	Periodicidad orientativa
Objetivo activo y apoyo requerido	Nota breve estructurada	Equipo directo	Seguimiento ordinario	Según revisión clínica
Señales de alerta y plan de respuesta	Resumen funcional breve	Equipo / recurso receptor	Cambio clínico o transición	Cuando se active
Formulación y técnicas ya probadas	Resumen clínico de continuidad	Nuevo terapeuta o recurso	Transición / relevo	En cada cambio de dispositivo
Resultados y recomendaciones	Informe estructurado	Equipo, recurso receptor, usuario	Fin de fase o cierre	Según hitos del caso

*Nota.* Esta tabla ofrece una matriz orientativa para decidir qué información del componente TCC conviene compartir, con quién y en qué momento. No sustituye las normas de confidencialidad, protección de datos ni los procedimientos internos de documentación clínica. Su finalidad es mejorar la continuidad asistencial mediante información suficiente, pertinente y clínicamente accionable (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Searby et al., 2025).

#### 11.2.4. Complementariedad con la coordinación general descrita en Serie RPS, Vol. I, Cap. 9

La coordinación descrita en este capítulo no sustituye la coordinación general ya desarrollada en el Volumen I. La complementa desde la especificidad del componente TCC. Allí donde el Volumen I define principios generales de coordinación, aquí nos interesa cómo esas estructuras sostienen una intervención psicológica concreta: qué debe activarse para derivar, qué debe preservarse en una transición y qué parte del trabajo conviene hacer visible al resto del equipo para favorecer generalización y continuidad.

Esta complementariedad evita duplicidades. El marco general de coordinación define la arquitectura; el presente capítulo concreta la circulación del componente TCC dentro de esa arquitectura. En términos de implementación, esa distinción es importante: una intervención basada en la evidencia puede perder eficacia aplicada si el servicio no define cómo se integra, quién la sostiene, cuándo se revisa y qué información debe viajar entre profesionales y dispositivos (Damschroder et al., 2022; Varshini et al., 2025).

## 11.3. Barreras para la implementación de la TCC en rehabilitación psicosocial

### 11.3.1. Barreras del sistema: escasez de profesionales formados, insuficiencia de recursos, ausencia de la TCC en las carteras de servicios, priorización de intervenciones farmacológicas

Las barreras sistémicas aparecen cuando el propio sistema asistencial no genera condiciones suficientes para que la TCC exista como oferta real. Entre las más frecuentes se encuentran la escasez de profesionales formados, la insuficiencia de tiempo protegido, la falta de reconocimiento explícito de la TCC en la cartera de servicios y la inercia histórica que prioriza respuestas farmacológicas o de contención frente a intervenciones psicológicas estructuradas. La revisión sistemática de [Varshini et al. \(2025\)](#) sobre implementación de CBT identifica precisamente barreras como oportunidades limitadas de formación, cargas asistenciales elevadas, restricciones organizativas y financiación insuficiente, lo que refuerza que la implementación no depende solo de la competencia individual del terapeuta.

Estas barreras no pueden resolverse en el nivel del terapeuta individual. Requieren decisiones de planificación, asignación de recursos y definición de prioridades a nivel organizativo y directivo. NICE NG181 señala que los proveedores y comisionados deben organizar rutas de rehabilitación, facilitar acceso, dotar equipos multidisciplinares y apoyar la continuidad del cuidado, lo que sitúa la implementación de intervenciones psicológicas estructuradas dentro de una responsabilidad institucional más amplia ([NICE, 2020](#)).

### 11.3.2. Barreras del profesional: formación insuficiente en TCC para TMG, actitudes terapéuticas (nihilismo, sobreprotección), falta de supervisión especializada

Las barreras profesionales incluyen falta de formación específica, inseguridad técnica, nihilismo terapéutico, sobreprotección, temor a desestabilizar a la persona, preferencia por intervenciones de apoyo inespecíficas y resistencia a trabajar psicológicamente con psicosis o TMG. Algunas de estas barreras se expresan como argumentos clínicos prudentes, pero pueden funcionar en la práctica como exclusión terapéutica: “no está preparado”, “no tiene insight”, “no va a poder”, “mejor no remover”.

La respuesta no consiste en exigir entusiasmo acrítico hacia la TCC, sino en generar competencia real. La formación inicial ayuda, pero no basta. La revisión de [Varshini et al. \(2025\)](#) y el marco CFIR actualizado subrayan que los individuos implicados en la implementación, sus roles, capacidades, oportunidades y motivaciones forman parte de los determinantes que facilitan o bloquean la adopción de una intervención. En consecuencia, la formación debe acompañarse de supervisión, revisión de casos, apoyo organizativo y criterios claros para distinguir prudencia clínica de evitación profesional ([Damschroder et al., 2022](#); [Varshini et al., 2025](#)).

### **11.3.3. Barreras del usuario: complejidad clínica, adherencia, preferencias por otras intervenciones, experiencias previas negativas con la psicoterapia**

Las barreras del usuario deben formularse con especial cuidado. No deben convertirse en un listado de “déficits personales” que justifique la ausencia de intervención. Baja demanda explícita, desconfianza, experiencias previas negativas, dificultades cognitivas, síntomas negativos, consumo o baja disponibilidad para tareas entre sesiones son obstáculos reales, pero también son precisamente parte del contexto clínico que la TCC adaptada debe saber formular. La implementación fracasa cuando se usa la complejidad de la persona como argumento para no ofrecer adaptación.

Esto no significa que toda persona esté en condiciones de iniciar TCC en cualquier momento. Significa que la decisión debe basarse en una valoración técnica y revisable, no en prejuicios o impresiones globales. La guía NICE sobre rehabilitación para psicosis compleja insiste en ajustar la atención a necesidades y preferencias de la persona, y el CFIR actualizado recuerda la importancia de centrar a los destinatarios de la innovación dentro del análisis de implementación (Damschroder et al., 2022; NICE, 2020).

### **11.3.4. Barreras del contexto organizacional: cultura institucional, resistencia al cambio, prioridades competidoras, carga asistencial**

Las barreras organizacionales son, con frecuencia, las más invisibles y las más determinantes. Rotación de personal, ausencia de supervisión, agendas incompatibles, cultura de urgencia, falta de tiempo para registro, ausencia de circuitos y cambios continuos de prioridad erosionan la TCC aunque exista motivación profesional. Una intervención estructurada necesita condiciones estructuradas. Sin ellas, la TCC se reduce a una práctica nominal: aparece en documentos, pero no se sostiene en la vida cotidiana del servicio.

Searby et al. (2025) identifican facilitadores y barreras de integración de servicios de salud mental, incluyendo recursos adecuados, educación clínica, enfoque interdisciplinar, territorialismo y clima organizacional. Varshini et al. (2025) llega a una conclusión convergente en CBT: la implementación exige abordar barreras sistémicas, organizativas e individuales. Por tanto, una organización que no protege tiempos, no legitima supervisión y no clarifica circuitos no puede esperar que la TCC se mantenga solo por esfuerzo individual (Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).



**Tabla 11.5. Tipología de barreras y nivel principal de respuesta**

Nivel de barrera	Ejemplos	Nivel principal de intervención
Sistema	Falta de recursos, cartera insuficiente, baja oferta estructural	Dirección/red/planificación
Profesional	Formación insuficiente, actitudes, inseguridad clínica	Formación y supervisión
Usuario	Complejidad clínica, preferencias, baja adherencia	Adaptación del acceso y del tratamiento
Contexto organizacional	Cultura, carga asistencial, falta de liderazgo	Gestión local del servicio

*Nota.* Esta tabla organiza barreras frecuentes para la implementación de TCC en rehabilitación psicosocial según el nivel principal de respuesta: sistema, profesional, usuario u organización. No debe interpretarse como una clasificación exhaustiva ni como una atribución causal única. Muchas barreras interactúan entre sí y requieren estrategias combinadas, coherentes con el análisis de determinantes propuesto por el CFIR (Damschroder et al., 2022; Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).

## 11.4. Facilitadores y estrategias de implementación

### 11.4.1. Estrategias basadas en la ciencia de la implementación: formación + supervisión + apoyo organizacional como tríada necesaria

La formación aislada no basta. Para que una intervención técnicamente definida pueda mantenerse en la práctica real, resulta necesaria una tríada compuesta por formación, supervisión y apoyo organizacional. La formación proporciona lenguaje técnico, estructura y criterios básicos de intervención. La supervisión transforma ese conocimiento en competencia aplicada, ayuda a corregir deriva técnica y permite ajustar el tratamiento a la complejidad real de los casos. El apoyo organizacional protege tiempo, legitima la práctica, articula circuitos y evita que la TCC quede subordinada de forma permanente a la urgencia o a la improvisación.

La revisión sistemática de Varshini et al. (2025), basada en CFIR, converge precisamente en que las barreras y facilitadores para implementar CBT se distribuyen entre características de la intervención, del contexto interno, del contexto externo, de los profesionales y del propio proceso de implementación. Esta lógica coincide también con la organización recomendada por NICE para la rehabilitación de adultos con psicosis compleja: rutas asistenciales definidas, coordinación entre dispositivos, liderazgo clínico, trabajo multidisciplinar e integración de los cuidados en la comunidad (NICE, 2020; Varshini et al., 2025).

Por ello, la implantación del componente TCC debe diseñarse como un proceso y no como una decisión puntual. Formar sin supervisar favorece inseguridad y heterogeneidad clínica. Supervisar sin tiempo protegido convierte la buena práctica en tarea inviable. Proteger tiempo sin formación ni liderazgo multiplica la variabilidad y debilita la fidelidad al modelo. En rehabilitación psicosocial, la tríada formación–supervisión–apoyo organizacional no constituye un ideal abstracto, sino la condición mínima para que la TCC pueda integrarse de forma estable, legible y útil dentro del trabajo cotidiano del equipo (Bergvall et al., 2024; Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).

### 11.4.2. Modelos de implementación aplicables: CFIR (*Consolidated Framework for Implementation Research*) aplicado a TCC en rehabilitación

El CFIR resulta útil porque organiza la implementación en cinco dominios: innovación, contexto externo, contexto interno, individuos y proceso de implementación. En un manual como éste, su valor no está en sofisticar el lenguaje, sino en impedir diagnósticos simplistas. [Damschroder et al. \(2022\)](#) describen el CFIR actualizado como un marco de determinantes que ayuda a explicar barreras y facilitadores de implementación, incorporando además revisiones orientadas a mejorar su aplicabilidad, sensibilidad al contexto y atención a los destinatarios de la innovación.

Aplicado a la TCC en rehabilitación psicosocial, el CFIR obliga a formular preguntas muy concretas:

- **Innovación:** ¿la TCC está definida de forma clara y adaptada al TMG o se presenta como una etiqueta vaga?
- **Contexto externo:** ¿las políticas, carteras de servicios y recursos disponibles favorecen que la TCC exista como oferta real?
- **Contexto interno:** ¿la organización protege tiempo, supervisión, coordinación y continuidad?
- **Individuos:** ¿los profesionales se sienten competentes, legitimados y apoyados? ¿La persona usuaria percibe la TCC como accesible y significativa?
- **Proceso:** ¿hay planificación, responsables, seguimiento, evaluación y ajuste?

Esta lectura encaja de forma directa con la revisión de [Varshini et al. \(2025\)](#), que utiliza CFIR para sintetizar barreras y facilitadores de implementación de CBT. En el presente manual, el CFIR debe utilizarse de forma pragmática: no como una plantilla académica que complique la práctica, sino como un mapa para no reducir la implementación a “falta de formación” o “falta de motivación” cuando el problema puede estar en circuitos, liderazgo, cultura, acceso, recursos o seguimiento.

**Tabla 11.6. Aplicación pragmática del CFIR a la TCC en rehabilitación psicosocial**

Dominio CFIR	Pregunta aplicada a TCC en rehabilitación
Innovación	¿La TCC está suficientemente definida, adaptada y empaquetada para este contexto?
Contexto externo	¿La red y la política asistencial exigen, permiten o dificultan su acceso?
Contexto interno	¿El servicio ofrece tiempo, supervisión, liderazgo y circuitos claros?
Individuos	¿Los profesionales tienen formación, confianza y expectativas realistas?
Proceso	¿Hay plan de implantación, monitorización y ajuste continuo?

*Nota.* Esta tabla adapta los dominios del CFIR a la implementación de la TCC en rehabilitación psicosocial. No constituye una validación específica del CFIR en este contexto ni sustituye un análisis formal de implementación. Su finalidad es ofrecer una herramienta práctica para identificar barreras y facilitadores en distintos niveles y traducirlos a estrategias de mejora ([Damschroder et al., 2022](#); [Varshini et al., 2025](#)).

### 11.4.3. Formación continuada y supervisión clínica como condiciones de sostenibilidad

La supervisión clínica continuada es uno de los principales mecanismos para sostener fidelidad y competencia. Sin supervisión, la TCC tiende a diluirse. Puede convertirse en apoyo inespecífico, en psicoeducación repetitiva, en conversación de crisis permanente o en aplicación mecánica de



registros sin formulación. La supervisión permite revisar si existe una formulación viva del caso, si la técnica elegida se corresponde con el objetivo, si la sesión mantiene estructura y si las adaptaciones al TMG son prudentes o han terminado vaciando el componente TCC.

La supervisión también protege al profesional. Trabajar con TMG implica incertidumbre, riesgo, frustración, crisis y ritmos lentos de cambio. Sin un espacio de revisión, el terapeuta puede oscilar entre sobreexigencia y nihilismo. La literatura sobre calidad de la TCC en práctica psiquiátrica rutinaria muestra la importancia de evaluar adherencia y competencia, mientras que la revisión de implementación de CBT subraya la necesidad de apoyo organizacional y estrategias sostenidas para mantener la práctica real más allá de la formación inicial (Bergvall et al., 2024; Varshini et al., 2025).

#### **11.4.4. Liderazgo organizacional y apoyo institucional: factores clave para la implementación exitosa**

El liderazgo organizacional aparece de forma repetida como facilitador crítico. No basta con que la dirección “permita” que exista TCC. Debe apoyar activamente su implantación mediante decisiones visibles: protección de tiempo, inclusión en objetivos del servicio, apoyo a la supervisión, definición de circuitos, legitimación de la coordinación y seguimiento de indicadores. El CFIR actualizado sitúa el contexto interno y el proceso de implementación como dominios clave para comprender la adopción y sostenimiento de una innovación, y la literatura sobre integración de servicios muestra que recursos adecuados, interdisciplinariedad y clima organizacional influyen directamente en que la coordinación sea real o solo declarativa (Damschroder et al., 2022; Searby et al., 2025).

Sin liderazgo, la implementación queda en manos de profesionales individuales y se vuelve frágil frente a rotaciones, sobrecarga o cambios de prioridad. Con liderazgo, la TCC deja de depender del heroísmo clínico y pasa a formar parte de la cultura operativa del servicio. Esta diferencia es decisiva: una intervención basada en la evidencia no se sostiene solo por su evidencia, sino por las condiciones organizativas que permiten aplicarla, revisarla y mantenerla en el tiempo (Damschroder et al., 2022; Varshini et al., 2025).

#### **11.4.5. Estrategias concretas para cada nivel de barrera identificado en 11.3**

La implementación falla con frecuencia cuando se actúa solo sobre un nivel. Por eso conviene traducir cada barrera a una estrategia concreta y a un responsable principal de activación. Si la barrera es sistémica, no se resolverá solo con entusiasmo profesional. Si es de competencia, no se resolverá solo con un protocolo. Si es organizativa, no se resolverá solo con formación. La lógica del CFIR ayuda precisamente a identificar en qué dominio se localiza el obstáculo y qué tipo de estrategia puede ser proporcional a ese obstáculo (Damschroder et al., 2022).

En rehabilitación psicosocial, las estrategias más útiles suelen combinar capacitación progresiva, supervisión periódica, protocolos de derivación, resúmenes transferibles, tiempo protegido, liderazgo visible, indicadores de seguimiento y ajustes de accesibilidad para la persona. Esta combinación se alinea con la evidencia reciente sobre implementación de CBT y con la integración de servicios de salud mental, donde los facilitadores se sitúan tanto en los



profesionales como en la organización, la comunicación y los recursos disponibles (Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).

**Tabla 11.7. Barreras, estrategias y responsables**

Barrera	Estrategia concreta	Responsable principal
Escasez de profesionales formados	Plan progresivo de capacitación y priorización de casos	Dirección / coordinación clínica
Falta de supervisión especializada	Supervisión periódica obligatoria y revisión de muestras	Coordinación técnica / referente TCC
Nihilismo terapéutico o sobreprotección	Formación centrada en casos, evidencia y adaptación realista	Referente clínico / supervisor
Derivaciones informales o erráticas	Protocolo de derivación interna con criterios y tiempos	Coordinación del servicio
Cortes en transición entre dispositivos	Resumen transferible estándar y relevo clínico directo cuando sea posible	Recurso emisor y receptor
Información interservicios insuficiente	Plantilla breve de continuidad del componente TCC	Equipo / coordinación
Carga asistencial que impide continuidad	Tiempo protegido y definición de cupos realistas	Dirección / gestión
Preferencias o barreras del usuario	Flexibilización de acceso, reformulación del formato, trabajo motivacional	Terapeuta TCC / equipo
Cultura organizacional poco favorable	Liderazgo visible, indicadores de seguimiento y acuerdos de servicio	Dirección / coordinación
TCC como oferta "nominal" pero no real	Integración en cartera funcional del servicio y evaluación periódica	Dirección de la red / responsables del dispositivo

*Nota.* Esta tabla ofrece una matriz operativa para traducir barreras de implementación en estrategias y responsables principales. No debe interpretarse como un plan universal ni como una lista exhaustiva. Cada servicio debe adaptar las estrategias a su estructura, recursos, cartera asistencial, cultura interna y necesidades de las personas atendidas. Su valor reside en evitar intervenciones genéricas sobre "la implementación" y promover respuestas proporcionales al nivel de barrera identificado (Damschroder et al., 2022; NICE, 2020; Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).

#### Traducción práctica por nivel

- **Sistema:** planificar capacidad, reconocer explícitamente la TCC en la oferta, garantizar acceso.
- **Profesional:** formar, supervisar, revisar sesiones y trabajar actitudes clínicas.
- **Usuario:** adaptar formato, mejorar acceso, trabajar motivación y barreras reales.
- **Contexto organizacional:** liderazgo, tiempo protegido, circuitos claros, indicadores y cultura de revisión.

#### Resumen final



En este capítulo hemos situado la implementación de la TCC en rehabilitación psicosocial como una dimensión clínica ampliada. La TCC no se sostiene solo en la competencia del terapeuta ni en la existencia de técnicas eficaces. Requiere un lugar definido dentro del equipo, protocolos de derivación, coordinación con el PAI, continuidad en las transiciones, comunicación interservicios suficiente y una organización que proteja formación, supervisión y tiempo clínico. Esta lectura es coherente con la rehabilitación de adultos con psicosis compleja y con la literatura reciente sobre integración de servicios de salud mental e implementación de CBT (NICE, 2020; Searby et al., 2025; Varshini et al., 2025).

También hemos defendido que las barreras no pueden atribuirse a un solo nivel. La falta de TCC real en un dispositivo puede deberse a recursos insuficientes, ausencia de profesionales formados, cultura de urgencia, falta de supervisión, circuitos poco definidos, dificultades de acceso para la persona o liderazgo insuficiente. El marco CFIR ayuda a ordenar esas barreras y a traducirlas en estrategias proporcionales: capacitación, supervisión, apoyo organizacional, circuitos, indicadores, comunicación y seguimiento. La implementación, por tanto, no es el momento posterior a la clínica; es una condición para que la clínica exista de forma estable, transferible y revisable (Damschroder et al., 2022; Varshini et al., 2025).

# 12

## Estudios de caso integradores

### Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo, seremos capaces de integrar de forma aplicada los contenidos desarrollados a lo largo del manual mediante casos clínicos completos que recorren la secuencia evaluación → formulación → plan de intervención → planificación de sesiones → técnicas aplicadas → manejo de complicaciones → monitorización de resultados. También podremos identificar cómo se adapta la TCC a distintos perfiles diagnósticos dentro del trastorno mental grave, qué decisiones clínicas resultan especialmente relevantes en cada caso y qué aprendizajes transferibles pueden extraerse para la práctica en rehabilitación psicosocial. En la parte final, además, podremos situar estas prácticas dentro de algunas direcciones emergentes del campo, como la TCC digital, los enfoques transdiagnósticos, las intervenciones breves o de baja intensidad, las intervenciones guiadas por pares y la integración con terapias contextuales o de tercera generación. Esta orientación aplicada es coherente con la planificación rehabilitadora basada en evaluación, formulación, revisión y coordinación, así como con la literatura sobre monitorización rutinaria de resultados y planificación colaborativa de objetivos en salud mental (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022).

### Resumen inicial

Este capítulo cumple una función de cierre integrador. Después de haber recorrido el marco conceptual, la evidencia, la evaluación, la planificación, las técnicas, la intervención específica en psicosis, la rehabilitación funcional, las adaptaciones a situaciones complejas, la monitorización de resultados y la implementación en servicios, necesitamos volver al terreno donde todo eso adquiere sentido: el caso clínico concreto.

Los estudios de caso de este capítulo no deben leerse como relatos ejemplares cerrados ni como dramatizaciones idealizadas del tratamiento. Son casos compuestos contruidos con una finalidad didáctica: mostrar cómo se conectan, en una secuencia clínica realista, los distintos niveles del manual. En ese sentido, cada caso explicita no solo qué se hizo, sino por qué se eligió esa formulación, por qué se priorizaron determinados objetivos SMART, por qué se descartaron otras líneas de trabajo, cómo se adaptó la estructura de sesiones y qué dificultades obligaron a

revisar el plan. El uso de material clínico compuesto constituye una estrategia habitual para preservar la utilidad formativa del caso y, al mismo tiempo, reducir el riesgo de identificación de personas concretas cuando se presenta material clínico con fines docentes o de publicación (Duffy, 2010).

Para preservar utilidad pedagógica y confidencialidad, los cuatro casos que siguen deben entenderse como casos compuestos e ilustrativos, contruidos a partir de patrones clínicos habituales en rehabilitación psicosocial y no como historias de personas identificables. Las tablas de evaluación y resultados cumplen una función didáctica y no deben interpretarse como datos procedentes de un estudio empírico, una serie de casos real ni una validación de los algoritmos del manual. La sección final ampliará esa lógica aplicada hacia el futuro del campo, subrayando tanto sus posibilidades como sus límites actuales.

### **Palabras clave**

*Estudio de caso; formulación cognitivo-conductual; esquizofrenia paranoide; trastorno bipolar; depresión resistente; trastorno límite de la personalidad; TCC digital; intervenciones transdiagnósticas; rehabilitación psicosocial; recuperación.*

### **Nota editorial**

Cada caso clínico recorre todo el proceso del manual de principio a fin, siguiendo la secuencia evaluación → formulación → plan de intervención → planificación de sesiones → técnicas aplicadas → manejo de complicaciones → monitorización de resultados. La finalidad no es ofrecer “casos perfectos”, sino mostrar razonamiento clínico aplicado, adaptación al contexto y toma de decisiones en condiciones realistas de práctica. Los casos son compuestos, no identificables y de finalidad pedagógica; por tanto, sus perfiles evaluativos y resultados deben entenderse como ejemplos de traducción clínica de los capítulos previos, no como evidencia empírica independiente ni como estimaciones de eficacia del tratamiento (Duffy, 2010; McAleavey et al., 2024).

## **12.1. Caso 1: Persona con esquizofrenia paranoide, sintomatología positiva persistente y aislamiento social**

### **12.1.1. Presentación del caso y contexto asistencial**

Varón de 34 años, diagnóstico de esquizofrenia paranoide de más de diez años de evolución, con varias hospitalizaciones previas por reagudización psicótica y un patrón de estabilidad clínica parcial en los dos últimos años. Vive con su madre y pasa la mayor parte del tiempo en casa, con salidas muy restringidas al entorno inmediato. Mantiene ideas persecutorias persistentes relacionadas con vecinos y transeúntes, escucha voces de contenido descalificador varias veces por semana y presenta aislamiento social marcado, aunque sin agitación ni riesgo agudo actual. Está vinculado a un recurso ambulatorio de rehabilitación psicosocial y cuenta con seguimiento psiquiátrico regular.



La demanda explícita con la que acepta trabajar no es “dejar de tener delirios”, sino “poder salir con menos miedo y no vivir encerrado”. Este matiz resulta clínicamente decisivo. Sitúa el tratamiento desde el inicio en una lógica funcional y centrada en la persona: el objetivo no será prometer la desaparición completa del contenido psicótico, sino reducir malestar, ampliar afrontamiento y recuperar participación comunitaria. Esta formulación es coherente con la evidencia reciente sobre CBTp, que respalda efectos modestos pero clínicamente relevantes en síntomas positivos y generales, y con las guías que sitúan la TCC para psicosis dentro de una atención integral y orientada a recuperación (Berendsen et al., 2024; NICE, 2014).

### 12.1.2. Evaluación con BPRS, GAF, LSP y CAN: resultados y perfil evaluativo

La evaluación inicial muestra un perfil coherente con un cuadro de psicosis positiva persistente de intensidad moderada, con fuerte impacto funcional, pero con cierto grado de estabilidad que permite intervención psicológica estructurada.

La **BPRS** muestra elevación en suspicacia, alucinaciones e ideas inusuales del pensamiento, con ansiedad asociada y absorción relevante por el contenido psicótico, pero sin desorganización severa ni hostilidad aguda. La lectura clínica es clara: existe suficiente carga sintomática como para exigir adaptación del ritmo y del tipo de técnica, pero no tanta como para impedir una intervención TCC viable.

La **GAF** se sitúa en un rango bajo-intermedio, compatible con deterioro funcional notable, sobre todo en vida comunitaria, aunque con preservación del autocuidado básico y de la asistencia a citas principales. Esto sugiere que la intervención puede aspirar a cambios funcionales graduales, no solo a reducción del malestar.

La **LSP** evidencia déficit importante en iniciativa social, uso autónomo del entorno comunitario y participación ocupacional, con mejor conservación relativa del autocuidado y de la conducta no perturbadora. Esto orienta hacia objetivos funcionales muy concretos, especialmente en exposición comunitaria y habilidades interpersonales básicas.

La **CAN** detecta necesidades no cubiertas en compañía, actividad diurna, malestar psicológico e integración comunitaria, además de necesidad parcialmente cubierta en manejo de síntomas. Esto confirma que el componente TCC debe coordinarse con el resto del plan rehabilitador y no puede limitarse a trabajo sobre creencias.

**Tabla 12.1. Perfil evaluativo inicial del Caso 1**

Instrumento	Hallazgos principales	Traducción clínica
BPRS	Suspicion, alucinaciones, ideas inusuales, ansiedad	Priorizar afrontamiento, alianza y trabajo no confrontativo
GAF	Funcionamiento bajo-intermedio	Objetivos funcionales graduados y realistas
LSP	Déficit en iniciativa social y uso del entorno	Necesidad de exposición y rehabilitación funcional
CAN	Necesidades no cubiertas en compañía, actividad e integración	Coordinación con equipo y foco en participación

*Nota.* Esta tabla constituye una síntesis didáctica de un caso compuesto. Su finalidad es mostrar cómo los instrumentos del Capítulo 3 pueden traducirse a una formulación TCC orientada a psicosis, malestar, funcionamiento y necesidades. No debe interpretarse como perfil real de una persona identificable ni como regla automática de indicación terapéutica (Berendsen et al., 2024; NICE, 2014, 2020).

El perfil global sugiere que el punto de máxima interferencia no es el síntoma aislado, sino la interacción entre interpretación persecutoria, malestar asociado y evitación del entorno.

### 12.1.3. Formulación cognitivo-conductual del caso

La formulación sitúa como vulnerabilidades relevantes una historia prolongada de experiencias de rechazo social, sensibilidad elevada a la crítica, baja autoestima y varios episodios previos de psicosis que han consolidado la expectativa de amenaza interpersonal. Los estresores actuales principales son el aislamiento, la hiperfocalización en señales ambiguas del entorno, la vida cotidiana muy empobrecida y la sobreprotección familiar, que reduce riesgo inmediato pero refuerza evitación.

Las ideas persecutorias se activan especialmente al salir al barrio o al oír risas, conversaciones o movimientos en el rellano. Las voces tienden a intensificarse en momentos de soledad e inactividad prolongada. Como factores perpetuadores destacan la hipervigilancia, las comprobaciones repetidas, la evitación de contextos comunitarios, la rumiación sobre amenazas y la dependencia de la validación materna. Entre los factores protectores figuran una alianza terapéutica incipiente pero estable, ausencia de consumo, cierta capacidad de introspección cuando disminuye la activación y deseo explícito de salir más.

La hipótesis central es que las creencias persecutorias y las voces no solo generan malestar, sino que organizan una conducta de retirada que reduce oportunidades de experiencia correctiva, incrementa soledad y facilita una mayor absorción por el sistema psicótico. Por tanto, el tratamiento deberá intervenir sobre tres planos a la vez: la relación con las voces, la interpretación de amenaza y la evitación conductual.

### 12.1.4. Plan de intervención TCC: objetivos SMART, técnicas seleccionadas, secuencia prevista

El objetivo general no se formula como eliminación del delirio, sino como reducción del impacto funcional de la amenaza percibida y aumento de participación comunitaria. Los objetivos SMART iniciales incluyen realizar tres salidas semanales graduadas al entorno cercano, reducir la evitación asociada a vecinos y transeúntes, identificar al menos dos interpretaciones alternativas ante situaciones ambiguas y practicar una estrategia de afrontamiento ante voces de contenido descalificador. Esta formulación evita promesas de desaparición sintomática y mantiene una expectativa clínica más consistente con la evidencia disponible en CBTp (Berendsen et al., 2024; NICE, 2014).

Las técnicas seleccionadas son exploración socrática no confrontativa, trabajo sobre creencias de amenaza, experimentos conductuales graduados, exposición comunitaria y estrategias de afrontamiento frente a voces. La secuencia prevista comienza por alianza y formulación compartida, continúa con reducción de conductas de seguridad y exposición muy graduada, e incorpora después experimentos conductuales de baja amenaza. Esta secuencia resulta



coherente con la literatura sobre alianza terapéutica en psicosis y con intervenciones cognitivas centradas en factores mantenedores de delirios persecutorios persistentes (Bourke et al., 2021; Freeman et al., 2021).

### 12.1.5. Desarrollo de la intervención: sesiones clave, técnicas aplicadas (TCC para delirios, habilidades sociales), adaptaciones realizadas

Durante las primeras sesiones se prioriza la alianza y la formulación compartida. No se discute frontalmente la veracidad de las ideas persecutorias. Se trabaja sobre cuándo aparece el miedo, qué señales lo intensifican, qué conductas de seguridad lo mantienen y qué coste tiene vivir permanentemente encerrado. Esta estrategia protege la relación terapéutica y permite iniciar el trabajo desde el objetivo que la persona reconoce como significativo: salir con menos miedo.

Posteriormente se introducen experimentos conductuales mínimos. Por ejemplo, permanecer unos minutos en el portal, caminar acompañado por una calle cercana o comprobar si una predicción concreta se cumple. Cada experimento se formula como prueba de una predicción específica, no como demostración de que la persona “se equivoca”. El procesamiento posterior se centra en malestar, evitación, datos observables y consecuencias funcionales. Esta forma de trabajo es coherente con el enfoque de CBTp para delirios persecutorios, donde el objetivo no es confrontar la creencia de manera brusca, sino reducir amenaza, conductas de seguridad e interferencia funcional (Freeman et al., 2021; NICE, 2014).

### 12.1.6. Complicaciones surgidas y manejo clínico

En la octava semana se produce un aumento transitorio de voces tras un conflicto vecinal menor. El riesgo clínico aquí habría sido interpretar el empeoramiento como fracaso global del tratamiento o insistir en mantener intacto el plan de exposición. Se opta por una reconfiguración temporal: dos sesiones centradas en regulación, análisis del episodio, revisión del plan de afrontamiento y reforzamiento de señales de alerta. Posteriormente se retoma la exposición en un nivel más bajo de dificultad.

También aparece una dificultad familiar: la madre teme que el trabajo de salidas sin acompañamiento precipite recaída. Se realiza una intervención breve de coordinación donde se redefine el objetivo como ganancia gradual de autonomía con monitorización estrecha, no como retirada brusca del apoyo. Este ajuste mejora la continuidad y reduce interferencias no intencionadas del entorno.

### 12.1.7. Resultados: evaluación post-intervención y comparativa

Tras dieciséis sesiones, la mejoría es modesta en términos sindrómicos, pero clínicamente relevante en funcionamiento y afrontamiento.

**Tabla 12.2. Resultados pre-post del Caso 1**

Dominio	Situación inicial	Situación post-intervención	Cambio clínicamente relevante



BPRS	Susplicia y alucinaciones moderadas con alto malestar	Persistencia parcial, pero menor malestar y menor absorción	Sí
GAF	Bajo-intermedio	Ligera mejoría	Sí, discreta
LSP	Baja iniciativa social y escaso uso del entorno	Aumento de salidas y mejor tolerancia a interacciones breves	Sí
CAN	Necesidades no cubiertas en actividad, compañía e integración	Reducción parcial de necesidades no cubiertas	Sí
Recuperación percibida	Vivencia de encierro e impotencia	Mayor sensación de posibilidad de salir y manejarse	Sí

*Nota.* Los resultados de esta tabla son ilustrativos y pertenecen a un caso compuesto. No deben interpretarse como evidencia de eficacia ni como magnitudes esperables de cambio. Su finalidad es mostrar cómo una intervención TCC puede producir cambios clínicamente relevantes en malestar, afrontamiento y funcionamiento aunque persistan parcialmente síntomas positivos (Berendsen et al., 2024; McLeavey et al., 2024; NICE, 2014).

El cambio más significativo no es la desaparición del delirio, sino que la persona deja de considerar imposible salir sola al entorno cercano. Las ideas persecutorias persisten, pero disminuye su impacto funcional.

### 12.1.8. Reflexiones clínicas y aprendizajes

Este caso ilustra que en psicosis persistente la TCC puede producir cambios clínicamente importantes, aunque el contenido delirante no desaparezca por completo. También muestra que el trabajo sobre síntomas y el trabajo funcional no deben pensarse como líneas separadas. La reducción del malestar persecutorio fue inseparable de la exposición y de la recuperación de participación comunitaria.

Además, el caso confirma tres lecciones del volumen: que la alianza no confrontativa es una condición técnica, no solo relacional; que la exposición funcional puede ser más útil que la discusión abstracta en determinadas fases; y que las complicaciones no invalidan el plan, sino que exigen tratar el tratamiento mismo como un proceso flexible y revisable. Estas conclusiones son coherentes con la evidencia sobre CBTp, alianza terapéutica y rehabilitación de psicosis compleja (Berendsen et al., 2024; Bourke et al., 2021; Freeman et al., 2021; NICE, 2020).

## 12.2. Caso 2: Persona con trastorno bipolar tipo I, múltiples hospitalizaciones y dificultades de adherencia

### 12.2.1. Presentación del caso y contexto asistencial

Mujer de 41 años con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, múltiples ingresos previos por episodios maníacos y un historial de adherencia irregular al tratamiento farmacológico. Vive sola en un piso tutelado, con contacto intermitente con su familia. En fases de estabilidad refiere sentirse “demasiado controlada” por el sistema sanitario y cuestiona la necesidad de mantener medicación y rutinas estrictas. El motivo explícito de derivación a TCC es la prevención de recaídas, aunque ella lo formula como “necesito dejar de volver siempre al mismo sitio”.

El contexto asistencial incluye seguimiento psiquiátrico, apoyo educativo y coordinación con trabajo social. No hay sintomatología psicótica florida al inicio, pero sí un patrón claro de vulnerabilidad a la desorganización de ritmos, a la minimización de señales tempranas y al abandono de medidas preventivas cuando se siente mejor. Esta formulación resulta coherente con las guías CANMAT/ISBD y NICE, que sitúan el manejo del trastorno bipolar dentro de un enfoque longitudinal, fase-específico y combinado, donde la intervención psicológica cumple un papel complementario en prevención de recaídas, adherencia, ritmos y autogestión del curso (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014/2025).

### 12.2.2. Evaluación con BPRS, GAF, LSP y CAN: resultados y perfil evaluativo

La **BPRS** no muestra psicosis activa relevante en el momento inicial, pero sí activación moderada, distractibilidad y cierta expansividad. La lectura clínica no es la de un episodio agudo, sino la de una estabilidad vulnerable.

La **GAF** se sitúa en un rango intermedio, con autonomía suficiente para vida diaria básica, pero fragilidad marcada ante alteraciones de sueño, organización y toma de decisiones. La **LSP** revela dificultades en responsabilidad, mantenimiento de rutinas y consecuencias funcionales de decisiones impulsivas, con mejor preservación de habilidades sociales básicas. La **CAN** identifica necesidades en manejo de síntomas, adherencia al tratamiento, actividad estructurada y apoyo para anticipar recaídas.

**Tabla 12.3. Perfil evaluativo inicial del Caso 2**

Instrumento	Hallazgos principales	Traducción clínica
BPRS	Activación moderada, distractibilidad	Foco preventivo, no tratamiento de episodio agudo
GAF	Funcionamiento intermedio y vulnerable	Trabajo sobre estabilidad y continuidad
LSP	Problemas en rutinas y responsabilidad	Necesidad de intervención sobre ritmos y autocuidado
CAN	Necesidades en adherencia, estructura y prevención	Coordinación con psiquiatría y soporte cotidiano

*Nota.* Esta tabla presenta un perfil didáctico de caso compuesto. Su función es mostrar cómo una situación de estabilidad vulnerable en trastorno bipolar puede traducirse a objetivos de prevención de recaídas,

adherencia, regulación de ritmos y coordinación con tratamiento farmacológico. No debe entenderse como regla de decisión automática ni como puntuación procedente de un caso real (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014/2025).

El perfil sugiere que el principal problema no es la falta de recursos, sino la inestabilidad del autocuidado longitudinal y la relación ambivalente con el tratamiento.

### 12.2.3. Formulación cognitivo-conductual del caso

Las vulnerabilidades relevantes incluyen historia prolongada de episodios, baja tolerancia a las limitaciones percibidas, tendencia a sobreinvolucrarse en proyectos cuando mejora el estado de ánimo y una identidad ambivalente respecto al diagnóstico: rechaza verse como “usuario crónico”, pero esa defensa favorece negación de señales tempranas.

Los estresores más frecuentes son alteraciones del sueño, picos de activación asociados a nuevas ideas o proyectos, conflictos familiares y periodos de aparente bienestar que facilitan la suspensión de pautas preventivas. Las cogniciones clave incluyen: “si me controlo demasiado, dejo de ser yo”, “cuando estoy bien no necesito medicación” y “puedo manejarlo sola”. Entre los factores protectores figuran cierta capacidad de introspección en fases eutímicas, experiencia previa de recuperación tras ingresos y alianza terapéutica potencialmente buena cuando no se siente infantilizada.

La hipótesis central es que la recaída se ve favorecida por una combinación entre cambios tempranos de activación, minimización cognitiva de señales de riesgo y abandono conductual de rutinas protectoras. La intervención debe aumentar detección temprana y respuesta organizada antes de que el episodio gane inercia.

### 12.2.4. Plan de intervención TCC: objetivos SMART, técnicas seleccionadas, secuencia prevista

Se priorizan tres objetivos: detectar señales tempranas de recaída, mejorar continuidad de adherencia y estabilizar ritmos cotidianos. Los objetivos SMART incluyen registrar durante ocho semanas sueño, actividad y señales de activación; identificar tres señales personales de inicio de descompensación; revisar semanalmente creencias sobre medicación y control; y acordar un plan de acción ante reducción de sueño o incremento de actividad. Esta orientación se justifica porque la adherencia en trastorno bipolar no depende solo del olvido, sino de creencias, experiencias subjetivas, percepción de necesidad, efectos secundarios, insight, rutinas y relación con profesionales (Prajapati et al., 2021).

Las técnicas seleccionadas son psicoeducación cognitivo-conductual, análisis funcional de abandonos previos, prevención de recaídas, reestructuración de creencias sobre control y autonomía, resolución de problemas aplicada a rutinas, y coordinación con psiquiatría ante señales de activación. La intervención no pretende reemplazar el tratamiento farmacológico, sino integrarse con él para reducir ambivalencia, aumentar autogestión y proteger estabilidad longitudinal (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014/2025; Prajapati et al., 2021).



### 12.2.5. Desarrollo de la intervención: sesiones clave, técnicas aplicadas (psicoeducación, prevención de recaídas, regulación de actividad), adaptaciones realizadas

Las primeras sesiones se centran en construir una formulación no moralizante del trastorno bipolar, diferenciando control externo de autogestión. Se introduce un registro diario muy sencillo de sueño, activación y decisiones impulsivas. Más adelante se revisan episodios previos para detectar patrones: reducción de sueño, aumento de proyectos simultáneos, compras impulsivas, incremento de sociabilidad desorganizada y sensación subjetiva de “claridad especial”. Este trabajo permite construir un plan preventivo personalizado.

La reestructuración cognitiva se aplica sobre ideas como “si duermo más, pierdo creatividad” o “solo suspendiendo medicación recupero libertad”. La resolución de problemas se utiliza para proteger rutinas en fines de semana y cambios de agenda. A medida que la intervención avanza, el usuario empieza a tolerar mejor la idea de estructura no como imposición externa, sino como recurso de estabilidad.

Las adaptaciones más importantes consisten en evitar tono paternalista, sostener lenguaje colaborativo y trabajar con objetivos preventivos muy concretos, dado que la ausencia de sintomatología florida a podía favorecer la falsa sensación de que “no hacía falta terapia”.

### 12.2.6. Complicaciones surgidas y manejo clínico

La principal complicación es que la persona interpreta algunos componentes preventivos como control externo. Cuando se le propone registrar sueño y actividad, responde que “otra vez quieren vigilarme”. En lugar de insistir en el registro como tarea obligatoria, se renegocia su función: no se plantea como vigilancia profesional, sino como herramienta de autonomía para detectar antes los cambios que la han llevado a ingresos previos. Esta reformulación permite mantener el objetivo preventivo sin reforzar la vivencia de coerción.

También aparecen momentos de minimización de riesgo cuando se siente especialmente activa. En esas sesiones, el plan se desplaza hacia revisión de señales tempranas, análisis de decisiones impulsivas previas y coordinación con psiquiatría. La intervención se mantiene dentro de una lógica de prevención, no de confrontación. Esta prudencia es coherente con el abordaje fase-específico del trastorno bipolar y con la necesidad de integrar intervención psicológica y farmacoterapia en un plan longitudinal (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014/2025).

### 12.2.7. Resultados: evaluación post-intervención y comparativa

En trastorno bipolar, el resultado relevante no siempre es una caída fuerte de sintomatología, sino una mejora en capacidad preventiva y en continuidad del autocuidado.

Tabla 12.4. Resultados pre-post del Caso 2

Dominio	Situación inicial	Situación post-intervención	Cambio clínicamente relevante
BPRS	Activación moderada, distractibilidad	Mejor regulación de activación	Sí, discreta



GAF	Funcionamiento intermedio pero inestable	Mayor estabilidad en autocuidado	Sí
LSP	Déficit en rutinas y responsabilidad	Mejor organización diaria	Sí
CAN	Necesidades en manejo de síntomas y adherencia	Reducción parcial de necesidades en estructura y seguimiento	Sí
Recuperación percibida	Sensación de repetir ciclos sin control	Mayor capacidad para detectar señales y pedir ayuda	Sí

*Nota.* Los resultados de esta tabla son ilustrativos y corresponden a un caso compuesto. No representan datos empíricos ni magnitudes esperables de respuesta. Su finalidad es mostrar cómo monitorizar cambios relevantes en prevención de recaídas, adherencia, ritmos y funcionamiento dentro de una intervención TCC integrada en el PAI (Keramatian et al., 2023; McAleavey et al., 2024; NICE, 2014/2025).

El cambio más significativo es preventivo: la usuaria desarrolla mayor capacidad para reconocer señales tempranas y pedir apoyo antes de una escalada mayor.

### 12.2.8. Reflexiones clínicas y aprendizajes

Este caso muestra que en trastorno bipolar la TCC adquiere sentido cuando se orienta a prevención longitudinal y no solo al malestar del momento. También muestra que la adherencia no debe abordarse como una cuestión de obediencia, sino como un campo donde se cruzan autonomía, experiencias previas de tratamiento, creencias sobre identidad y control, y memoria de las recaídas.

El aprendizaje principal es que la prevención de recaídas debe construirse con la persona, no imponerse como recordatorio externo de enfermedad. Cuando la persona comprende que detectar señales tempranas aumenta su margen de decisión, la intervención deja de vivirse como control y empieza a funcionar como herramienta de autonomía. Esta lectura es coherente con las recomendaciones actuales para trastorno bipolar y con la literatura sobre determinantes modificables de adherencia (Keramatian et al., 2023; NICE, 2014/2025; Prajapati et al., 2021).

## 12.3. Caso 3: Persona con depresión resistente al tratamiento, desesperanza crónica y deterioro funcional grave

### 12.3.1. Presentación del caso y contexto asistencial

Varón de 52 años con diagnóstico de depresión mayor recurrente, múltiples ensayos farmacológicos previos, intervención psicológica interrumpida en el pasado y deterioro funcional grave. Vive solo, mantiene escasa red social y presenta largos periodos de inactividad, inversión del ritmo sueño-vigilia y abandono de autocuidado. Refiere que “ya se ha probado todo” y que acudir al recurso “no cambia nada”. El motivo de derivación es depresión resistente con importante deterioro funcional y riesgo suicida fluctuante.



Este caso exige una formulación prudente. La depresión resistente se asocia a elevada carga clínica, heterogeneidad definicional y trayectorias terapéuticas complejas, por lo que la TCC debe plantearse como intervención estructurada y combinada, no como promesa de remisión rápida tras múltiples intentos previos (McIntyre et al., 2023). La evidencia reciente sobre psicoterapia en depresión resistente respalda su utilidad potencial, pero también obliga a individualizar objetivos y expectativas de cambio (Giguère et al., 2025).

### 12.3.2. Evaluación con BPRS, GAF, LSP y CAN: resultados y perfil evaluativo

La **BPRS** refleja elevación en depresión, ansiedad y enlentecimiento emocional-cognitivo, sin psicopatología positiva significativa. La **GAF** es baja, consistente con deterioro marcado del funcionamiento global. La **LSP** muestra gran afectación en iniciativa, organización cotidiana y participación social. La **CAN** identifica necesidades no cubiertas en malestar psicológico, actividad diurna, compañía, motivación y proyecto vital.

**Tabla 12.5. Perfil evaluativo inicial del Caso 3**

Instrumento	Hallazgos principales	Traducción clínica
BPRS	Depresión, ansiedad, enlentecimiento	Foco en activación y desesperanza
GAF	Funcionamiento bajo	Objetivos muy graduados
LSP	Baja iniciativa, desorganización cotidiana	Intervención sobre rutinas mínimas
CAN	Necesidades en actividad, compañía y motivación	Coordinación y lectura funcional amplia

*Nota.* Esta tabla presenta una síntesis didáctica de un caso compuesto. Su finalidad es mostrar cómo un perfil de depresión resistente con deterioro funcional grave puede traducirse a objetivos de activación mínima, seguridad, recuperación de rutina y trabajo sobre desesperanza. No debe interpretarse como dato empírico ni como perfil real de una persona identificable (Giguère et al., 2025; McIntyre et al., 2023; NICE, 2022/2026).

El perfil señala una combinación entre sintomatología afectiva persistente, pérdida de reforzadores, rutinas colapsadas y creencias muy rígidas de inutilidad e “irrecuperabilidad”. La lógica de intervención debe ser necesariamente modesta, sostenida y muy concreta.

### 12.3.3. Formulación cognitivo-conductual del caso

Las vulnerabilidades centrales incluyen historia prolongada de fracasos percibidos, pérdida acumulada de roles laborales y relacionales y una autoimagen organizada en torno a fracaso y desgaste irreversible. Los estresores actuales son la soledad, la pobreza de actividades, la inactividad casi total y la experiencia de “fracaso terapéutico acumulado”. Los factores perpetuadores principales son evitación, permanencia prolongada en cama, abandono de pequeñas tareas, rumiación, desconexión social y creencias nucleares como “nada de lo que haga servir” y “ya no tengo arreglo”.

Los factores protectores son escasos, pero existen: cierta capacidad de introspección, cumplimiento parcial de citas y deseo ambiguo, aunque real, de dejar de vivir de esa manera. La hipótesis central es que la depresión se mantiene no solo por síntomas afectivos, sino por un círculo de inactividad, rumiación y desesperanza conductualmente confirmada. La intervención debe crear una mínima discrepancia entre predicción de inutilidad y experiencia real.



### **12.3.4. Plan de intervención TCC: objetivos SMART, técnicas seleccionadas, secuencia prevista**

El plan prioriza seguridad, activación conductual de muy baja demanda y trabajo sobre desesperanza. Los objetivos SMART iniciales incluyen recuperar una hora fija de levantarse al menos cuatro días por semana, realizar dos microactividades de autocuidado, efectuar una salida breve semanal y revisar en cada sesión el nivel de ideación suicida y acceso a apoyos. La activación conductual se selecciona como técnica principal porque permite iniciar cambio sin exigir motivación previa, y porque la evidencia metaanalítica respalda su utilidad en depresión cuando se aplica de forma estructurada (Cuijpers et al., 2023).

La reestructuración cognitiva se introduce solo después de las primeras acciones mínimas, vinculada a predicciones concretas de inutilidad. El trabajo no se plantea como discusión abstracta sobre el sentido de la vida, sino como revisión de la relación entre predicción, acción y consecuencia. La prevención del suicidio queda integrada en todo el proceso, coherentemente con las recomendaciones NICE sobre depresión y autolesión, que exigen valoración, manejo y prevención del riesgo como dimensión transversal del tratamiento (NICE, 2022/2024, 2022/2026).

### **12.3.5. Desarrollo de la intervención: sesiones clave, técnicas aplicadas (activación conductual intensiva, reestructuración cognitiva de la desesperanza), adaptaciones realizadas**

La intervención comienza por activación conductual de muy baja demanda: levantarse, asearse y salir al balcón o a la calle unos minutos. La racional se explica con mucha claridad: no esperar ganas para actuar, sino actuar en dosis mínimas para generar condiciones de cambio. Esta formulación protege a la persona del error frecuente de interpretar la ausencia de motivación como prueba de imposibilidad de acción.

La reestructuración cognitiva no se introduce como debate abstracto sobre el sentido de la vida, sino en relación con predicciones concretas: “si me levanto, será igual de inútil”; “si salgo, me sentiré peor”; “si intento hacer algo, fracasará otra vez”. El análisis posterior de pequeñas acciones permite encontrar discrepancias modestas entre predicción y experiencia. La resolución de problemas se aplica a cuestiones prácticas muy simples, como organizar compras básicas o citas. La prevención del suicidio se mantiene transversalmente en agenda mediante evaluación sistemática del riesgo, acceso a apoyos y reducción del aislamiento (Cuijpers et al., 2023; NICE, 2022/2024).

### **12.3.6. Complicaciones surgidas y manejo clínico**

La principal complicación es el escaso cumplimiento inicial de tareas y una fuerte tendencia para presentar todo esfuerzo como prueba adicional de inutilidad. Se responde reduciendo aún más la demanda, convirtiendo parte de la activación en práctica en las sesiones y reforzando explícitamente el criterio de microprogreso. También aparecen semanas de empeoramiento anímico que obligan a recentrar la sesión en contención, revisión del plan de seguridad y reajuste de objetivos.



El trabajo clínico requiere distinguir cuidadosamente entre falta de respuesta, desesperanza cognitiva y ritmo de cambio compatible con la gravedad del caso. Esta distinción evita sobredemandar y, al mismo tiempo, evita aceptar pasivamente la inercia como si fuera inmodificable.

### 12.3.7. Resultados: evaluación post-intervención y comparativa

La mejoría es modesta, pero clínicamente relevante. El caso ilustra bien que en depresión resistente los cambios significativos pueden comenzar como pequeñas modificaciones de trayectoria y no como remisiones rápidas.

**Tabla 12.6. Resultados pre-post del Caso 3**

Dominio	Situación inicial	Situación post-intervención	Cambio clínicamente relevante
BPRS	Depresión y ansiedad elevadas	Reducción parcial	Sí
GAF	Funcionamiento bajo	Ligera mejoría	Sí, discreta
LSP	Muy baja iniciativa y desorganización	Mejoría en rutinas e iniciativa básica	Sí
CAN	Necesidades no cubiertas múltiples	Reducción parcial en actividad y manejo del malestar	Sí
Recuperación percibida	Inutilidad global y nula expectativa	Aparición de pequeñas expectativas de acción	Sí

*Nota.* Los resultados de esta tabla son ilustrativos y pertenecen a un caso compuesto. No deben interpretarse como estimaciones de eficacia ni como datos de una intervención real. Su finalidad es mostrar cómo en depresión resistente pueden considerarse clínicamente relevantes cambios modestos en rutina, iniciativa, desesperanza y seguridad, incluso en ausencia de remisión completa (Giguère et al., 2025; McAleavey et al., 2024; NICE, 2022/2026).

No hay remisión completa, pero sí un cambio clínicamente importante: se rompe la total identificación entre desesperanza y conducta. La persona vuelve a poder realizar algunas secuencias básicas de acción con menor fusión a la idea de inutilidad absoluta.

### 12.3.8. Reflexiones clínicas y aprendizajes

Este caso ilustra que en depresión resistente el éxito terapéutico no debe medirse solo por grandes reducciones sintomáticas rápidas. En rehabilitación, a menudo el cambio relevante consiste en reiniciar conducta, abrir una pequeña diferencia entre desesperanza y acción, y reconstruir continuidad donde antes solo había inercia.

También confirma que la prevención del suicidio no puede quedar fuera del cuerpo principal del tratamiento, sino integrada como una dimensión transversal. Finalmente, el caso muestra que la activación conductual es especialmente poderosa cuando se protege de dos errores: exigir demasiado y leer la lentitud del cambio como confirmación de irrecuperabilidad. Esta lectura es coherente con la evidencia sobre activación conductual, psicoterapia en depresión resistente y guías de manejo de depresión/autolesión (Cuijpers et al., 2023; Giguère et al., 2025; NICE, 2022/2024, 2022/2026).



## 12.4. Caso 4: Persona con trastorno límite de personalidad grave, desregulación emocional e historial de rupturas terapéuticas

### 12.4.1. Presentación del caso y contexto asistencial

Mujer de 29 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, múltiples tratamientos previos interrumpidos, autolesiones no suicidas recurrentes y gran inestabilidad interpersonal. Vive en recurso residencial temporal tras una crisis reciente. El equipo la describe como “muy intensa” y teme una nueva ruptura terapéutica. Ella refiere querer “dejar de explotar y de cargármelo todo”, pero alterna peticiones intensas de ayuda con desconfianza marcada hacia los profesionales.

Desde el inicio, el caso plantea un doble desafío: contener el riesgo y construir una relación terapéutica que no repita el patrón de idealización, decepción y ruptura que ha atravesado tratamientos previos. La evidencia disponible respalda el uso de psicoterapias estructuradas para trastorno límite de personalidad, especialmente enfoques especializados como DBT, terapia basada en mentalización y terapia de esquemas, aunque las comparaciones entre modelos no autorizan una lectura simplista de superioridad universal de una única modalidad (Storebø et al., 2020; Wibbelink et al., 2026).

### 12.4.2. Evaluación con BPRS, GAF, LSP y CAN: resultados y perfil evaluativo

La **BPRS** no muestra psicosis sostenida, pero sí elevada ansiedad, labilidad afectiva e irritabilidad. La **GAF** es baja por gran afectación interpersonal, impulsividad y fragilidad en estabilidad cotidiana. La **LSP** indica problemas en responsabilidad, organización y comportamiento interpersonal adaptado. La **CAN** detecta necesidades muy relevantes en manejo emocional, relaciones, seguridad, apoyo psicológico y estructura de vida diaria.

**Tabla 12.7. Perfil evaluativo inicial del Caso 4**

Instrumento	Hallazgos principales	Traducción clínica
BPRS	Ansiedad, irritabilidad, labilidad	Prioridad a regulación y contención
GAF	Funcionamiento bajo	Objetivos de estabilidad básica
LSP	Déficit en responsabilidad y ajuste interpersonal	Trabajo sobre regulación y continuidad
CAN	Necesidades en seguridad, apoyo y relaciones	Integración fuerte con equipo y recurso

*Nota.* Esta tabla presenta una síntesis didáctica de caso compuesto. Su finalidad es mostrar cómo un perfil de desregulación emocional, autolesión, fragilidad interpersonal y necesidades de seguridad puede traducirse a objetivos de regulación, reducción de daño, continuidad terapéutica e integración con el recurso. No debe interpretarse como dato empírico ni como regla de indicación automática (NICE, 2009; Storebø et al., 2020).

El perfil global sugiere que el foco prioritario no debe ser un trabajo cognitivo abstracto sobre esquemas desde la primera sesión, sino estabilización relacional, regulación emocional y prevención de ruptura.



### 12.4.3. Formulación cognitivo-conductual del caso

Las vulnerabilidades centrales incluyen historia de trauma relacional, miedo extremo al abandono, sensibilidad a invalidación y autoimagen profundamente inestable. Los estresores principales son conflictos interpersonales, cambios en disponibilidad del equipo, sensación de ser ignorada y momentos de vacío o soledad. Los factores perpetuadores incluyen autolesión como regulación rápida, escalada emocional, idealización-devaluación de figuras de ayuda y expectativas rígidas del tipo “si me fallan una vez, no puedo confiar nunca más”.

Los factores protectores son limitados, pero hay deseo explícito de no repetir siempre el mismo patrón y cierta capacidad de reconocer, retrospectivamente, el daño que le ocasionan sus crisis. La hipótesis central es que la percepción de abandono activa una cascada emocional rápida que conduce a autolesión, ataques relacionales y ruptura del vínculo terapéutico, lo que luego confirma el esquema de no poder ser sostenida por nadie.

### 12.4.4. Plan de intervención TCC: objetivos SMART, técnicas seleccionadas, secuencia prevista

Se priorizan tres líneas: reducción de autolesión, aumento de estrategias de regulación y prevención de ruptura terapéutica. Los objetivos SMART iniciales incluyen identificar tres señales tempranas de escalada emocional, utilizar al menos una estrategia alternativa a la autolesión en dos situaciones por semana y revisar explícitamente en sesión cualquier sensación de ruptura con el terapeuta antes de abandonar el tratamiento.

Las técnicas seleccionadas son psicoeducación emocional, habilidades de regulación y tolerancia al malestar inspiradas en el tronco cognitivo-conductual, trabajo con creencias nucleares de abandono e incompetencia y análisis de cadenas conductuales de crisis. La secuencia no comienza por una exploración profunda de esquemas, sino por estabilización, reducción de daño y consistencia del encuadre. Esta decisión es coherente con las guías y revisiones sobre TLP, que recomiendan intervenciones estructuradas, consistentes y capaces de manejar crisis, autolesión y ruptura relacional sin respuestas punitivas ni cambios erráticos del plan (NICE, 2009; Storebø et al., 2020).

### 12.4.5. Desarrollo de la intervención: sesiones clave, técnicas aplicadas (regulación emocional, trabajo con esquemas nucleares, prevención de rupturas), adaptaciones realizadas

Las primeras sesiones priorizan estructura, validación y acuerdos claros sobre manejo de crisis, más que exploración profunda de esquemas. Se introduce análisis funcional de episodios de autolesión y un protocolo muy concreto de señales tempranas y respuestas alternativas. Más adelante, cuando la alianza es mínimamente estable, se trabajan cogniciones nucleares como “si no me responden enseguida, me abandonan” o “si dependo de alguien, acabaré humillada”.

Cada tensión relacional en sesión se utiliza como oportunidad de reparación, en lugar de evitar el tema. La prevención de ruptura se trata explícitamente como objetivo técnico y no como un supuesto tácito. Las adaptaciones principales consisten en mucha explicitación del encuadre,

revisión frecuente del sentido de la relación terapéutica y reducción de ambigüedad en cambios de agenda o disponibilidad.

### 12.4.6. Complicaciones surgidas y manejo clínico

La complicación central es la ruptura terapéutica incipiente. Tras una sesión en la que el terapeuta mantiene un límite, la persona interpreta que “ya no le importo” y amenaza con abandonar. En lugar de responder con retirada o sobrecompensación, se utiliza la situación como material clínico: se identifica la cadena de interpretación, emoción, impulso, conducta y consecuencia. Después se revisa la posibilidad de hablar de la ruptura antes de actuarla.

También se producen autolesiones leves durante el tratamiento. En lugar de tratarlas solo como fracaso o motivo automático de suspensión del trabajo, se abordan como indicadores de necesidad de reconfiguración, aumento de apoyo y revisión de las cadenas conductuales de crisis. Esta respuesta es coherente con la orientación de NICE sobre TLP y autolesión, donde la intervención debe sostener seguridad, continuidad y revisión clínica sin convertir la crisis en una respuesta punitiva ni en una interrupción automática del tratamiento (NICE, 2009, 2022/2024).

### 12.4.7. Resultados: evaluación post-intervención y comparativa

La mejoría aparece más claramente en estabilidad, reducción de daño y continuidad relacional que en una transformación global del funcionamiento.

**Tabla 12.8. Resultados pre-post del Caso 4**

Dominio	Situación inicial	Situación intervención post-	Cambio clínicamente relevante
BPRS	Ansiedad e irritabilidad elevadas	Reducción parcial	Sí
GAF	Funcionamiento bajo e inestable	Mejoría moderada	Sí
LSP	Problemas de responsabilidad y ajuste interpersonal	Mayor estabilidad básica en el recurso	Sí
CAN	Necesidades altas en seguridad, apoyo y relaciones	Reducción parcial en seguridad y apoyo psicológico	Sí
Recuperación percibida	Sensación de explosión y ruptura inevitables	Mayor capacidad de pedir ayuda antes de escalar	Sí

*Nota.* Los resultados de esta tabla son ilustrativos y corresponden a un caso compuesto. No constituyen datos empíricos ni estimaciones de eficacia. Su finalidad es mostrar que, en trastornos de personalidad graves, el cambio clínicamente relevante puede expresarse inicialmente como reducción de daño, mayor continuidad terapéutica, mejor reparación relacional y aumento de estrategias alternativas antes que como transformación global de esquemas (NICE, 2009; Storebø et al., 2020; Wibbelink et al., 2026).

El cambio más significativo no es una desaparición de la desregulación, sino la disminución de autolesiones y el aumento de capacidad para hablar de tensión relacional sin romper inmediatamente el vínculo terapéutico.



### 12.4.8. Reflexiones clínicas y aprendizajes

Este caso muestra que, en trastornos de personalidad graves, la ruptura terapéutica no es una amenaza externa al tratamiento, sino una parte central del mismo. También confirma que la regulación emocional y la consistencia del encuadre deben preceder a intervenciones cognitivas más profundas.

La mejoría empieza antes por reducción de daño, mayor tolerancia a la reparación relacional y capacidad de sostener el tratamiento que por cambio amplio de esquemas. Ésa es una enseñanza importante del manual: no confundir profundidad teórica con prioridad clínica. La evidencia reciente sobre psicoterapias para TLP respalda precisamente la necesidad de tratamientos estructurados y sostenidos, y el ensayo BOOTS muestra que DBT y terapia de esquemas pueden asociarse a mejoras sustanciales sin que exista una superioridad simple y universal de una sobre otra (Storebø et al., 2020; Wibbelink et al., 2026).

## 12.5. Direcciones futuras de la intervención cognitivo-conductual en rehabilitación psicosocial

### 12.5.1. TCC digital y tecnologías aplicadas: intervenciones basadas en aplicaciones, realidad virtual, telepsicología

La TCC digital y otras intervenciones tecnológicamente mediadas constituyen una de las líneas de desarrollo más visibles del campo. Su interés no depende solo de la novedad técnica, sino de tres problemas clínicos y asistenciales muy concretos: el acceso desigual a intervenciones psicológicas especializadas, la dificultad para sostener continuidad entre sesiones y la necesidad de ampliar opciones terapéuticas sin reducir el tratamiento a una lógica exclusivamente farmacológica.

NICE, en su evaluación temprana sobre tecnologías digitales para manejo de síntomas de psicosis y prevención de recaídas, concluye que estas herramientas presentan beneficio potencial, especialmente para mejorar acceso, apoyar monitorización de recaídas y ofrecer alternativas o complementos a la atención habitual, pero también subraya que la evidencia sigue siendo insuficiente para una adopción rutinaria sin generación adicional de datos y que su uso debe estar apoyado por profesionales entrenados y por una evaluación previa de idoneidad clínica (NICE, 2024).

La revisión y metaanálisis de Fialho et al. (2025) refuerza esta lectura prudente. Sus resultados sugieren que las intervenciones digitales para personas con psicosis producen una mejoría significativa, aunque pequeña, en síntomas clínicos, y que los patrones de datos favorecen especialmente aquellas intervenciones que incorporan apoyo de terapeuta y que se orientan a desenlaces clínicos más que exclusivamente cognitivos. Al mismo tiempo, los autores subrayan que la literatura sigue siendo temprana, heterogénea y todavía insuficiente para establecer dosis óptimas o reglas simples de implementación. Esta combinación de promesa y cautela es importante para el presente manual: la digitalización no invalida la TCC presencial ni sustituye la relación terapéutica, pero sí abre posibilidades relevantes cuando se integra en planes ya

formulados y cuando el servicio puede garantizar accesibilidad, apoyo clínico y seguimiento de riesgos (Fialho et al., 2025; NICE, 2024).

### **12.5.2. Intervenciones transdiagnósticas: más allá de los protocolos específicos por diagnóstico**

Los enfoques transdiagnósticos resultan atractivos porque muchos procesos relevantes en TMG no respetan fronteras diagnósticas estrictas: evitación, rumiación, amenaza, desesperanza, autoestigma, desregulación emocional, aislamiento, dificultades de adherencia o deterioro funcional. Una intervención transdiagnóstica puede ayudar a organizar estos procesos comunes sin perder de vista el diagnóstico, el curso clínico y los riesgos específicos.

La revisión sistemática y metaanálisis de Schaeuffele et al. (2024) refuerza la eficacia de la TCC transdiagnóstica para trastornos emocionales en distintos contextos, aunque también señala heterogeneidad de diseños y calidad metodológica. En rehabilitación psicosocial, la implicación debe ser prudente: los enfoques transdiagnósticos pueden ayudar a ordenar procesos compartidos, pero no deben borrar diferencias críticas entre psicosis, trastorno bipolar, depresión resistente o personalidad grave. El futuro probablemente no estará en sustituir los modelos diagnósticos por un único protocolo transversal, sino en combinar formulación transdiagnóstica de procesos con adaptaciones específicas por riesgo, fase, funcionamiento y contexto (Schaeuffele et al., 2024).

### **12.5.3. Nuevos formatos de intervención: intervenciones breves, intervenciones de baja intensidad, intervenciones guiadas por pares**

La expansión de formatos breves o de baja intensidad responde a una necesidad asistencial real. No todas las personas requieren tratamientos largos y altamente especializados, y no todos los servicios pueden ofrecer la misma intensidad de intervención a toda la población con TMG. En este contexto, las intervenciones breves, la autoayuda guiada y otros formatos escalables adquieren interés como vías para aumentar acceso, personalizar dosis y ampliar opciones terapéuticas. Pike et al. (2025), en una revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones psicológicas breves para esquizofrenia, encontraron que estas intervenciones pueden producir beneficios en varios dominios clínicos y que las intervenciones breves de tipo cognitivo-conductual muestran efectos pequeños a moderados sobre síntomas psicóticos. Los autores sitúan estos formatos como una oportunidad para mejorar acceso y elección terapéutica, aunque insisten en la heterogeneidad de intervenciones y en la necesidad de seguir refinando criterios de indicación y aplicación (Pike et al., 2025).

La revisión sistemática de Kruger et al. (2024) sobre intervenciones de autoayuda cognitivo-conductual en psicosis apunta en la misma dirección. Sus resultados sugieren que existen evidencias creíbles para apoyar la utilidad de varias intervenciones de autoayuda basadas en CBT en la reducción de rasgos o síntomas psicóticos, además de beneficios secundarios en depresión, bienestar psicológico y funcionamiento diario, aunque los resultados a largo plazo siguen siendo inciertos por limitaciones metodológicas. Esta línea de trabajo resulta especialmente relevante para rehabilitación psicosocial porque permite pensar en formatos escalonados, flexibles y compatibles con distintas fases del proceso clínico, siempre que no se confundan accesibilidad y baja intensidad con baja exigencia técnica (Kruger et al., 2024).



Junto a estas modalidades, el apoyo entre iguales representa otra línea de desarrollo relevante. El ensayo multicéntrico internacional de [Puschner et al. \(2025\)](#) mostró que una intervención manualizada de apoyo entre iguales (*peer support*) en personas con condiciones mentales graves produjo beneficios en inclusión social, empoderamiento y esperanza. Estos hallazgos no equivalen todavía a una demostración robusta de “TCC guiada por pares” en sentido estricto, pero sí respaldan el valor del apoyo entre iguales como componente *recovery-oriented* con potencial para complementar rutas psicoterapéuticas más estructuradas. En el horizonte del campo, por tanto, parece razonable distinguir entre tres formatos relacionados, pero no equivalentes: intervenciones breves, intervenciones de baja intensidad y dispositivos de apoyo entre iguales. Su convergencia futura puede ser fértil, pero hoy conviene mantener claras sus diferencias en función, evidencia y requisitos de implementación ([Kruger et al., 2024](#); [Pike et al., 2025](#); [Puschner et al., 2025](#)).

#### **12.5.4. Integración con intervenciones de tercera generación: ACT, mindfulness, compasión, en el contexto del TMG**

Otra dirección futura relevante es la integración selectiva de la TCC con terapias contextuales o de tercera generación. En el ámbito de la psicosis y otros cuadros graves, esta integración no debería plantearse como una sustitución simple del núcleo cognitivo-conductual clásico, sino como una ampliación del repertorio técnico cuando determinados procesos clínicos lo justifican. En particular, procedimientos orientados a aceptación, mindfulness, defusión cognitiva, relación menos literal con la experiencia interna y acción guiada por valores pueden resultar útiles cuando la discusión directa del contenido cognitivo no es la vía principal o cuando el problema central se mantiene por lucha infructuosa con experiencias internas persistentes.

La evidencia disponible resulta prometedora, pero todavía heterogénea. [Meinhart et al. \(2025\)](#), en una meta-revisión sistemática sobre intervenciones basadas en mindfulness y aceptación en trastornos del espectro esquizofrénico, concluyen que estas aproximaciones muestran efectos de pequeños a grandes sobre síntomas globales, mindfulness, síntomas negativos y funcionamiento social al final del tratamiento, aunque también subrayan que los resultados de los meta-análisis previos son inconsistentes y que los efectos de las intervenciones específicamente basadas en aceptación tienden a ser más pequeños y menos consistentes en algunos desenlaces y seguimientos. Esta formulación obliga a una lectura prudente: no se trata de un campo vacío, pero tampoco de una base tan homogénea y consolidada como para justificar una sustitución general del marco CBTP clásico ([Meinhart et al., 2025](#)).

En rehabilitación psicosocial, la integración con terapias contextuales puede resultar especialmente útil cuando el objetivo no es tanto corregir el contenido de una experiencia como modificar la relación de la persona con ella, disminuir evitación experiencial, aumentar tolerancia al malestar y recuperar acción significativa en contextos reales de vida. Presentada así, la integración con enfoques contextuales no desdibuja la TCC del presente volumen, sino que amplía sus posibilidades de adaptación. Su valor futuro parece residir menos en desplazar por completo las formulaciones previas que en enriquecerlas allí donde la clínica del caso requiera una intervención menos centrada en disputa cognitiva y más orientada a flexibilidad psicológica, relación con la experiencia y reconstrucción funcional ([Meinhart et al., 2025](#)).

### 12.5.5. Retos pendientes y agenda de investigación

El desarrollo futuro del campo sigue condicionado por varios retos. En primer lugar, persiste la necesidad de estudios con mejor calidad metodológica sobre implementación real en servicios, más allá de ensayos muy controlados. En segundo lugar, los desenlaces funcionales, de participación y de recuperación personal siguen estando menos desarrollados que los sintomáticos en muchas investigaciones. En tercer lugar, se necesitan diseños que respondan no solo a si una técnica funciona, sino para quién, en qué secuencia, con qué intensidad y en qué condiciones organizativas.

También quedan pendientes preguntas decisivas sobre cómo adaptar mejor la TCC a personas con déficits cognitivos marcados, trayectorias muy complejas, fuerte discontinuidad asistencial o contextos sociales particularmente adversos. Finalmente, sigue siendo necesaria una agenda que conecte más estrechamente investigación, formación, implementación y práctica de red. El futuro de la TCC en rehabilitación psicosocial no parece residir en un único gran hallazgo técnico, sino en una mejora progresiva de su capacidad para ser más accesible, más flexible, más integrada con otros apoyos y más sensible a la vida real de las personas.

### Resumen final

Este capítulo ha mostrado cómo los distintos componentes del manual pueden integrarse en casos clínicos compuestos y realistas. Los cuatro casos no pretenden ofrecer modelos cerrados de tratamiento, sino enseñar razonamiento clínico: cómo se traduce la evaluación a formulación, cómo se priorizan objetivos, cómo se seleccionan técnicas, cómo se manejan complicaciones y cómo se interpretan resultados. En psicosis persistente, el cambio puede consistir en reducir amenaza e incrementar participación, aunque el delirio persista parcialmente. En trastorno bipolar, la TCC adquiere valor cuando ayuda a prevenir recaídas, estabilizar ritmos y trabajar adherencia sin convertir la intervención en control externo. En depresión resistente, el progreso puede comenzar como microactivación y recuperación de una mínima diferencia entre desesperanza y acción. En personalidad grave, la reducción de daño y la continuidad terapéutica pueden ser logros iniciales más relevantes que el trabajo profundo de esquemas.

La sección final ha situado algunas direcciones futuras: tecnologías digitales, enfoques transdiagnósticos, intervenciones breves, apoyo entre iguales e integración con terapias contextuales. Todas ellas abren posibilidades importantes, pero ninguna elimina las exigencias centrales del manual: formulación, prudencia, adaptación al TMG, coordinación con el PAI, monitorización y respeto por la experiencia de la persona. El futuro de la TCC en rehabilitación psicosocial será probablemente más híbrido, más tecnológico y más transdiagnóstico, pero solo será clínicamente sólido si conserva una pregunta sencilla: qué ayuda realmente a esta persona, en este contexto, con este nivel de apoyo y en este momento del proceso (Fialho et al., 2025; Lee et al., 2024; NICE, 2024; Schaeuffele et al., 2024).

## Glosario del Volumen III

### **Activación conductual**

Procedimiento cognitivo-conductual orientado a reducir la inercia, la evitación y la pérdida de reforzadores mediante la programación gradual de actividades significativas o funcionales. En este volumen se entiende como una técnica especialmente útil en depresión resistente, sintomatología negativa y deterioro funcional asociado al TMG.

### **Adaptación al TMG**

Conjunto de ajustes técnicos, relacionales y organizativos que permiten aplicar la TCC a personas con trastorno mental grave sin trasladar de forma rígida el formato estándar. Incluye modificaciones en duración, ritmo, complejidad, lenguaje, tareas entre sesiones, coordinación y criterios de progresión.

### **Adherencia terapéutica**

Grado en que la persona mantiene continuidad con las sesiones, las tareas entre sesiones, el plan acordado y, cuando procede, el tratamiento farmacológico coordinado. En este volumen se analiza como fenómeno clínico y contextual, no como mera obediencia.

### **Alianza terapéutica**

Relación de trabajo colaborativa entre profesional y persona usuaria, basada en acuerdo sobre objetivos, tareas y vínculo suficiente para sostener la intervención. En TMG constituye un moderador transversal del resultado y una condición técnica de muchas intervenciones.

### **Algoritmo de decisión clínica**

Secuencia estructurada de preguntas y bifurcaciones que ayuda a ordenar la toma de decisiones en evaluación, planificación, secuenciación, intensidad y revisión del tratamiento. No sustituye el juicio clínico, pero lo hace más explícito y menos arbitrario.

### **Autorregistro**

Herramienta de observación sistemática que permite recoger información sobre situaciones, pensamientos, emociones, conductas, síntomas o tareas entre sesiones. En este volumen se priorizan formatos simplificados y funcionales, ajustados al nivel cognitivo y clínico de la persona.

### **BPRS**

Sigla de *Brief Psychiatric Rating Scale*. Instrumento heteroaplicado destinado a valorar carga psicopatológica actual en diversos dominios, como suspicacia, alucinaciones, desorganización, ansiedad o depresión. En este volumen se utiliza como uno de los ejes de la evaluación orientada a la intervención TCC.

### **CAN**

Sigla de *Camberwell Assessment of Need*. Instrumento para valorar necesidades cubiertas, no cubiertas o ausentes en personas con trastorno mental grave. En este volumen se emplea para

discriminar qué necesidades pueden abordarse directamente mediante TCC, cuáles requieren coordinación y cuáles son condición previa para que la TCC sea viable.

### **Caso compuesto**

Caso clínico construido con finalidad didáctica a partir de patrones habituales de práctica, sin corresponder de manera directa a una persona identificable. En este volumen se utiliza en el capítulo final para integrar evaluación, formulación, técnicas, complicaciones y resultados.

### **Competencia terapéutica**

Nivel de habilidad clínica con el que el profesional aplica el modelo TCC. Incluye formulación, estructura de sesión, selección técnica, adaptación al TMG, integración con el PAI, monitorización y manejo de complicaciones. No equivale solo a conocimiento teórico.

### **Conducta de seguridad**

Respuesta conductual utilizada para reducir de forma inmediata el miedo o la incertidumbre, pero que a medio plazo mantiene el problema al impedir contraste real de predicciones o consolidar evitación. Es especialmente relevante en paranoia, ansiedad y evitación social.

### **Continuidad asistencial**

Mantenimiento coherente del plan de atención a lo largo del tiempo y entre servicios, profesionales o dispositivos. En este volumen se considera una condición importante para sostener la TCC dentro de trayectorias complejas de rehabilitación psicosocial.

### **CTS-R**

Sigla de *Cognitive Therapy Scale – Revised*. Escala de referencia para valorar competencia general en TCC. En este volumen se toma como punto de partida para pensar la fidelidad al modelo, aunque se subraya la necesidad de adaptación al contexto del TMG.

### **Defusión cognitiva**

Procedimiento orientado a reducir la fusión entre pensamiento y realidad, favoreciendo una relación menos literal y dominante con el contenido mental. En este volumen aparece sobre todo en relación con integraciones contextuales o de tercera generación aplicadas a psicosis y otros cuadros graves.

### **Delirio**

Creencia firmemente sostenida, poco flexible y no compartida por el contexto sociocultural de referencia, que suele mantenerse pese a la evidencia contradictoria. En este volumen se trabaja no solo por su contenido, sino por sus mecanismos de mantenimiento, su función y su impacto funcional.

### **Desesperanza**

Expectativa persistente de que el futuro no mejorará o de que cualquier intento de cambio será inútil. En el volumen se considera una cognición transversal con fuerte poder bloqueante sobre activación, adherencia, participación y recuperación.



### **Desorganización**

Alteración del pensamiento, la conducta o la capacidad de estructurar actividad y discurso de forma coherente. En TMG obliga a adaptar la TCC hacia formatos más externos, concretos y conductuales.

### **Dosis terapéutica**

Combinación de frecuencia, duración, número de sesiones, complejidad y carga de trabajo entre sesiones que compone la intensidad real de una intervención. En este volumen se entiende como una variable clínica que debe decidirse y revisarse, no como una imposición fija.

### **Entrenamiento en habilidades sociales**

Procedimiento cognitivo-conductual orientado a mejorar repertorios de interacción interpersonal mediante instrucción, modelado, ensayo conductual, retroalimentación y generalización a contextos reales. En rehabilitación psicosocial suele combinarse con trabajo sobre ansiedad, autoestigma y expectativas de fracaso.

### **Escalada de activación**

Aumento progresivo de activación fisiológica, emocional o conductual que puede preceder a crisis, descompensación o pérdida de control. Su identificación temprana es clave en prevención de recaídas y en intervención sobre desregulación emocional o trastorno bipolar.

### **Estructura de sesión**

Organización básica de la sesión TCC en apertura, revisión, agenda, foco principal, cierre y tarea entre sesiones. En este volumen se defiende como herramienta clínica de claridad, contención y aprendizaje, no como ritual formal.

### **Evaluación orientada a la intervención**

Proceso evaluativo centrado no solo en describir síntomas o limitaciones, sino en producir información útil para formular, priorizar, seleccionar técnicas, graduar intensidad y revisar resultados. Constituye uno de los ejes centrales del volumen.

### **Exposición gradual**

Procedimiento conductual mediante el cual la persona se acerca de forma progresiva y planificada a situaciones evitadas, con el fin de reducir evitación, contrastar predicciones y recuperar participación. En este volumen se aplica especialmente a contextos comunitarios e interpersonales.

### **Factor perpetuador**

Variable cognitiva, conductual, relacional o contextual que contribuye a mantener un problema en el tiempo. La identificación de factores perpetuadores es central en la formulación cognitivo-conductual del caso.



### **Factor precipitante**

Acontecimiento o condición que activa o agrava un problema clínico o funcional. En la formulación se distingue de los factores predisponentes y de los factores perpetuadores.

### **Factor protector**

Recurso personal, relacional, ambiental o asistencial que amortigua el impacto de vulnerabilidades y estresores, favorece regulación o facilita recuperación. En este volumen se le concede un papel explícito dentro del modelo vulnerabilidad-estrés-protección.

### **Fidelidad al modelo**

Grado en que una intervención mantiene los componentes esenciales del modelo TCC sin caer ni en la rigidez protocolaria ni en la dispersión inespecífica. En TMG la fidelidad incluye adaptación competente, no repetición mecánica.

### **Formulación cognitivo-conductual del caso**

Hipótesis clínica que organiza el problema actual en términos de factores predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores, integrando síntomas, cogniciones, emociones, conductas y contexto. Es el puente entre evaluación y tratamiento.

### **Funcionamiento global**

Nivel global de desempeño psicológico, social y ocupacional de una persona. En este volumen se aproxima sobre todo mediante la GAF, aunque se discuten también sus limitaciones y la relación con medidas más específicas.

### **GAF**

Sigla de *Global Assessment of Functioning*. Medida sintética del funcionamiento psicológico, social y ocupacional. En este volumen se usa para graduar intensidad y ambición del tratamiento, siempre con cautela por su carácter global y sus limitaciones conocidas.

### **Generalización**

Transferencia de aprendizajes logrados en sesión o en contextos protegidos a situaciones reales de la vida cotidiana. En rehabilitación psicosocial se considera una condición central de éxito terapéutico.

### **Grounding**

Conjunto de técnicas breves de anclaje atencional o sensorial orientadas a reducir desbordamiento emocional, disociación o hiperactivación. En este volumen se incluyen dentro de las estrategias de manejo de activación.

### **Insight**

Grado de reconocimiento o comprensión que la persona tiene sobre su problema, sus síntomas o la necesidad de apoyo. En este volumen se maneja con cautela, evitando reducir toda baja conciencia de problema a “falta de colaboración”.



### **Intervención centrada en la persona**

Enfoque que sitúa las metas, preferencias, ritmo, contexto vital y proyecto de vida de la persona en el centro del proceso clínico. En el volumen, la TCC se entiende al servicio de esos fines y no solo de la reducción sintomática.

### **Intervención integrada**

Modalidad de tratamiento en la que varios problemas clínicos o asistenciales se abordan de forma coordinada dentro de un mismo plan, en lugar de secuencias rígidas y desconectadas. Tiene especial relevancia en patología dual y en integración TCC–farmacoterapia–rehabilitación.

### **LSP**

Sigla de *Life Skills Profile*. Instrumento centrado en habilidades de la vida cotidiana y funcionamiento adaptativo. En este volumen se utiliza para traducir deterioro funcional a objetivos concretos de intervención cognitivo-conductual.

### **Malestar asociado al síntoma**

Sufrimiento subjetivo, interferencia o carga emocional producida por un síntoma, independientemente de que éste desaparezca o no. En psicosis, por ejemplo, la TCC puede mejorar mucho el malestar y el afrontamiento aunque no elimine completamente voces o ideas delirantes.

### **Matriz clínica**

Cuadro de correspondencia que organiza relaciones entre variables evaluativas, áreas problemáticas y posibles líneas de intervención. En el volumen se utilizan matrices para traducir puntuaciones de instrumentos a decisiones de planificación TCC.

### **Measurement-based care**

Enfoque de atención basado en la recogida sistemática de medidas clínicas o funcionales para guiar la toma de decisiones terapéuticas. En este volumen se aborda sobre todo en el capítulo dedicado a monitorización y calidad.

### **Moderador de resultado**

Variable que influye en la magnitud o dirección del efecto de una intervención, como la alianza terapéutica, la competencia del terapeuta, la fase de la enfermedad o el funcionamiento basal.

### **Normalización**

Estrategia terapéutica orientada a reducir extrañeza radical, estigma y catastrofización ante determinadas experiencias, situándolas dentro de un continuo humano comprensible sin banalizar su gravedad. En TCC para psicosis constituye un principio importante de trabajo inicial.



### **Objetivo SMART**

Meta formulada de manera específica, medible, alcanzable, relevante y temporalizada. En este volumen se adapta a la lógica clínica del TMG y se vincula siempre con la formulación y el sentido funcional del cambio.

### **PAI**

Sigla de Plan de Atención Individualizada. Marco organizador de la intervención rehabilitadora centrada en la persona. En este volumen, la TCC se define como componente específico integrado dentro del PAI, no como proceso paralelo.

### **Patología dual**

Presencia concurrente de trastorno mental grave y trastorno por uso de sustancias. En el volumen se subraya la necesidad de adaptación integrada de la TCC cuando esta combinación afecta al caso.

### **Perfil evaluativo global**

Lectura integrada de la información procedente de varios instrumentos y de la entrevista clínica, orientada a decidir prioridades y secuencia de intervención. Es una pieza clave entre la evaluación y la formulación.

### **PORT**

Sigla de *Patient Outcomes Research Team*. Conjunto de recomendaciones de referencia, especialmente en esquizofrenia y psicosis, citadas en el volumen en relación con el posicionamiento de la TCC en guías clínicas.

### **Prevención de recaídas**

Conjunto de procedimientos orientados a identificar señales de alerta, factores precipitantes, recursos disponibles y respuestas tempranas para reducir el impacto de futuras descompensaciones. En este volumen se entiende como componente transversal de toda intervención TCC en TMG.

### **Problema prioritario**

Problema actual que, siendo clínicamente relevante y suficientemente modificable, bloquea con más intensidad el resto del plan terapéutico o la vida cotidiana de la persona. Constituye el punto de entrada principal del algoritmo de planificación.

### **Psicoeducación cognitivo-conductual**

Intervención que proporciona información adaptada y clínicamente útil sobre el problema, sus mecanismos y su manejo, no como clase magistral, sino como construcción compartida que favorece comprensión, autogestión y colaboración terapéutica.

### **Punto de máxima interferencia**

Área del caso que en ese momento produce el mayor bloqueo funcional, clínico o relacional y que, por tanto, debe orientar la prioridad inicial de la intervención.



### **Recuperación personal**

Proceso subjetivo por el que la persona reconstruye esperanza, identidad, agencia, sentido y participación más allá de la remisión sintomática. En el volumen se considera una dimensión inseparable de la rehabilitación centrada en la persona.

### **Reestructuración cognitiva adaptada**

Aplicación de procedimientos de revisión de pensamientos, interpretaciones y creencias ajustados al nivel clínico y funcional del TMG. Se diferencia de la discusión lógica abstracta y prioriza validación, concreción y ritmo gradual.

### **Revisión del plan**

Proceso por el cual el tratamiento se mantiene, modifica, intensifica, simplifica, pausa o cierra según la evolución del caso. En el volumen se considera una parte constitutiva de la buena práctica, no señal de fracaso.

### **Riesgo clínico**

Probabilidad de que aparezca daño, crisis, descompensación, autolesión, abandono grave del tratamiento o empeoramiento relevante. En este volumen, el riesgo modula secuencia, intensidad y prioridad de intervención.

### **ROM**

Sigla de *Routine Outcome Monitoring*. Seguimiento sistemático de resultados y evolución a lo largo del proceso terapéutico. En el volumen se integra dentro del modelo de monitorización y mejora continua.

### **Secuencia de intervención**

Orden previsto de objetivos, fases y procedimientos dentro de un tratamiento. En este volumen se entiende como una decisión clínica explícita, basada en formulación, no como acumulación de técnicas.

### **Serie RPS**

Sigla de Serie de Rehabilitación Psicosocial. Denominación editorial del conjunto de volúmenes al que pertenece este manual.

### **Síntoma negativo**

Conjunto de fenómenos como apatía, abulia, retraimiento, pobreza expresiva o reducción de iniciativa. En el volumen se insiste en diferenciar síntomas negativos primarios de cuadros secundarios a depresión, ansiedad, sedación, autoestigma o desmoralización.

### **Sistema de indicadores**

Conjunto organizado de medidas de estructura, proceso y resultado que permite valorar calidad, fidelidad y efectos de la intervención. En el volumen se desarrolla especialmente en relación con TCC en rehabilitación psicosocial.



### **Sobrecarga cognitiva**

Exceso de complejidad, ritmo o cantidad de información que supera la capacidad de procesamiento de la persona en sesión o entre sesiones. En TMG constituye una fuente frecuente de fracaso técnico si no se adapta el tratamiento.

### **Tarea entre sesiones**

Actividad acordada de forma colaborativa para practicar, observar o generalizar entre sesiones lo trabajado en terapia. En este volumen se insiste en que debe ser funcional, viable y clínicamente significativa.

### **TCC**

Sigla de Terapia Cognitivo-Conductual. En este volumen se entiende como un conjunto de procedimientos estructurados orientados a modificar la interacción entre cogniciones, emociones, conductas y contexto, adaptados al TMG e integrados en la rehabilitación psicosocial.

### **TCC para psicosis / CBTp**

Aplicación específica de la TCC a experiencias psicóticas, especialmente delirios, voces, síntomas negativos y desorganización, con principios adaptados como normalización, empirismo colaborativo prudente y formulación individualizada.

### **TMG**

Sigla de Trastorno Mental Grave. En este volumen se utiliza con una orientación funcional y rehabilitadora, integrando gravedad clínica, duración, discapacidad y necesidad de apoyos sostenidos, más allá del diagnóstico desnudo.

### **WHODAS 2.0**

Sigla de *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*. Instrumento alternativo a la GAF para valorar discapacidad y funcionamiento. En el volumen aparece como referencia en la discusión de limitaciones y alternativas de la GAF.

### **Vulnerabilidad-estrés-protección**

Modelo explicativo y clínico que entiende la descompensación y la estabilidad como resultado de la interacción entre vulnerabilidades, estresores y factores protectores. Constituye el marco conceptual central del Volumen III.



## Listado de referencias bibliográficas

- Akers, N., Berry, K., & Taylor, C. D. J. (2025). Do cognitive behavioural therapy interventions lead to schema change in people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(2), Article e70049. <https://doi.org/10.1002/cpp.70049>
- Alford, A. J., Casteleijn, D., & Robertson, L. J. (2025). Brief Psychiatric Rating Scale – Expanded version: Construct validity using Rasch model analysis. *South African Journal of Psychiatry*, 31, 2343. <https://doi.org/10.4102/sajpsy psychiatry.v31i0.2343>
- Assmann, N., Schaich, A., Arntz, A., Wagner, T., Herzog, P., Alvarez-Fischer, D., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Klein, J. P., Hüppe, M., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2024). The effectiveness of dialectical behavior therapy compared to schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(4), 249–263. <https://doi.org/10.1159/000538404>
- Barlatti, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: A critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131–139. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000925>
- Berendsen, S., Berendse, S., van der Torren, J., Vermeulen, J., & de Haan, L. (2024). Cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia spectrum disorders: An umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials. *EClinicalMedicine*, 67, Article 102392. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102392>
- Bergvall, H., Linde, J., Alfonsson, S., Sunnhed, R., Barber, J. P., Lundgren, T., Andersson, G., & Bohman, B. (2024). Quality of cognitive-behavioural therapy in routine psychiatric care: Therapist adherence and competence and patient outcomes for depression and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 24, Article 887. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06328-4>
- Bighelli, I., Wallis, S., Reitmeir, C., Schwermann, F., Salahuddin, N. H., & Leucht, S. (2023). Effects of psychological treatments on functioning in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273, 779–810. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01526-1>
- Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431–446. <https://doi.org/10.1017/S1352465801004040>
- Bourke, E., Barker, C., & Fornells-Ambrojo, M. (2021). Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 822–853. <https://doi.org/10.1111/papt.12330>

- Browne, J., Wright, A. C., Berry, K., Mueser, K. T., Cather, C., Penn, D. L., & Kurtz, M. M. (2021). The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 231, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.002>
- Burgés, V., Torrubia, R., & Martín, B. (2007). Adaptación y validación española de la forma abreviada del Life Skills Profile-20: Instrumento para evaluar habilidades de la vida diaria en contextos clínicos reales. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Cella, M., Preti, A., Edwards, C. J., Cushway, D., & Wykes, T. (2023). Psychosocial and behavioural interventions for the negative symptoms of schizophrenia: A systematic review of efficacy meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 223(2), 321–331. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.21>
- Černis, E., Bird, J. C., Waite, F., Emsley, R., & Freeman, D. (2025). Working with felt sense of anomaly dissociation in the context of psychosis: Guidance for therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S135246582510101X>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Harrer, M., & Stikkelbroek, Y. (2023). Individual behavioral activation in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 33(7), 886–897. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2197630>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17, Article 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- De la Peña, F. R., Escalona, M. P., Ulloa, R. E., Palacios-Cruz, L., Palacio, J. D., Mayer, P., Díaz, R., & Rosetti, M. F. (2024). Comparing the Global Assessment of Functioning (GAF) and the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in children and adolescents. *Salud Mental*, 47(3), 137–143. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2024.018>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Duffy, M. (2010). Writing about clients: Developing composite case material and its rationale. *Counseling and Values*, 54(2), 135–153. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2010.tb00011.x>
- Fahy, L., Lee, L., Newlove, L., Wood, L., & O'Driscoll, C. (2025). Barriers and facilitators to engagement in psychological therapy in first episode psychosis: A meta-ethnography and qualitative comparative analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/papt.12576>
- Felix, S., Valery, K.-M., Caiada, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness: A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*, 112, 102459. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459>

- Fernández de Larrinoa Palacios, P., Bulbena Vilarrasa, A., & Domínguez Panchón, A. I. (1992). Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP (Life Skills Profile). Perfil de habilidades de la vida cotidiana [Study of the reliability, validity and internal consistency of the LSP scale (Life Skills Profile). Profile of activities of daily living]. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 20(2), 71–75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1595419/>
- Fialho, C., Yiend, J., Hampshire, C., Taher, R., Shergill, S., & Stahl, D. (2025). Dose-response relationship in digital psychological therapies for people with psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1621009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1621009>
- Freeman, D., Emsley, R., Diamond, R., Collett, N., Bold, E., Chadwick, E., Isham, L., Černis, E., Bird, J. C., Taylor, K. M., McIntyre, J. C., Waite, F., Yu, L.-M., & Oxford Cognitive Approaches to Psychosis Trial Study Group. (2021). Comparison of a theoretically driven cognitive therapy (the Feeling Safe Programme) with befriending for the treatment of persistent persecutory delusions: A parallel, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 696–707. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00158-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00158-9)
- García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousoño, M., Bascarán, M. T., Guzmán-Quilo, C., & Bobes-Bascarán, T. (2011). Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 4(1), 9–18. [https://doi.org/10.1016/S2173-5050\(11\)70003-6](https://doi.org/10.1016/S2173-5050(11)70003-6)
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D. G., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003312>
- Giguère, S., Fortier, A., Azrak, J., Giguère, C.-É., Potvin, S., & Dumais, A. (2025). Effectiveness of psychological therapy for treatment-resistant depression in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 15(8), Article 338. <https://doi.org/10.3390/jpm15080338>
- Gold, L. H. (2014). DSM-5 and the assessment of functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2), 173–181. <https://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/dsm5/whodas.pdf>
- Gonzales, L., Kanani, A., & Pereyra, A. (2023). Policy definitions for serious mental illness across 56 United States, districts and territories. *Community Mental Health Journal*, 59(3), 595–599. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01026-5>
- Gonzales, L., Kois, L. E., Chen, C., López-Aybar, L., McCullough, B., & McLaughlin, K. J. (2022). Reliability of the term serious mental illness: A systematic review. *Psychiatric Services*, 73(11), 1255–1262. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100661>
- Grootenboer, E. M. V., Giltay, E. J., van der Lem, R., van Veen, T., van der Wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning Scale in

- clinical outpatients with depressive disorders. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 502–507. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01614.x>
- Gspandl, S., Peirson, R. P., Nahhas, R. W., Skale, T. G., & Lehrer, D. S. (2018). Comparing Global Assessment of Functioning (GAF) and World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 259, 251–253. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.033>
- Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., McGovern, J., Tarrier, N., Kinderman, P., Baguley, I., Lancashire, S., & Harris, N. (2001). An investigation into the psychometric properties of the Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 221–233. <https://doi.org/10.1017/S1352465801002089>
- Hardy, A., Smith, B., & Berry, K. (2024). Trauma therapies for psychosis: A state-of-the-art review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12499>
- Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review*, 45, 183–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.004>
- Hsu, T.-W., Tseng, P.-T., Hsu, C.-W., Yang, F.-C., Changchien, T.-C., Lin, Y.-H., & Liang, C.-S. (2025). AVATAR therapy for medication-resistant auditory hallucination in patients with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41537-025-00671-5>
- Jackson, K. N., Lee, A. G., Ali, J. M., Vargas, S., Ulloa-Franco, P., Manning, T., Jimoh, Z., & Hossain, M. M. (2025). Shared decision-making in the management of schizophrenia: A systematic review. *Cureus*, 17(6), Article e87069. <https://doi.org/10.7759/cureus.87069>
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale: Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654–659. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.5.654>
- Juckel, G., Schaub, D., Fuchs, N., Naumann, U., Uhl, I., Witthaus, H., Hargarter, L., Bierhoff, H.-W., & Brüne, M. (2008). Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 104(1–3), 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.037>
- Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. M. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144–156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01204.x>
- Keramatian, K., Chithra, N. K., & Yatham, L. N. (2023). The CANMAT and ISBD guidelines for the treatment of bipolar disorder: Summary and a 2023 update of evidence. *Focus*, 21(4), 344–353. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230009>

- Killaspay, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S. A., Newton, R., & Wilson, E. (2021). Rehabilitation for adults with complex psychosis: Summary of NICE guidance. *The BMJ*, 372, Article n1. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1>
- Kruger, E., Hall, L., Martinez, A. P., & Bentall, R. P. (2024). Cognitive behavioral self-help interventions for individuals experiencing psychosis: A systematic review. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291724001545>
- Lamarca, M., Espinosa, V., Acuña, V., Vila-Badia, R., Balsells-Mejia, S., Moritz, S., Berna, F., König, C., Gawęda, Ł., PERMEPSY Group, Barajas, A., & Ochoa, S. (2024). Reducing self-stigma in psychosis: A systematic review and meta-analysis of psychological interventions. *Psychiatry Research*, 342, Article 116262. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116262>
- Latella, D., Marafioti, G., Formica, C., Calderone, A., La Fauci, E., Foti, A., Calabrò, R. S., & Filippello, G. (2025). The role of acceptance and commitment therapy in improving social functioning among psychiatric patients: A systematic review. *Healthcare*, 13(13), Article 1587. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131587>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leamy, M., Foye, U., Hirrich, A., Bjørgen, D., Silver, J., Simpson, A., Ellis, M., & Johan-Johanson, K. (2023). A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health services and staff. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00600-y>
- Lee, S.-N., & Yu, H.-J. (2024). Effectiveness of peer support programs for severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12(12), Article 1179. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121179>
- Magill, M., Helminen, E. C., Lynch-Gadaleta, B., Allen, K., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2025). Cognitive-behavioral interventions for co-occurring substance use and mental health disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 274, Article 112756. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112756>
- McAleavey, A. A., de Jong, K., Nissen-Lie, H. A., Boswell, J. F., Moltu, C., & Lutz, W. (2024). Routine outcome monitoring and clinical feedback in psychotherapy: Recent advances and future directions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51(3), 291–305. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01351-9>
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A. H., Knudsen, H. C., Vázquez-Barquero, J. L., Lasalvia, A., Padfield, S., White, I. R., Griffiths, G., & EPSILON Study Group. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need – European Version: EPSILON Study 6. *The British Journal of Psychiatry*, 177(39), 34–40. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.39.s34>

- McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Baune, B. T., Berk, M., Demyttenaere, K., Goldberg, J. F., Gorwood, P., Ho, R., Kasper, S., Kennedy, S. H., Ly-Uson, J., Mansur, R. B., McAllister-Williams, R. H., Murrough, J. W., Nemeroff, C. B., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Sanacora, G., Schatzberg, A. F., ... Young, A. H. (2023). Treatment-resistant depression: Definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry*, 22(3), 394–412. <https://doi.org/10.1002/wps.21120>
- Meinhart, A., Toussaint, L., & Stevelink, R. (2025). Effects of mindfulness- and acceptance-based interventions for individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic meta-review. *Psychiatry Research*, 347, 116623. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.03.040>
- Melegkovits, E. A., Tang, R., Pounds, O., & Ashcroft, K. (2025). The experience and role of dissociation in psychosis following developmental trauma: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102564>
- Melillo, A., Sansone, N., Allan, J., Gill, N., Herrman, H., Morales Cano, G., Rodrigues, M., Savage, M., & Galderisi, S. (2025). Recovery-oriented and trauma-informed care for people with mental disorders to promote human rights and quality of mental health care: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 25(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06473-4>
- Meraj, H., & Waqas, A. (2024). Therapeutic patient education for severe mental disorders: A systematic review. *BJPsych Open*, 10(Suppl. 1), S63–S64. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.209>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Borderline personality disorder: Recognition and management (Clinical guideline CG78). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014a). Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (Clinical guideline CG178). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). Bipolar disorder: Assessment and management (Clinical guideline CG185). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020a). Rehabilitation for adults with complex psychosis (NICE guideline NG181). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020b). Supporting successful transitions: Rehabilitation in adults with complex psychosis and related severe mental health conditions (Evidence review R, NICE Guideline No. 181). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181/evidence/r-supporting-successful-transitions-pdf-317993297949>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022a). Depression in adults: Treatment and management (NICE guideline NG222). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022b). Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2024). Digital health technologies to help manage symptoms of psychosis and prevent relapse in adults and young people: Early value assessment (HealthTech guidance HTG713). <https://www.nice.org.uk/guidance/htg713>
- Nessbach, D., & Simpson, A. (2025). Cognitive behavioural therapy and dual diagnosis: A systematic review exploring its effectiveness and implications for nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(5), Article e70129. <https://doi.org/10.1111/inm.70129>
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300–312. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799–812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Patel, D., Patil, V., Datta, A., Mathew, M., Sharan, P., & Sood, M. (2025). Beliefs about auditory hallucinations and their correlation with symptom severity and functioning in schizophrenia. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 41(1), 18–23. <https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp.389.24>
- Patmisari, E., Huang, Y., McLaren, C., Bhatia, P., Orr, M., Govindasamy, S., Hielscher, E., & McLaren, H. (2025). Review of community-based interventions for people with serious mental illness, focusing on learning instrumental activities of daily living and enhancing wellbeing. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 32(1), Article 2468421. <https://doi.org/10.1080/11038128.2025.2468421>
- Pedersen, G., Hagtvet, K. A., & Karterud, S. (2007). Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning–Split version. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.008>
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589–595. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.589>
- Pike, B., Ambrosio, L., & Ellett, L. (2025). Brief psychological interventions for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291725001126>
- Prajapati, A. R., Dima, A. L., Mosa, G., Scott, S., Song, F., Wilson, J., & Bhattacharya, D. (2021). Mapping modifiable determinants of medication adherence in bipolar disorder (BD) to the theoretical domains framework (TDF): A systematic review. *Psychological Medicine*, 51(7), 1082–1098. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001446>
- Puschner, B. (2025). Effectiveness of peer support for people with severe mental health conditions in high-, middle-, and low-income countries: Multicentre randomised

- controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10299>
- Resnick, S. G., Barber, J. P., Childs, A. W., & Connors, E. H. (2025). Measurement-based care: Opportunities to improve global mental health care. *World Psychiatry*, 24(2), 193–194.  
<https://doi.org/10.1002/wps.21303>
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325–337.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.325>
- Salkovskis, P. M., Sighvatsson, M. B., & Sigurdsson, J. F. (2024). How effective psychological treatments work: Mechanisms of change in cognitive behavioural therapy and beyond. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 595–615.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465823000590>
- Saperia, S., Plahouras, J., Best, M., Kidd, S., Zakzanis, K., & Foussias, G. (2025). The cognitive model of negative symptoms: A systematic review and meta-analysis of the dysfunctional belief systems associated with negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders. *Psychological Medicine*.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291724003325>
- Sato, S., Matsunaga, A., Ogawa, M., Mizuno, M., Kikuchi, A., Kumano, H., Yamaguchi, S., & Fujii, C. (2026). Exposure-based cognitive behavioral therapy delivered by assertive community treatment teams for severe mental illness with symptoms of anxiety: A cluster randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291726103365>
- Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C., & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8, 493–509. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>
- Searby, A., Burr, D., Carolin, R., & Hutchinson, A. (2025). Barriers and facilitators to mental health service integration: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1), Article e13449. <https://doi.org/10.1111/inm.13449>
- Sheffield, J. M., Brinen, A. P., Feola, B., Heckers, S., & Corlett, P. R. (2024). Understanding cognitive behavioral therapy for psychosis through the predictive coding framework. *Biological Psychiatry: Global Open Science*, 4(4), Article 100333.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2024.100333>
- Slade, M., & Thornicroft, G. (2020). *Camberwell Assessment of Need (CAN)* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Stewart, V. S., McMillan, S. S., Hu, J., Ng, R., El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Wheeler, A. J. (2022). Goal planning in mental health service delivery: A systematic integrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 1057915. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1057915>

- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., Sales, C. P., Callesen, H. E., Ribeiro, J. P., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(3), 538–552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5), Article CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Subandi, M. A., Nihayah, M., Marchira, C. R., Tyas, T., Marastuti, A., Pratiwi, R., Mediola, F., Herdiyanto, Y. K., Sari, O. K., & Good, M.-J. D. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *PLOS ONE*, 18(3), e0276802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276802>
- Tan, M. K., Chia, E.-C., Tam, W. W., McIntyre, R. S., Zhang, Z., Dam, V. A., Nguyen, T. T., Do, H. T., Ho, R. C., & Ho, C. S. H. (2022). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy and group psychoeducation for treating symptoms and preventing relapse in people living with bipolar disorder. *Healthcare*, 10(11), 2288. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112288>
- Thomas, E. C., Ben-David, S., Treichler, E., Roth, S., Dixon, L. B., Salzer, M., & Zisman-Ilani, Y. (2021). A systematic review of shared decision-making interventions for service users with serious mental illnesses: State of the science and future directions. *Psychiatric Services*, 72(11), 1288–1300. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000429>
- Tsang, A., Bucci, S., Branitsky, A., Kaptan, S., Rafiq, S., Wong, S., Berry, K., & Varese, F. (2021). The relationship between appraisals of voices (auditory verbal hallucinations) and distress in voice-hearers with schizophrenia-spectrum diagnoses: A meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 230, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.02.013>
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475–491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146>
- van Genk, C., Roeg, D., van Vugt, M., van Weeghel, J., & van Regenmortel, T. (2023). Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1156235. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1156235>
- Varese, F., Sudell, M., Morrison, A. P., Longden, E., & Smith, C. T. (2025). Treatment effect modifiers of cognitive behaviour therapy in people with psychosis: An individual participant data meta-analysis of RCTs. *Health Technology Assessment*, 29(53), 1–115. <https://doi.org/10.3310/NCFR5074>

- Varshini, R. J., Mathias, E. G., Bhavana, R. S., Patil, S. P., & Kamath, R. (2025). Barriers and facilitators of implementing cognitive behavioral therapy: A systematic review based on the Consolidated Framework for Implementation. *Scientifica*, 2025, Article 2693791. <https://doi.org/10.1155/sci5/2693791>
- Velligan, D. I., Prihoda, T. J., Dennehy, E. B., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Crismon, M. L., Rush, A. J., & Miller, A. L. (2005). Brief Psychiatric Rating Scale Expanded Version: How do new items affect factor structure? *Psychiatry Research*, 135(3), 217–228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.05.001>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Wibbelink, C. J. M., Kamphuis, J. H., Sinnaeve, R., Grasman, R. P. P. P., Alberts, J., Alkema, M., Dek, E. C. P., Hupkes, M., James, C., Koppeschaar, A. M., Ploegmakers, M., Schuur, R. J., van Vliet, M., & Arntz, A. (2026). Dialectical behavior therapy vs schema therapy for patients with borderline personality disorder: The BOOTS multicenter randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.0418>
- World Health Organization. (2012). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-%28-whodas-2.0%29>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization. (2023). *mhGAP evidence profile PSY11: Psychological interventions for bipolar disorder*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93e56376-0e64-4a08-bdd0-703313be5354/content>
- World Health Organization. (2025). *Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106819>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>
- Zumstein, N., & Riese, F. (2020). Defining severe and persistent mental illness—A pragmatic utility concept analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 648. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>



# Apéndice A. Plantillas del plan de intervención TCC

## Presentación del apéndice

Este apéndice reúne las plantillas nucleares para la formulación, planificación e integración del componente cognitivo-conductual dentro del proceso general de rehabilitación psicosocial. Su finalidad es estrictamente operativa. No sustituye la explicación conceptual desarrollada en los capítulos previos, sino que la traduce a formatos de trabajo utilizables en la práctica clínica.

Las plantillas están diseñadas para cumplir cinco funciones: ordenar la información clínica relevante, mejorar la trazabilidad entre evaluación y decisión terapéutica, facilitar la coordinación con el PAI, hacer más revisable el razonamiento clínico y homogeneizar mínimamente la documentación del componente TCC sin burocratizarlo. Esta lógica es coherente con la monitorización rutinaria de resultados y el feedback clínico, siempre que la información registrada se utilice para revisar decisiones reales y no como documentación paralela al tratamiento; también encaja con la atención basada en medidas y con las recomendaciones de rehabilitación para psicosis compleja, que sitúan la evaluación, la planificación del cuidado y la revisión periódica como componentes centrales del proceso rehabilitador (McAleavey et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020; Resnick et al., 2025).

El criterio general de uso es sencillo: la plantilla debe ayudar a pensar mejor el caso, no convertirse en un formulario que se rellena por obligación. Por ello, todas las plantillas de este apéndice deben utilizarse con flexibilidad clínica, pero manteniendo su lógica interna. Su valor aumenta cuando ayudan a clarificar objetivos, acciones, apoyos y revisión; disminuye cuando se completan de forma retrospectiva, defensiva o desconectada de la experiencia de la persona y del trabajo real del equipo (McAleavey et al., 2024; Stewart et al., 2022).

## A.1. Plantilla de formulación cognitivo-conductual del caso

### Finalidad

Esta plantilla permite organizar el caso desde una lógica cognitivo-conductual adaptada al TMG. Su objetivo no es resumir toda la historia clínica de la persona, sino explicitar la hipótesis de trabajo que justifica el plan de intervención. En rehabilitación psicosocial, esta hipótesis debe conectar el problema prioritario actual con factores predisponentes, precipitantes, mantenedores, protectores, impacto funcional y condiciones contextuales que facilitan o bloquean el cambio. Esta forma de formular el caso es coherente con una planificación rehabilitadora revisable y con el uso clínico de información estructurada para orientar decisiones, seguimiento y ajuste del tratamiento (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).

## Instrucciones de uso

Debe completarse una vez recogida la información básica de evaluación y revisarse siempre que el caso cambie de forma relevante. Conviene que la formulación sea breve, clara y orientada al problema prioritario actual, no a una reconstrucción exhaustiva de toda la trayectoria vital. La formulación debe funcionar como una hipótesis clínica viva: orienta el plan inicial, pero puede modificarse si la evolución, la respuesta a la intervención, la aparición de nuevas necesidades o la revisión del PAI muestran que la explicación inicial era insuficiente o estaba mal calibrada (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).

## Plantilla A.1

### Datos identificativos básicos del caso

- Código o identificador del caso:
- Profesional responsable:
- Fecha de formulación:
- Revisión nº:

### 1. Problema prioritario actual

- ¿Cuál es el problema principal que motiva la intervención TCC en este momento?
- ¿Cómo se manifiesta funcionalmente en la vida cotidiana?
- ¿Qué impacto tiene sobre el funcionamiento, la participación o la recuperación?

### 2. Factores predisponentes

- Vulnerabilidades clínicas relevantes:
- Variables biográficas o relacionales relevantes:
- Factores cognitivos o emocionales de base:
- Otros factores predisponentes significativos:

### 3. Factores precipitantes

- Acontecimientos recientes o condiciones activadoras:
- Estrés ambientales o psicosociales actuales:
- Cambios recientes en síntomas, rutina, apoyos o contexto:

### 4. Factores perpetuadores

- Pensamientos, interpretaciones o creencias que mantienen el problema:



- Conductas de evitación, seguridad o desorganización:
- Patrones relacionales o ambientales que contribuyen al mantenimiento:
- Otros mecanismos de perpetuación relevantes:

#### 5. Factores protectores

- Recursos personales disponibles:
- Apoyos naturales o profesionales:
- Habilidades conservadas o parcialmente conservadas:
- Contextos o condiciones que amortiguan el problema:

#### 6. Hipótesis central de mantenimiento

- Redactar en un párrafo breve cómo interactúan vulnerabilidad, estresores, factores protectores, cogniciones y conductas para mantener el problema actual.

#### 7. Implicaciones para la intervención TCC

- ¿Qué parece más modificable en esta fase?
- ¿Qué no conviene trabajar todavía o no pertenece prioritariamente a TCC?
- ¿Qué línea de entrada parece más adecuada?
- ¿Qué adaptaciones requiere el caso?

#### Nota metodológica para la Plantilla A.1

La Plantilla A.1 es una herramienta operativa de formulación clínica. No constituye un instrumento psicométrico validado ni una escala de evaluación. Su finalidad es ordenar la hipótesis de trabajo que conecta evaluación, problema prioritario, factores mantenedores, apoyos y decisiones de intervención. Debe utilizarse de forma flexible, revisable y coordinada con el PAI, evitando tanto la formulación excesivamente narrativa sin valor decisional como la reducción del caso a un esquema rígido que no incorpore cambios clínicos relevantes (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).

## A.2. Plantilla del plan de intervención TCC

### Finalidad

Esta plantilla permite traducir la formulación cognitivo-conductual del caso a un plan de intervención explícito, revisable y coordinado. Su objetivo es conectar problema prioritario, objetivos terapéuticos, técnicas, intensidad, apoyos necesarios, indicadores de progreso y criterios de revisión. La planificación de objetivos en salud mental resulta más consistente cuando es individualizada, colaborativa y orientada a recuperación; además, en personas con trastorno mental grave, la toma de decisiones compartida es especialmente relevante para que el plan resulte comprensible, aceptable y ajustado a las prioridades de la persona (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).



## Instrucciones de uso

Debe completarse después de la formulación inicial y revisarse en los momentos definidos por el PAI o cuando aparezcan cambios clínicos relevantes. La plantilla no pretende cerrar el tratamiento de forma definitiva, sino hacer explícita la lógica del plan: qué se va a trabajar, por qué, cómo, con qué intensidad, con qué apoyos y cómo se sabrá si conviene mantener, modificar o cerrar la línea de intervención. Esta orientación resulta coherente con la atención basada en medidas, que utiliza información repetida para informar planificación, progreso y ajuste del tratamiento (Resnick et al., 2025).

## Plantilla A.2

### Datos básicos

- Código o identificador del caso:
- Profesional responsable:
- Fecha de inicio del plan:
- Fecha prevista de revisión:

### 1. Problema prioritario formulado

- Redactar el problema principal en lenguaje clínico-funcional.

### 2. Datos evaluativos que justifican la prioridad

- Hallazgos relevantes de BPRS:
- Hallazgos relevantes de GAF:
- Hallazgos relevantes de LSP:
- Hallazgos relevantes de CAN:
- Información clínica complementaria:

### 3. Objetivos SMART del componente TCC

#### Objetivo 1

- Específico:
- Indicador de logro:
- Plazo:
- Relevancia clínica y personal:

#### Objetivo 2

- Específico:
- Indicador de logro:
- Plazo:



- Relevancia clínica y personal:

### **Objetivo 3**

- Específico:
- Indicador de logro:
- Plazo:
- Relevancia clínica y personal:

### **4. Técnicas o procedimientos seleccionados**

- Técnica 1:
- Técnica 2:
- Técnica 3:
- Justificación de la selección:

### **5. Secuencia prevista de intervención**

- Fase inicial:
- Fase intermedia:
- Fase final:
- Criterios de avance entre fases:

### **6. Intensidad del tratamiento**

- Frecuencia prevista de sesiones:
- Duración prevista de las sesiones:
- Formato: individual / grupal / combinado
- Justificación de la intensidad:

### **7. Apoyos necesarios para la viabilidad del plan**

- Coordinación con psiquiatría:
- Coordinación con TO / enfermería / trabajo social / otros:
- Apoyos naturales o familiares:
- Condiciones ambientales relevantes:

### **8. Indicadores de progreso**

- Indicador clínico principal:
- Indicador funcional principal:



- Indicador subjetivo o centrado en la persona:
- Otros indicadores complementarios:

### 9. Criterios de revisión del plan

- ¿Qué señalaría que conviene mantener la línea actual?
- ¿Qué señalaría que conviene modificarla?
- ¿Qué señalaría que conviene intensificarla, pausarla o suspenderla?

#### Nota metodológica para la Plantilla A.2

La Plantilla A.2 es un soporte de planificación clínica, no un protocolo cerrado de indicación terapéutica. Su función es hacer trazable la relación entre formulación, objetivos, técnicas, intensidad, apoyos, indicadores y criterios de revisión. Debe utilizarse de forma colaborativa y ajustada al caso, incorporando la perspectiva de la persona y revisándose cuando el progreso, el estancamiento o la aparición de nuevas necesidades lo indiquen (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

## A.3. Plantilla de integración del plan TCC en el PAI

### Finalidad

Esta plantilla permite asegurar que el componente TCC no funcione de forma aislada respecto del PAI, sino como una parte específica y coordinada del mismo. Su objetivo es hacer visible la correspondencia entre metas globales de rehabilitación y objetivos técnicos de la intervención cognitivo-conductual. Esta articulación es coherente con la rehabilitación de adultos con psicosis compleja, que exige evaluación, planificación del cuidado, coordinación de apoyos y revisión periódica; también con la planificación colaborativa de objetivos y la toma de decisiones compartida en salud mental grave (NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

### Instrucciones de uso

Debe utilizarse cuando el plan TCC ya está formulado y conviene dejar explícita su articulación con el PAI. Resulta especialmente útil en revisión interdisciplinar y en coordinación entre profesionales. La plantilla ayuda a evitar que la TCC se convierta en un circuito paralelo al plan general, pero también protege frente al error inverso: diluir la intervención cognitivo-conductual hasta que deje de ser técnicamente reconocible.

### Plantilla A.3

#### Datos básicos

- Código o identificador del caso:
- Fecha de cumplimentación:



- Profesional que la completa:

Área del PAI	Objetivo general del PAI	Objetivo específico TCC asociado	Profesional responsable	Apoyos complementarios	Indicador de seguimiento
Sintomatología / malestar					
Funcionamiento cotidiano					
Participación social / comunitaria					
Prevención de recaídas					
Otras áreas relevantes					

#### Criterio de uso

No todas las áreas del PAI deben tener necesariamente un objetivo TCC asociado. Esta plantilla no pretende forzar una colonización cognitivo-conductual del plan general, sino identificar dónde la TCC aporta valor específico y dónde otras intervenciones son prioritarias.

**Nota metodológica para la Plantilla A.3** La Plantilla A.3 es una herramienta de integración clínica y coordinación interdisciplinar. No debe emplearse para convertir todo objetivo del PAI en objetivo TCC ni para sustituir la deliberación del equipo. Su valor reside en clarificar qué parte del plan general se beneficia de una intervención cognitivo-conductual específica, qué apoyos complementarios son necesarios y qué indicadores permitirán revisar si esa contribución sigue siendo pertinente (NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

## A.4. Ejemplo cumplimentado de plan TCC

### Caso ilustrativo breve

A continuación, se presenta un ejemplo resumido de uso combinado de las plantillas anteriores. Se trata de un caso compuesto y estrictamente didáctico. Su finalidad es mostrar cómo puede traducirse una formulación clínica a un plan TCC integrado en el PAI, no representar un caso real ni demostrar la eficacia de una intervención concreta. Los datos incluidos deben leerse como material de entrenamiento para la aplicación del manual, no como resultados empíricos ni como perfil identificable de una persona atendida (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).

#### A.4.1. Formulación resumida del caso

##### Problema prioritario actual

Varón con psicosis persistente que evita salir solo al entorno comunitario por miedo intenso a



ser observado y perseguido por vecinos, con aumento de voces en contextos de soledad e inactividad.

#### **Factores predisponentes**

Historia de rechazo social, sensibilidad a la crítica, autoestima baja, episodios psicóticos previos con consolidación de expectativas de amenaza interpersonal.

#### **Factores precipitantes**

Aislamiento prolongado, conflicto vecinal reciente, reducción de actividad diaria y aumento del tiempo en casa.

#### **Factores perpetuadores**

Hipervigilancia, comprobaciones repetidas, evitación de salidas, interpretación amenazante de señales ambiguas, dependencia excesiva del acompañamiento materno.

#### **Factores protectores**

Ausencia de consumo, cierto nivel de insight parcial, alianza terapéutica emergente, deseo explícito de poder salir más.

#### **Hipótesis central de mantenimiento**

La combinación entre vulnerabilidad interpersonal, interpretación persecutoria de señales ambiguas, aumento del malestar asociado a voces y evitación sistemática del entorno comunitario mantiene un círculo de retraimiento, confirmación subjetiva de amenaza y mayor absorción por la experiencia psicótica.

#### **Implicaciones para la intervención TCC**

Priorizar afrontamiento de voces, trabajo no confrontativo sobre interpretaciones de amenaza y exposición comunitaria muy graduada. Evitar debate cognitivo intenso en fases iniciales.

### **A.4.2. Plan resumido de intervención TCC**

<b>Problema</b>	<b>prioritario</b>	<b>formulado</b>
Evitación comunitaria mantenida por miedo persecutorio y malestar asociado a voces.		

#### **Datos evaluativos que justifican la prioridad**

- BPRS: elevación en suspicacia y alucinaciones
- GAF: deterioro funcional bajo-intermedio
- LSP: baja iniciativa social y escaso uso autónomo del entorno
- CAN: necesidades no cubiertas en actividad, compañía e integración comunitaria

#### **Objetivos SMART**

1. Durante cuatro semanas, identificar dos contextos frecuentes de aumento del malestar asociado a voces y registrar una estrategia de afrontamiento utilizada en cada uno.



2. Durante seis semanas, realizar dos salidas breves semanales al entorno próximo, inicialmente acompañado, registrando ansiedad previa y posterior.
3. Revisar semanalmente una situación de interpretación persecutoria para diferenciar hechos observados, significado atribuido y respuesta conductual.

#### **Técnicas seleccionadas**

- Psicoeducación cognitivo-conductual y normalización
- Estrategias de afrontamiento de voces
- Reestructuración cognitiva adaptada
- Exposición gradual a contextos comunitarios
- Experimentos conductuales simples

#### **Secuencia prevista**

- Fase inicial: alianza, formulación compartida, normalización
- Fase intermedia: afrontamiento + trabajo sobre amenaza + exposición funcional
- Fase final: consolidación y prevención de recaídas

#### **Intensidad**

- 1 sesión semanal
- 35–40 minutos
- Formato individual
- Coordinación puntual con psiquiatría y familia

#### **Indicadores de progreso**

- Malestar con voces 0–10
- Número de salidas semanales
- Nivel de ansiedad anticipatoria
- Grado de autonomía para salir sin acompañamiento

#### **Criterios de revisión**

- Mantener: si hay reducción de evitación y mejor afrontamiento
- Modificar: si la exposición resulta demasiado alta o incrementa suspicacia
- Pausar/reconfigurar: si aparece descompensación o ruptura de alianza



### A.4.3. Integración en el PAI

Área del PAI	Objetivo general del PAI	Objetivo específico TCC asociado	Profesional responsable	Apoyos complementarios	Indicador de seguimiento
Sintomatología / malestar	Reducir interferencia de ideas persecutorias y voces	Identificar interpretaciones de amenaza y practicar alternativas funcionales	Psicólogo/a	Psiquiatría	Malestar 0–10; convicción; interferencia
Funcionamiento cotidiano	Aumentar autonomía en salidas	Realizar salidas graduadas al entorno próximo	Psicólogo/a y educador/a social	Madre como apoyo inicial	Nº de salidas; grado de acompañamiento
Participación comunitaria	Recuperar uso básico de espacios del barrio	Exposición progresiva a calle, comercio y recurso comunitario	Educador/a social	TO si procede	Contextos alcanzados
Prevención de recaídas	Detectar señales de empeoramiento	Registrar aumento de voces, aislamiento y sueño alterado	Equipo de referencia	Psiquiatría	Señales tempranas registradas

#### Nota metodológica para el ejemplo A.4

El ejemplo A.4 es un caso compuesto y de finalidad pedagógica. No debe interpretarse como protocolo único, como caso real ni como demostración de eficacia. Su utilidad consiste en mostrar cómo las plantillas A.1, A.2 y A.3 pueden articular formulación, objetivos, técnicas, adaptaciones, indicadores y coordinación con el PAI. En la práctica real, el contenido debe ajustarse a la evaluación individual, la decisión compartida, los apoyos disponibles y la evolución clínica del caso (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

#### Nota de cierre del apéndice

Las plantillas de este apéndice completan el núcleo operativo del volumen junto con los apéndices B, C, D y E. En conjunto, permiten pasar de la teoría a la práctica de forma estructurada, trazable y adaptada al TMG. Bien utilizadas, ayudan a sostener continuidad, claridad clínica y articulación entre formulación, sesión, seguimiento y revisión del plan. Su valor, sin embargo, depende de que se utilicen como soportes vivos de razonamiento clínico, coordinación y revisión, no como formularios cerrados ni como sustitutos de la formulación individual o de la deliberación interdisciplinar (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).



## Apéndice B. Matrices de correspondencia instrumentos–objetivos de intervención

### Presentación del apéndice

Este apéndice reúne matrices de correspondencia entre los instrumentos de evaluación seleccionados en el volumen —BPRS, GAF, LSP y CAN— y las áreas prioritarias de intervención cognitivo-conductual. Su finalidad es facilitar una traducción rápida y clínicamente razonada desde los hallazgos evaluativos hacia decisiones de planificación terapéutica. Esta función es coherente con la literatura sobre la evaluación rutinaria de resultados (ROM) y feedback clínico, que subraya que las medidas son más útiles cuando informan decisiones reales, permiten revisar el progreso y ayudan a ajustar el tratamiento, y no cuando quedan como datos paralelos al proceso clínico (McAleavey et al., 2024).

Estas matrices no sustituyen la formulación clínica individualizada. Su función es servir como guía de apoyo para la priorización, la secuenciación y la selección de objetivos, especialmente en contextos donde el profesional necesita pasar de la información evaluativa a una hipótesis de intervención operativa sin perder coherencia metodológica. La guía NICE sobre rehabilitación para adultos con psicosis compleja sitúa la evaluación, la planificación del cuidado, las intervenciones y la revisión como componentes interdependientes del proceso rehabilitador, lo que respalda el uso de herramientas que ayuden a conectar medición, formulación, objetivos y seguimiento (NICE, 2020).

El criterio general de uso es el siguiente:

1. identificar los hallazgos más relevantes en cada instrumento;
2. valorar su significado clínico dentro del caso concreto;
3. utilizar la matriz correspondiente para orientar líneas de intervención;
4. integrar la información de las cuatro matrices en un perfil global;
5. decidir, a partir de esa integración, el problema prioritario y la línea inicial de trabajo.

Esta secuencia debe entenderse como un apoyo al razonamiento clínico y no como una automatización de la decisión. La planificación de objetivos en salud mental requiere que las metas sean individualizadas, colaborativas, revisables y conectadas con el contexto de vida de la persona; por tanto, ninguna correspondencia instrumento–objetivo debe aplicarse sin considerar la formulación del caso, la voz de la persona y las condiciones reales de apoyo (Stewart et al., 2022).



## B.1. Matriz BPRS → áreas prioritarias de intervención TCC

### Finalidad

Relacionar patrones sintomáticos relevantes detectados en la BPRS con líneas de intervención TCC prioritarias. La BPRS fue desarrollada originalmente como una escala breve para la evaluación de cambio clínico, y las versiones ampliadas han permitido organizar la carga psicopatológica en dimensiones clínicamente útiles para la planificación. En particular, los estudios de la BPRS-E han respaldado una estructura que distingue dominios como depresión/ansiedad, psicosis, síntomas negativos y activación, lo que justifica su lectura no solo como puntuación global, sino también como mapa cualitativo de problemas que pueden afectar a la viabilidad, intensidad y secuencia de la intervención (Overall & Gorham, 1962; Velligan et al., 2005).

### Criterio de uso

La BPRS debe leerse no solo como índice global de severidad, sino también como un mapa cualitativo de áreas psicopatológicas que afectan a la viabilidad, la secuencia y la intensidad del tratamiento. Una elevación en suspicacia o ideas inusuales no tiene la misma implicación técnica que una elevación predominante en depresión, ansiedad, activación o desorganización conceptual. Por tanto, la matriz BPRS no indica automáticamente una técnica, sino una dirección prudente de entrada: alianza, regulación, afrontamiento, simplificación, trabajo sobre amenaza, activación o prevención de crisis, según el patrón predominante (McAleavey et al., 2024; Overall & Gorham, 1962; Velligan et al., 2005).

**Tabla B.1. Correspondencia entre hallazgos BPRS y áreas de intervención TCC**

Hallazgo BPRS predominante	Significado clínico orientativo	Implicación para la intervención TCC
Susplicacia / paranoia elevadas	Alta sensibilidad a amenaza interpersonal, posible riesgo de alianza frágil	Priorizar alianza, formulación no confrontativa, trabajo sobre interpretaciones amenazantes, exposición muy graduada
Alucinaciones elevadas	Alta absorción por voces o experiencias perceptivas inusuales	Priorizar afrontamiento, normalización, trabajo sobre creencias de poder/intención, regulación del malestar
Ideas inusuales del pensamiento	Rigidez interpretativa o convicción delirante relevante	Priorizar formulación individualizada, exploración de evidencia no confrontativa, experimentos conductuales simples
Desorganización conceptual	Baja capacidad para sostener trabajo cognitivo complejo	Reducir complejidad, usar estructura externa, foco conductual, apoyos visuales, sesiones más breves
Ansiedad elevada	Hiperactivación, evitación o escalada emocional	Priorizar regulación de activación, grounding, exposición graduada y análisis de predicciones amenazantes
Depresión / culpa / desesperanza	Riesgo de inactividad, inhibición y baja expectativa de cambio	Priorizar activación conductual, trabajo sobre desesperanza, prevención del suicidio, objetivos muy graduados



Retraimiento emocional o motor	Baja energía, pasividad o síntomas negativos	Priorizar activación conductual de baja demanda, rutinas mínimas, refuerzo de pequeños logros
Hostilidad / irritabilidad	Riesgo de ruptura terapéutica, dificultad de colaboración	Priorizar contención, formulación del conflicto, regulación emocional, ajuste de demandas
Tensión / excitación	Riesgo de descompensación o baja tolerancia a carga cognitiva	Priorizar sesiones más estructuradas, objetivos únicos, coordinación con psiquiatría si procede

*Nota.* La Tabla B.1 es una matriz heurística de traducción clínica entre hallazgos predominantes de la BPRS y posibles áreas prioritarias de intervención TCC. No constituye un algoritmo validado de indicación terapéutica ni sustituye la formulación individual. La correspondencia debe interpretarse junto con el estado clínico actual, el funcionamiento, las necesidades no cubiertas, la alianza terapéutica y la capacidad de participación de la persona (McAleavey et al., 2024; Overall & Gorham, 1962; Velligan et al., 2005).

### Nota interpretativa

Un mismo caso puede presentar varios hallazgos elevados. En esos casos no debe intentarse intervenir sobre todos a la vez. La matriz ayuda a identificar qué dimensión está produciendo mayor interferencia actual y cuál conviene priorizar primero.

## B.2. Matriz GAF → intensidad y formato de intervención

### Finalidad

Relacionar el nivel funcional global estimado mediante la GAF con decisiones orientativas sobre intensidad, complejidad y formato de la intervención TCC. La GAF se ha utilizado como medida breve de funcionamiento psicológico, social y ocupacional, y su validación como escala breve de resultado mostró asociación con necesidades actuales de apoyo en población con trastornos mentales graves. Por ello, su utilidad en este apéndice no reside en decidir el contenido técnico de la TCC, sino en estimar qué nivel de exigencia puede tolerar razonablemente el plan de intervención (Jones et al., 1995).

### Criterio de uso

La GAF debe interpretarse como indicador global de funcionamiento y no como medida específica de indicación TCC. Un nivel funcional muy bajo sugiere que la intervención debe comenzar con objetivos mínimos, sesiones breves, tareas simples y alta coordinación. Un funcionamiento intermedio permite introducir gradualmente mayor carga técnica, siempre que la formulación lo justifique. Un funcionamiento más conservado puede permitir intervenciones más específicas, mayor trabajo cognitivo o formatos combinados, pero nunca elimina la necesidad de valorar síntomas, necesidades, apoyos y preferencias de la persona. Esta lectura es coherente con la rehabilitación de psicosis compleja, donde la planificación debe ajustarse al funcionamiento, a los apoyos y a la revisión continuada del plan (Jones et al., 1995; NICE, 2020).



**Tabla B.2. Correspondencia entre rango GAF e intensidad/formato de intervención**

Rango GAF orientativo	Perfil funcional aproximado	Intensidad y formato de intervención TCC
Muy bajo	Gran deterioro, alta dependencia, escasa autonomía, posible inestabilidad clínica	TCC muy adaptada, foco conductual, sesiones breves, apoyo ambiental intenso, coordinación estrecha, objetivos mínimos
Bajo	Deterioro funcional importante, pero cierta capacidad de participación	TCC individual muy estructurada, objetivos graduados, apoyo interprofesional, trabajo sobre rutinas y funcionalidad
Bajo-intermedio	Funcionamiento limitado pero con margen de participación en tareas concretas	TCC individual estándar adaptada, posibilidad de combinar con grupo si el perfil lo permite, objetivos SMART funcionales
Intermedio	Funcionamiento razonable con áreas específicas de deterioro	TCC individual o combinada, posibilidad de mayor complejidad cognitiva, foco en participación y prevención de recaídas
Intermedio-alto	Relativa autonomía con dificultades parciales	TCC más focalizada, posible formato breve o combinado, trabajo sobre problemas específicos y mantenimiento

*Nota.* La Tabla B.2 propone una correspondencia orientativa entre nivel funcional global e intensidad/formato de intervención TCC. No debe aplicarse de forma mecánica ni utilizarse como criterio único para decidir frecuencia, duración o complejidad del tratamiento. La GAF debe integrarse con la BPRS, la LSP, la CAN, la formulación clínica, la estabilidad actual y la disponibilidad real de apoyos (Jones et al., 1995; NICE, 2020).

#### **Nota interpretativa**

A menor funcionamiento global, mayor necesidad de:

- simplificación,
- estructura externa,
- coordinación,
- y objetivos centrados en conductas mínimas y estabilidad básica.

A mayor funcionamiento global, mayor margen para:

- reestructuración cognitiva más elaborada,
- trabajo sobre cogniciones transversales,
- prevención de recaídas avanzada,
- y combinación con formatos grupales o comunitarios.

## B.3. Matriz LSP → objetivos funcionales de intervención

### Finalidad

Relacionar áreas funcionales detectadas mediante la LSP con objetivos funcionales de intervención TCC. La Life Skills Profile fue desarrollada como una medida de función y discapacidad en esquizofrenia, orientada a valorar dimensiones relevantes para la supervivencia, funcionamiento y adaptación comunitaria. Esta orientación la convierte en un instrumento especialmente adecuado para traducir dificultades de autocuidado, iniciativa social, comunicación, cumplimiento terapéutico o conducta social a objetivos funcionales concretos dentro del plan TCC (Rosen et al., 1989).

### Criterio de uso

La LSP no debe leerse únicamente como descripción del funcionamiento, sino como punto de partida para formular objetivos observables y revisables. Un déficit en autocuidado puede traducirse a rutinas, activación y secuenciación de hábitos; una baja iniciativa social puede orientar exposición, habilidades sociales y trabajo sobre autoestigma; las dificultades de cumplimiento terapéutico pueden requerir psicoeducación, resolución de problemas y prevención de recaídas; y la conducta social desajustada puede orientar regulación emocional, solución de problemas y control estímulos. La planificación de objetivos debe mantenerse individualizada y colaborativa, evitando que la dimensión funcional se convierta en una meta impuesta desde el profesional (NICE, 2020; Rosen et al., 1989; Stewart et al., 2022).

**Tabla B.3. Correspondencia entre dimensiones LSP y objetivos funcionales TCC**

Dimensión afectada	LSP	Significado clínico orientativo	Objetivos de intervención TCC sugeridos
Autocuidado		Dificultades en higiene, vestido, alimentación o rutina básica	Activación conductual mínima, secuencias de autocuidado, uso de señales externas, refuerzo inmediato
Comportamiento social / iniciativa social		Retraimiento, interacción, interpersonal, evitación	Entrenamiento en habilidades sociales, exposición comunitaria, trabajo sobre ansiedad social y autoestigma
Comunicación		Dificultad para expresar necesidades, pedir ayuda o sostener intercambio	Ensayo conductual, modelado, resolución de problemas, trabajo sobre creencias de incapacidad interpersonal
Responsabilidad		Problemas en cumplimiento de citas, rutinas, compromisos o manejo del entorno	Planificación conductual, resolución de problemas aplicada, estructuración del tiempo, prevención de abandono

Comportamiento no perturbador	Impulsividad, desorganización conductual, reactividad interpersonal	Regulación emocional, análisis funcional, prevención de crisis, estrategias de pausa y respuesta alternativa
-------------------------------	---	--

*Nota.* La Tabla B.3 traduce dimensiones funcionales de la LSP a objetivos preliminares de intervención TCC. Esta traducción es operativa, no psicométrica. La matriz no establece que todo déficit LSP deba abordarse mediante TCC ni que exista una equivalencia automática entre dimensión funcional y técnica. Su función es ayudar a formular objetivos funcionales concretos, revisables y coordinados con el PAI (NICE, 2020; Rosen et al., 1989; Stewart et al., 2022).

#### **Nota interpretativa**

La LSP es especialmente útil cuando el profesional necesita desplazar el foco desde “el problema psiquiátrico” hacia qué no está pudiendo hacer la persona en su vida cotidiana y cómo ese déficit puede formularse como objetivo progresivo de intervención.

## **B.4. Matriz CAN → necesidades no cubiertas abordables mediante TCC**

#### **Finalidad**

Relacionar necesidades detectadas mediante la *Camberwell Assessment of Need (CAN)* con su posible abordaje desde el componente TCC. La CAN fue desarrollada para evaluar necesidades de personas con enfermedad mental grave, distinguiendo necesidades ausentes, cubiertas y no cubiertas. Esta estructura resulta especialmente útil para la rehabilitación psicosocial porque permite diferenciar problemas que pueden abordarse directamente mediante intervención psicológica de otros que requieren coordinación, recursos sociales, apoyo residencial, intervención sanitaria o modificación del entorno (Phelan et al., 1995).

#### **Criterio de uso**

La CAN debe utilizarse para evitar dos errores. El primero es psicologizar necesidades que son principalmente sociales, materiales o de apoyo contextual. El segundo es pasar por alto que algunas necesidades no cubiertas sí tienen componentes cognitivos, emocionales o conductuales abordables mediante TCC. Por ejemplo, el malestar psicológico, la actividad diurna, el aislamiento o el manejo de síntomas pueden beneficiarse de regulación emocional, activación, habilidades sociales, exposición, afrontamiento o prevención de recaídas. En cambio, necesidades como alojamiento, economía o acceso a recursos no deben presentarse como objetivos directos de TCC, aunque la intervención pueda trabajar el impacto emocional, la resolución de problemas o la adherencia a gestiones relacionadas con esas áreas (NICE, 2020; Phelan et al., 1995).



**Tabla B.4. Correspondencia entre necesidades CAN y pertinencia del componente TCC**

Necesidad detectada en CAN	¿Es abordable directamente mediante TCC?	Implicación clínica
Malestar psicológico	Sí, con alta pertinencia	Priorizar afrontamiento, activación, regulación, reestructuración o trabajo específico según problema
Compañía / aislamiento	Parcialmente	TCC puede trabajar evitación, autoestigma y habilidades sociales; requiere también intervención comunitaria
Actividad diurna	Sí, con alta pertinencia	Activación conductual, estructura del día, resolución de problemas, coordinación ocupacional
Manejo de síntomas	Sí, con alta pertinencia	Psicoeducación, afrontamiento, prevención de recaídas, trabajo cognitivo o conductual específico
Adherencia al tratamiento	Sí, parcialmente	Trabajo sobre creencias, rutinas, prevención de abandono y coordinación con psiquiatría/enfermería
Relaciones interpersonales	Sí, parcialmente	Habilidades sociales, regulación emocional, análisis funcional del conflicto
Seguridad / riesgo	No como único abordaje	Requiere respuesta clínica prioritaria y coordinación; TCC puede integrarse después
Vivienda / recursos económicos	No directamente	Requiere trabajo social y apoyos del sistema; TCC puede trabajar impacto emocional o conductual secundario
Trámites / gestión administrativa	Parcialmente	TCC puede aportar resolución de problemas y reducción de evitación, pero no sustituye apoyo práctico
Proyecto vital / sentido	Sí, parcialmente	Puede trabajarse desde activación, valores, desesperanza y reconstrucción de agencia

*Nota.* La Tabla B.4 aplica la lógica de la CAN a la planificación TCC. La distinción entre necesidad abordable directamente, parcialmente abordable o no abordable de forma directa mediante TCC es una síntesis operativa del manual. No sustituye la valoración interdisciplinar ni la voz de la persona. Cuando una necesidad sea social, residencial, económica o sanitaria, la TCC puede tener un papel complementario, pero no debe reemplazar la coordinación ni los apoyos específicos que esa necesidad requiere (NICE, 2020; Phelan et al., 1995).

#### **Nota interpretativa**

Una necesidad detectada por la CAN puede ser:

- **objetivo directo de TCC,**
- **coobjetivo compartido con otros profesionales,**
- **o condición previa que debe resolverse antes de intensificar la intervención.**

## B.5. Matriz integrada de perfil evaluativo global → línea de intervención prioritaria

### Finalidad

Integrar la información procedente de BPRS, GAF, LSP y CAN para orientar la línea inicial de intervención TCC. La utilidad de esta matriz reside en combinar carga psicopatológica, funcionamiento global, habilidades de vida cotidiana y necesidades cubiertas/no cubiertas dentro de una hipótesis clínica única. Esta integración permite reducir la arbitrariedad de la decisión inicial, pero no elimina la necesidad de formulación individual. La matriz integrada debe entenderse como una ayuda para ordenar la deliberación clínica, no como un algoritmo empíricamente validado (Jones et al., 1995; McAleavey et al., 2024; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989).

### Criterio de uso

La matriz integrada debe emplearse tras revisar las cuatro matrices previas. Su objetivo es identificar una línea inicial de trabajo proporcionada al perfil global de la persona. Una configuración con alta carga psicopatológica, bajo funcionamiento, deterioro funcional significativo y varias necesidades no cubiertas no debería conducir de entrada a una TCC cognitivamente compleja. En esos casos, suele ser más prudente comenzar por alianza, estabilización, afrontamiento, estructuración básica, apoyos externos y coordinación. En cambio, perfiles con menor carga psicopatológica, funcionamiento intermedio o conservado, habilidades relativamente preservadas y necesidades focales pueden permitir mayor peso de activación, exposición, habilidades sociales o trabajo cognitivo específico. Esta interpretación debe mantenerse revisable y ajustarse a la evolución del caso y a los objetivos acordados con la persona (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022).

**Tabla B.5. Perfil evaluativo integrado y línea inicial de intervención TCC**

Configuración evaluativa predominante	Lectura clínica integrada	Línea inicial de intervención prioritaria
BPRS alta en paranoia/alucinaciones + GAF bajo + LSP afectada en iniciativa + CAN con necesidades de actividad/compañía	Psicosis persistente con evitación y deterioro funcional	Alianza, afrontamiento, normalización, exposición funcional muy graduada
BPRS moderada con depresión/ansiedad + GAF bajo + LSP muy afectada en autocuidado y rutina + CAN con necesidades de actividad	Depresión resistente o cuadro afectivo cronificado con colapso conductual	Activación conductual intensiva y muy graduada, resolución de problemas básica, prevención del suicidio
BPRS sin psicosis florida, pero con activación/intermitencia + GAF intermedio + LSP alterada en responsabilidad + CAN con necesidades en adherencia	Trastorno bipolar estable pero vulnerable a recaída	Psicoeducación, regulación de ritmos, prevención de recaídas, trabajo sobre adherencia
BPRS con ansiedad/irritabilidad + GAF bajo + LSP afectada en responsabilidad y	Trastorno de personalidad grave con	Regulación emocional, análisis funcional de crisis,

comportamiento interpersonal + CAN alta en seguridad y apoyo	desregulación y riesgo de ruptura	prevención de ruptura terapéutica
BPRS con desorganización alta + GAF muy bajo + LSP muy afectada + CAN múltiples necesidades básicas	Baja tolerancia a intervención cognitiva compleja	Estructura externa, foco conductual, simplificación máxima, coordinación prioritaria con equipo

*Nota.* La Tabla B.5 es una matriz de integración clínica. No debe utilizarse para asignar técnicas de forma automática. Su valor reside en ordenar la transición entre evaluación y planificación: qué problema parece prioritario, qué nivel de complejidad puede tolerar el caso, qué apoyos son necesarios y qué línea inicial resulta más prudente. La decisión final debe incorporar formulación clínica, preferencias de la persona, juicio profesional, coordinación con el equipo y revisión periódica del PAI (Jones et al., 1995; McAlavey et al., 2024; NICE, 2020; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989).

### Uso recomendado

Esta matriz integrada resulta especialmente útil en:

- primeras decisiones de planificación,
- reuniones de equipo,
- revisión del PAI,
- y transición desde evaluación descriptiva a plan TCC.

No debe utilizarse de forma automática. Sirve para ordenar la decisión clínica, no para reemplazarla.

## B.6. Integración de las cuatro matrices en un perfil evaluativo global orientado a la planificación TCC

La utilidad real del apéndice aparece cuando se leen las cuatro matrices de forma integrada. Por ejemplo, una persona con BPRS alta en suspicacia y alucinaciones, GAF baja, LSP con deterioro en autocuidado e iniciativa social y CAN con necesidades no cubiertas en actividad diurna y apoyo social no debería iniciar con una TCC cargada de reestructuración cognitiva abstracta. La entrada más razonable sería alianza, normalización, afrontamiento, estructuración básica y coordinación. En cambio, otra persona con BPRS moderada, GAF intermedia, LSP relativamente conservada y CAN centrada en aislamiento y actividad significativa podría beneficiarse de un plan con más peso en habilidades sociales, exposición, activación y trabajo sobre expectativas de fracaso. Ésa es la función de la evaluación orientada a TCC: no acumular puntuaciones, sino preparar decisiones (McAlavey et al., 2024; NICE, 2020).

Esta integración debe hacerse de forma deliberativa. La matriz no “decide” por el profesional. Ayuda a formular una hipótesis inicial que después debe contrastarse con la persona, con el equipo y con la evolución del tratamiento. En la práctica, el resultado más útil de este apéndice no es una correspondencia cerrada entre escala y técnica, sino una pregunta clínica mejor formulada: dado este perfil psicopatológico, funcional y de necesidades, ¿qué línea de intervención resulta más proporcionada, más segura y significativa para este momento del

proceso? Esta pregunta es coherente con la planificación de objetivos en salud mental y con la atención rehabilitadora basada en evaluación, intervención y revisión (NICE, 2020; Stewart et al., 2022).

### **Esquema resumido de uso**

**BPRS** nos dice:

→ qué tipo de malestar o sintomatología interfiere más.

**GAF** nos dice:

→ cuánta complejidad e intensidad puede tolerar el plan.

**LSP** nos dice:

→ dónde se atasca la vida cotidiana.

**CAN** nos dice:

→ qué necesidades siguen abiertas y qué parte compete al componente TCC.

**Integración final:**

→ qué conviene trabajar primero, con qué formato y con qué expectativas realistas.

### **Nota de cierre del apéndice**

Las matrices de este apéndice deben utilizarse como herramientas de orientación clínica. Su valor reside en hacer más visible el paso desde la evaluación descriptiva hacia la decisión terapéutica: qué priorizar, con qué intensidad comenzar, qué técnicas considerar, qué apoyos activar y qué indicadores monitorizar. No deben emplearse como reglas automáticas ni como sustitutos de la formulación individualizada. Bien utilizadas, permiten reducir arbitrariedad, mejorar trazabilidad y favorecer una planificación TCC más coherente con el PAI y con la realidad funcional de la persona (Jones et al., 1995; McLeavey et al., 2024; NICE, 2020; Overall & Gorham, 1962; Phelan et al., 1995; Rosen et al., 1989; Stewart et al., 2022; Velligan et al., 2005).

# Apéndice C. Algoritmos de decisión clínica en formato visual

## Presentación del apéndice

Este apéndice traduce a secuencias de decisión rápidas la lógica desarrollada principalmente en los capítulos 4 y 9. Su finalidad no es sustituir el juicio clínico, sino hacerlo más explícito, más trazable y fácil de aplicar en contextos reales de rehabilitación psicosocial. Esta lógica resulta coherente con la monitorización rutinaria de resultados y la atención basada en medidas, siempre que los datos clínicos se utilicen activamente para planificar, revisar y ajustar el tratamiento, y no como un registro paralelo sin consecuencias clínicas (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

Los algoritmos se presentan en formato textual secuencial para facilitar su lectura, revisión y adaptación al estilo documental de cada servicio. Deben entenderse como heurísticas estructuradas de decisión clínica dentro del PAI. La guía NICE sobre rehabilitación para adultos con psicosis compleja sitúa la evaluación, la planificación del cuidado, la intervención y la revisión continuada como componentes centrales del proceso rehabilitador, lo que refuerza la utilidad de herramientas que ordenen la decisión sin automatizarla (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020).

El criterio general de uso es sencillo:

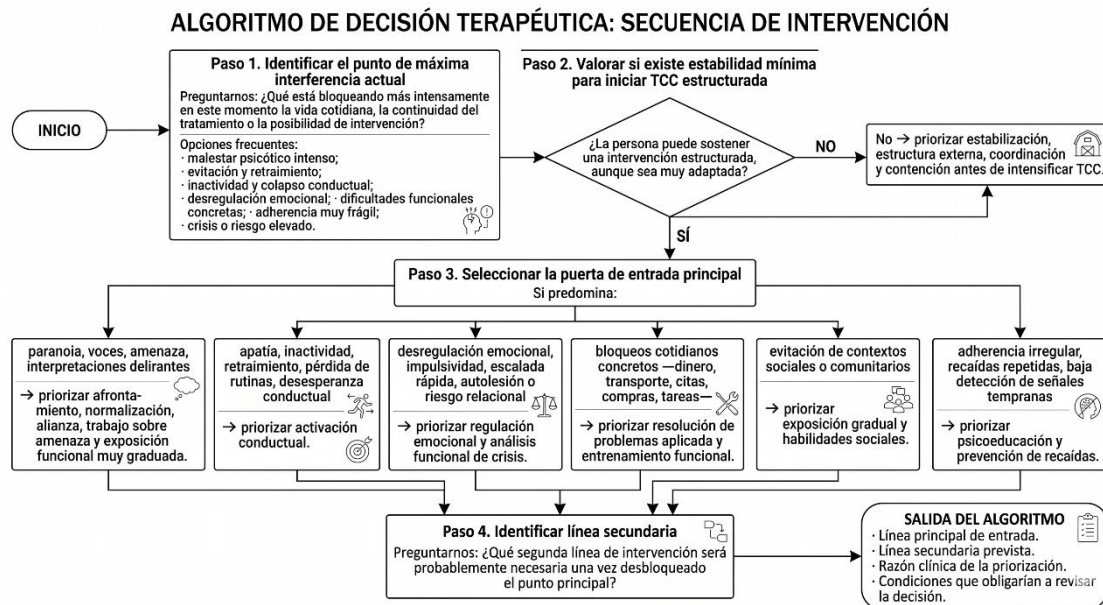
- leer el algoritmo como una ruta de decisión orientativa;
- no como una secuencia rígida e infalible;
- utilizarlo para ordenar el razonamiento clínico;
- y dejar constancia, cuando proceda, de por qué se siguió o se modificó una determinada ruta.

## C.1. Algoritmo de selección de la línea de intervención TCC

### Finalidad

Responder a la pregunta: dado este perfil clínico-funcional, qué línea de intervención cognitivo-conductual conviene priorizar primero. La selección de línea inicial debe basarse en el punto de máxima interferencia actual, el perfil funcional, la estabilidad clínica, la capacidad de participación y la posibilidad real de coordinación con el PAI. Esta decisión debe formularse con prudencia: la evidencia sobre TCC en psicosis, síntomas negativos, activación conductual y rehabilitación funcional permite orientar líneas de intervención, pero no autoriza una asignación automática de técnicas por diagnóstico o puntuación aislada (Berendsen et al., 2024; Cella et al., 2023; Cuijpers et al., 2023; NICE, 2020).

Figura 1. Algoritmo de selección de la línea de intervención TCC.



### Nota metodológica para el Algoritmo C.1

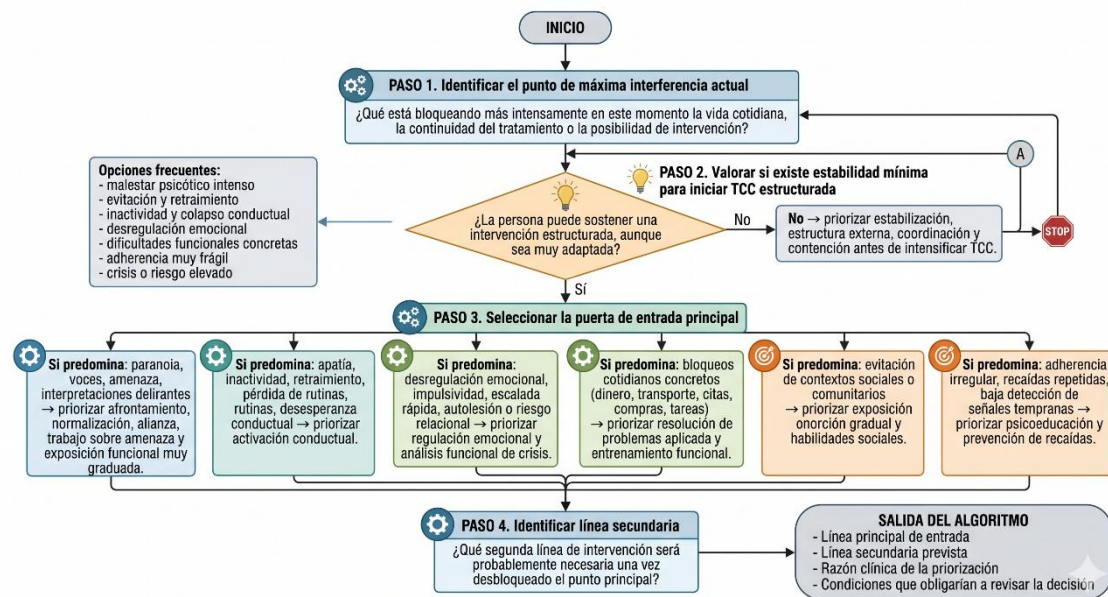
Este algoritmo ofrece una ruta orientativa de selección de línea inicial de intervención. No establece correspondencias automáticas entre síntoma, diagnóstico y técnica. Su finalidad es identificar qué línea de trabajo puede desbloquear más el caso en este momento, integrando gravedad, modificabilidad, funcionamiento, alianza, preferencias de la persona y contexto de apoyos (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

## C.2. Algoritmo de secuenciación de intervenciones

### Finalidad

Responder a la pregunta: en qué orden conviene abordar las diferentes áreas del caso. La secuenciación no debe decidirse solo por la gravedad aparente del problema, sino por su función de bloqueo, su modificabilidad, su relevancia para la persona y su impacto sobre la viabilidad del resto del tratamiento. La planificación colaborativa de objetivos en salud mental y la literatura sobre engagement en terapia psicológica en psicosis apoyan que la secuencia sea comprensible, tolerable y significativa para la persona, no solo técnicamente correcta desde el punto de vista profesional (Fahy et al., 2025; Stewart et al., 2022).

Figura 2. Algoritmo de selección de la línea de intervención TCC.



### Nota metodológica para el Algoritmo C.2

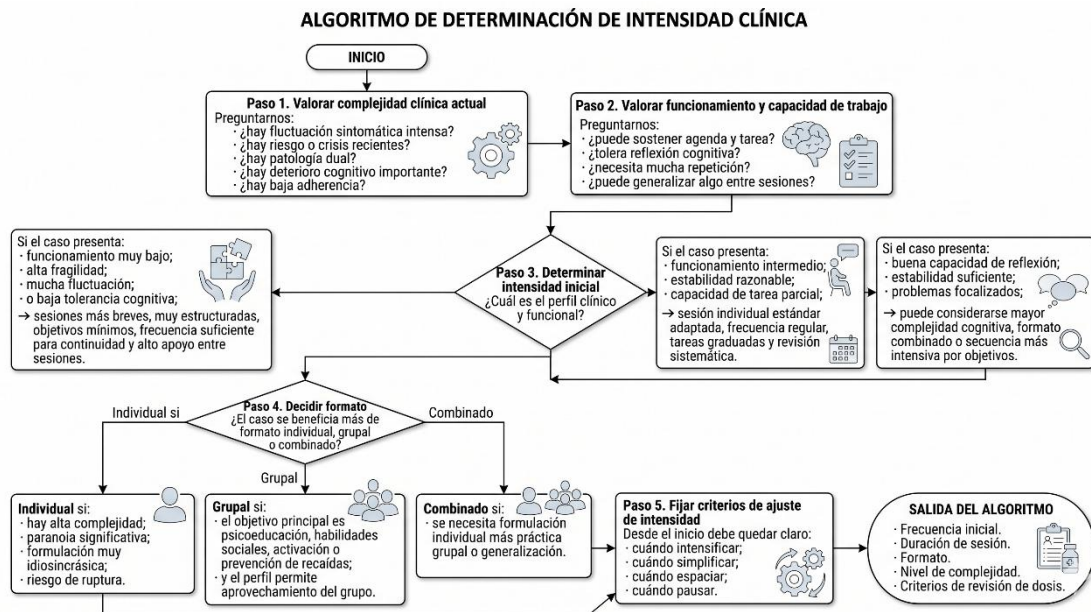
Este algoritmo ayuda a ordenar la secuencia de intervención, pero no sustituye la formulación clínica ni la priorización compartida. La secuencia debe revisarse si cambia el riesgo, la alianza, la estabilidad sintomática, el contexto de apoyos o el significado subjetivo del objetivo para la persona (Fahy et al., 2025; NICE, 2020; Stewart et al., 2022).

## C.3. Algoritmo de determinación de intensidad

### Finalidad

Responder a la pregunta: qué dosis terapéutica necesita y tolera este caso. La intensidad no debe decidirse solo por disponibilidad organizativa. Debe derivarse del perfil clínico-funcional, la estabilidad, la tolerancia cognitiva, la capacidad de generalización y los apoyos disponibles. En esta decisión, la atención basada en medidas y la monitorización rutinaria de resultados ayudan a revisar si la dosis elegida produce continuidad, progreso y seguridad, o si debe modificarse (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

Figura 3. Algoritmo de determinación de intensidad



**Nota metodológica para el Algoritmo C.3**

Los criterios de intensidad son orientativos y deben revisarse periódicamente. No constituyen una dosis empíricamente validada para todas las personas con TMG. La intensidad debe ajustarse según respuesta, tolerancia, estabilidad clínica, capacidad de generalización, apoyo disponible y objetivos del PAI (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

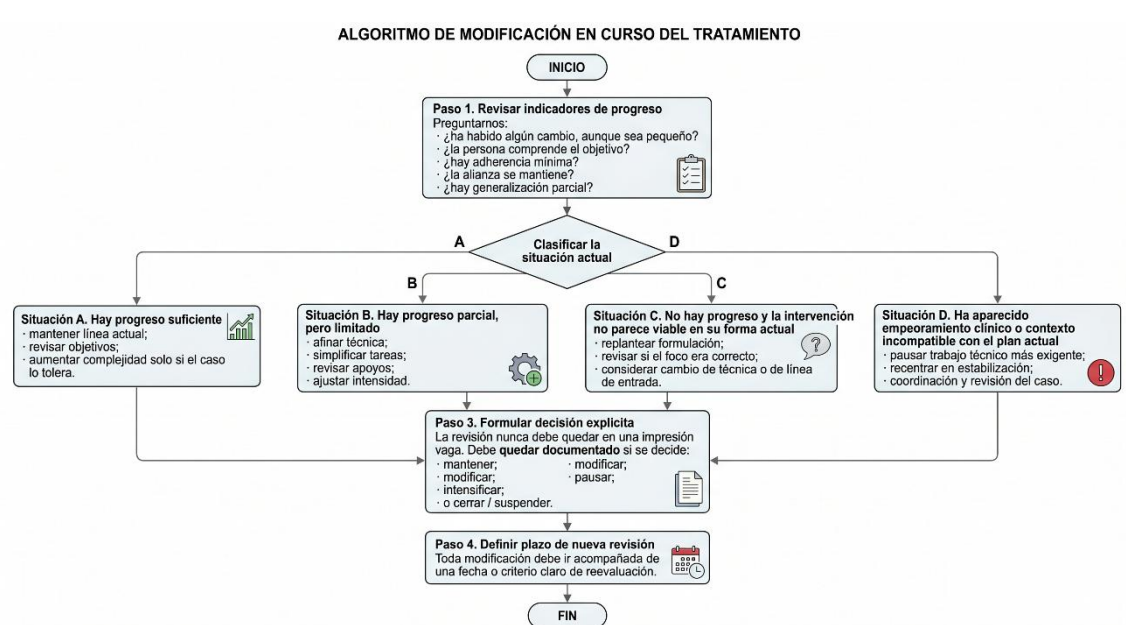
## C.4. Algoritmo de modificación en curso del tratamiento

**Finalidad**

Responder a la pregunta: cuándo conviene mantener, modificar, intensificar o suspender la intervención TCC. La revisión del tratamiento debe apoyarse en indicadores clínicos, funcionales y subjetivos, no solo en la impresión global del profesional. El valor de la monitorización rutinaria y del feedback clínico está precisamente en activar decisiones cuando hay progreso, estancamiento, empeoramiento o pérdida de viabilidad (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).



Figura 4. Algoritmo de modificación en curso del tratamiento



#### Nota metodológica para el Algoritmo C.4

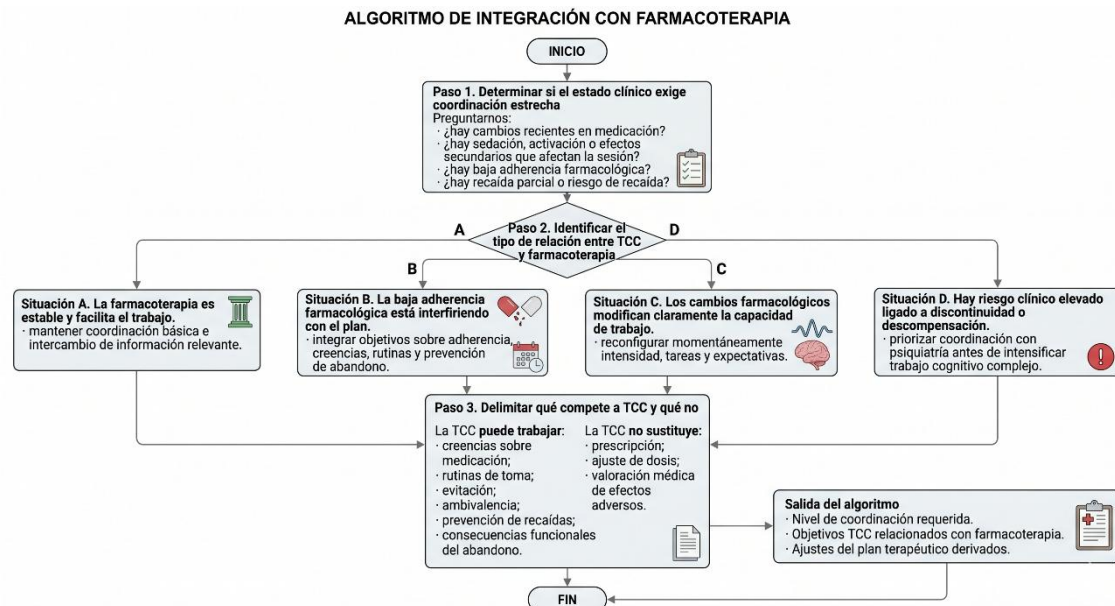
Este algoritmo no define éxito o fracaso terapéutico. Define momentos de revisión. Su finalidad es evitar que el tratamiento continúe por inercia, que se modifique sin criterio o que se suspenda sin haber revisado formulación, dosis, técnica, alianza, apoyos y contexto (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

## C.5. Algoritmo de integración con farmacoterapia

### Finalidad

Responder a la pregunta: cómo integrar la TCC con el tratamiento psicofarmacológico sin disolver la especificidad de ninguno. En personas con TMG, la estabilidad clínica, la tolerancia cognitiva, la capacidad de sostener tareas y el riesgo de recaída pueden verse influidos por cambios farmacológicos, adherencia, efectos adversos o discontinuidad. La TCC puede trabajar creencias, rutinas, ambivalencia y consecuencias funcionales de la adherencia, pero no sustituye la prescripción ni la valoración médica de efectos adversos (NICE, 2014, 2020; Prajapati et al., 2021).

Figura 5. Algoritmo de integración con farmacoterapia



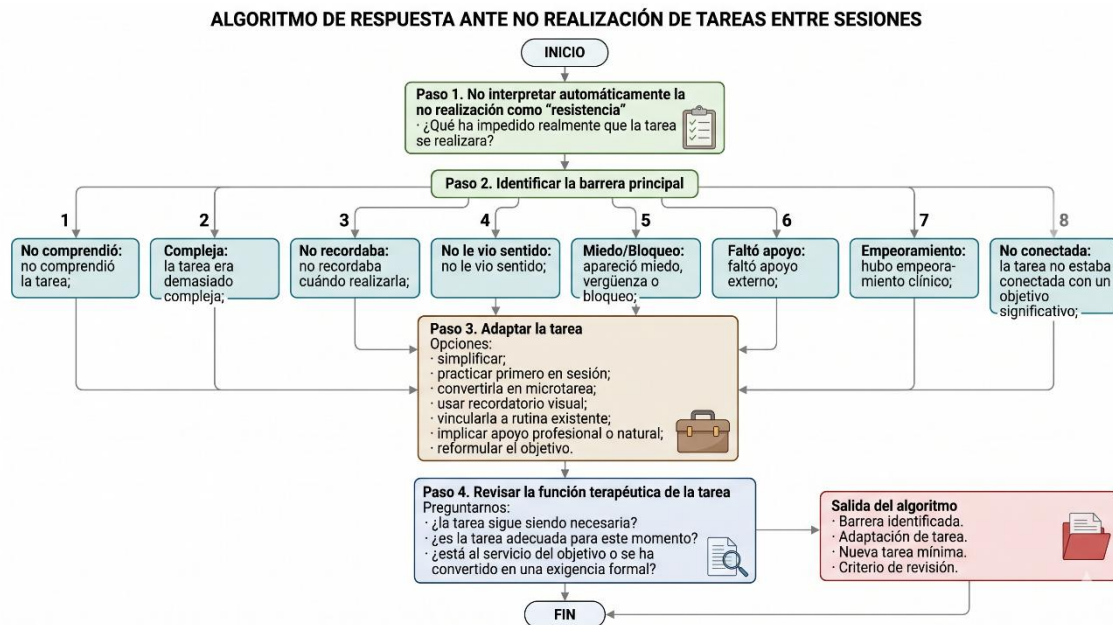
**Nota metodológica para el Algoritmo C.5** Este algoritmo delimita la contribución psicológica de la TCC en relación con la farmacoterapia. Debe aplicarse siempre respetando competencias profesionales, protocolos del servicio y coordinación con psiquiatría. La TCC puede intervenir sobre significados, rutinas, barreras conductuales y prevención de recaídas, pero no sobre decisiones de prescripción o ajuste médico (NICE, 2014, 2020; Prajapati et al., 2021).

## C.6. Algoritmo de respuesta ante no realización de tareas entre sesiones

### Finalidad

Responder a la pregunta: qué hacer cuando la persona no realiza la tarea entre sesiones. Las tareas entre sesiones pueden contribuir al aprendizaje y generalización en TCC, pero en TMG su no realización debe analizarse como información clínica sobre comprensión, viabilidad, alianza, carga cognitiva, contexto y significado de la tarea, no como resistencia automática (Fahy et al., 2025; Kazantzis et al., 2010).

Figura 6. Algoritmo de respuesta ante no realización de tareas entre sesiones



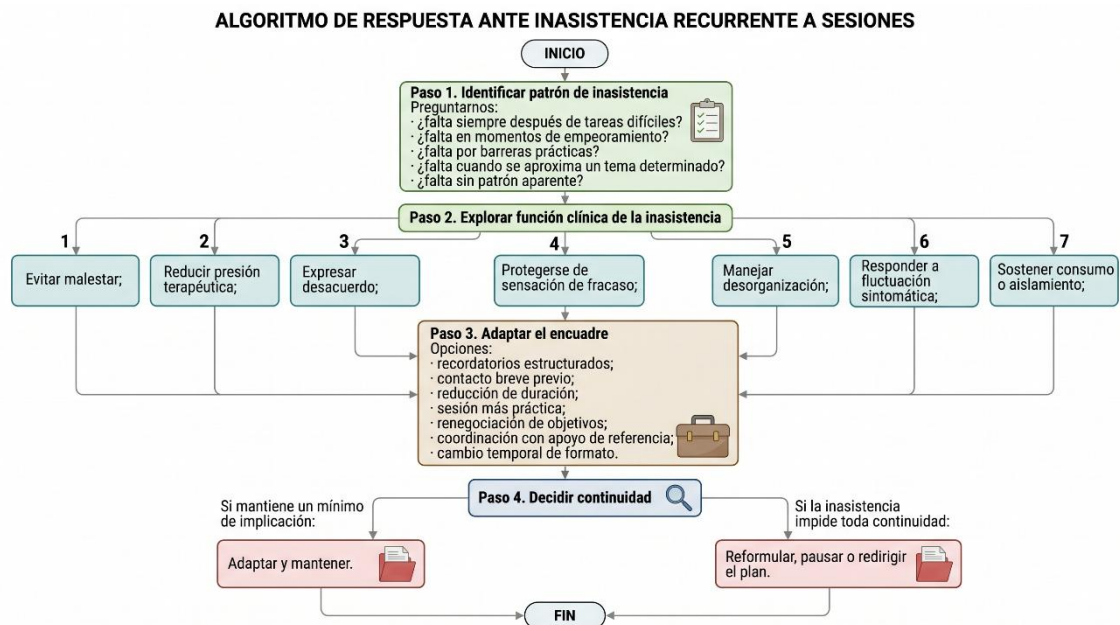
**Nota metodológica para el Algoritmo C.6** La tarea no realizada debe leerse como información para ajustar la intervención. Si la tarea se mantiene sin revisar barreras, puede deteriorar alianza y aumentar experiencia de fracaso. Si se adapta con precisión, puede recuperar su función de puente entre sesión y vida cotidiana (Fahy et al., 2025; Kazantzis et al., 2010).

## C.7. Algoritmo de respuesta ante inasistencia recurrente a sesiones

### Finalidad

Responder a la pregunta: qué hacer cuando la persona falta de forma repetida a las sesiones. La inasistencia recurrente puede reflejar evitación, desorganización, baja expectativa de utilidad, barreras prácticas, fluctuación sintomática, consumo, síntomas negativos o desacuerdo con objetivos. Por ello, debe formularse como dato clínico y organizativo, no solo como incumplimiento (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

Figura 7. Algoritmo de respuesta ante inasistencia recurrente a sesiones



**Nota metodológica para el Algoritmo C.7**

Este algoritmo evita interpretar la inasistencia como falta de voluntad sin análisis previo. La continuidad terapéutica en TMG depende de barreras clínicas, relacionales, prácticas y organizativas; por ello, la respuesta debe combinar formulación, adaptación y coordinación (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

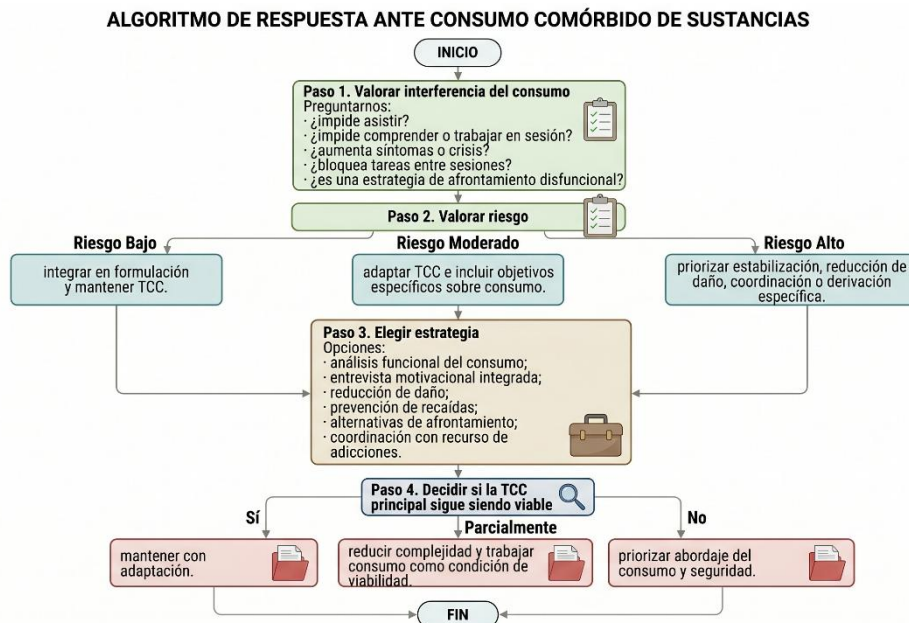
## C.8. Algoritmo de respuesta ante consumo comórbido de sustancias

**Finalidad**

Responder a la pregunta: cómo adaptar la TCC cuando existe consumo comórbido de sustancias. Las intervenciones cognitivo-conductuales para trastornos concurrentes de consumo y salud mental pueden ser útiles, pero la decisión debe considerar interferencia, riesgo, función del consumo y motivación al cambio. En TMG, el consumo no debe tratarse como elemento externo al caso, sino como parte de la formulación cuando afecta estabilidad, adherencia, recaídas o funcionamiento (Magill et al., 2025).



Figura 8. Algoritmo de respuesta ante consumo comórbido de sustancias



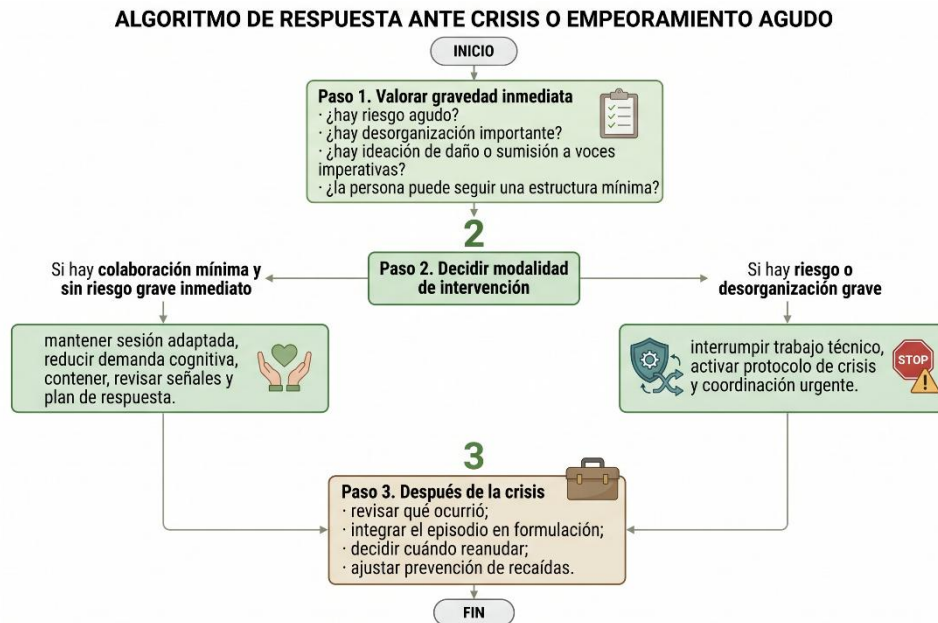
**Nota metodológica para el Algoritmo C.8** Este algoritmo orienta la decisión ante consumo comórbido, pero no sustituye la evaluación especializada en adicciones ni los protocolos locales. Su función es distinguir cuándo el consumo puede integrarse en la formulación TCC y cuándo debe pasar a ser prioridad clínica por su interferencia o riesgo (Magill et al., 2025; NICE, 2020).

## C.9. Algoritmo de respuesta ante crisis o empeoramiento agudo

### Finalidad

Responder a la pregunta: qué hacer cuando aparece una crisis durante el proceso TCC. Ante crisis, autolesión, ideación de daño, sumisión a voces imperativas, desorganización grave o riesgo agudo, la prioridad deja de ser aplicar la técnica prevista y pasa a ser seguridad, contención, evaluación y coordinación. NICE NG225 cubre la evaluación, manejo y prevención de recurrencia de autolesión, y NICE NG181 refuerza la necesidad de revisar apoyos y planes en personas con psicosis compleja (NICE, 2020, 2022/2024).

Figura 9. Algoritmo de respuesta ante crisis o empeoramiento agudo



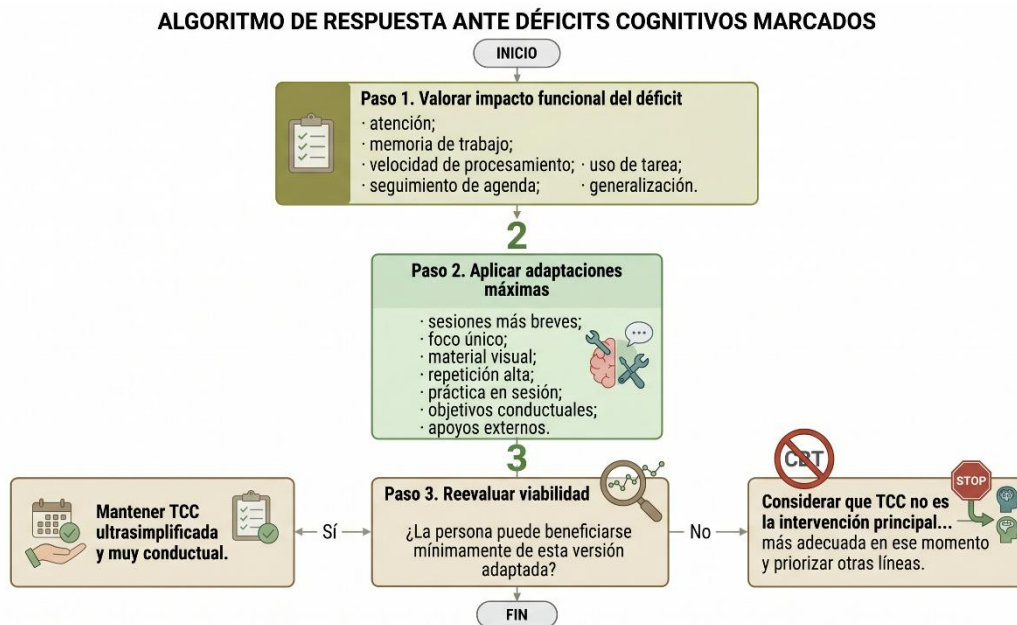
**Nota metodológica para el Algoritmo C.9** Este algoritmo no sustituye protocolos locales de crisis, autolesión, heteroagresividad o urgencias. Su finalidad es recordar que, ante crisis, la TCC debe subordinarse temporalmente a seguridad, contención, evaluación, coordinación y seguimiento posterior (NICE, 2020, 2022/2024).

## C.10. Algoritmo de respuesta ante déficits cognitivos marcados

### Finalidad

Responder a la pregunta: hasta qué punto la TCC sigue siendo viable cuando la cognición está muy comprometida. En personas con TMG, los déficits de atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, seguimiento de agenda y generalización pueden obligar a simplificar radicalmente la intervención o a priorizar temporalmente otras líneas de apoyo rehabilitador (NICE, 2020).

Figura 10. Algoritmo de respuesta ante déficits cognitivos marcados



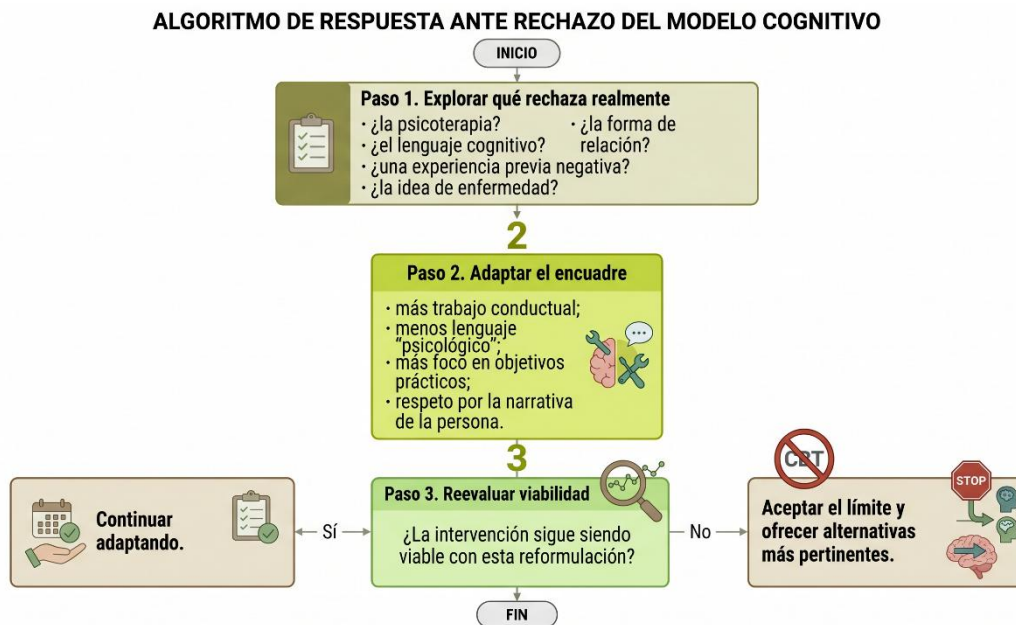
**Nota metodológica para el Algoritmo C.10** La no viabilidad de la TCC debe formularse como temporal y revisable, no como exclusión definitiva. Si la persona no puede beneficiarse ni siquiera de una versión muy simplificada, conviene priorizar estabilización, estructura externa, intervención ocupacional, remediación cognitiva, apoyos ambientales o coordinación antes de reintroducir componentes TCC más complejos (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).

### C.11. Algoritmo de respuesta ante rechazo del modelo cognitivo

#### Finalidad

Responder a la pregunta: qué hacer cuando la persona no acepta el lenguaje o la lógica del modelo cognitivo. El rechazo puede deberse a experiencias previas de invalidación, discrepancia con la narrativa personal, factores culturales, temor a ser corregida o desacuerdo con el objetivo propuesto. La toma de decisiones compartida y la planificación colaborativa de objetivos permiten reformular la intervención sin imponer un lenguaje técnico que la persona no reconoce como útil (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

Figura 11. Algoritmo de respuesta ante rechazo del modelo cognitivo



#### Nota metodológica para el Algoritmo C.11

El rechazo del modelo cognitivo no debe etiquetarse automáticamente como resistencia. Puede indicar que el lenguaje, la prioridad o el formato no se ajustan a la experiencia de la persona. La adaptación debe preservar la alianza y el sentido subjetivo del tratamiento, manteniendo la posibilidad de trabajar objetivos prácticos sin imponer una formulación que la persona no puede aceptar en ese momento (Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).

#### C.12. Nota de cierre del apéndice

Los algoritmos de este apéndice no deben entenderse como sustitutos de la deliberación clínica, sino como herramientas de continuidad y trazabilidad. Su valor principal es obligar a que las decisiones no queden implícitas. Si se selecciona una técnica, se modifica la intensidad, se pausa una intervención, se integra farmacoterapia, se responde a una tarea no realizada o se decide no continuar temporalmente con TCC, el equipo debe poder explicar por qué. Esta exigencia es coherente con la monitorización rutinaria de resultados, la atención basada en medidas y la rehabilitación de personas con psicosis compleja, siempre que los datos y algoritmos se utilicen para revisar decisiones reales y no para mecanizar la práctica (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Resnick et al., 2025).

El uso adecuado de estos algoritmos requiere tres precauciones finales. Primera: ningún algoritmo sustituye la formulación individualizada. Segunda: toda ruta de decisión debe poder modificarse si cambia el estado clínico, el contexto, la alianza o la prioridad subjetiva de la persona. Tercera: cuando el algoritmo se aparte de la preferencia de la persona, esa discrepancia debe explorarse y no resolverse de forma unilateral. En rehabilitación psicosocial, una buena decisión no es solo técnicamente defendible; también debe ser comprensible, proporcionada y coordinable dentro del PAI.

# Apéndice D. Guía operativa de revisión de fidelidad del modelo TCC en rehabilitación psicosocial

## Presentación del apéndice

Este apéndice ofrece una guía operativa de revisión de fidelidad y competencia clínica para la intervención cognitivo-conductual en rehabilitación psicosocial. Su finalidad es ayudar a supervisar, revisar y mejorar la calidad de la práctica, no sustituir la evaluación formal de competencia mediante instrumentos validados ni presentarse como una escala psicométrica estandarizada. Esta delimitación es importante porque existen instrumentos específicos para evaluar competencia en terapia cognitiva, como la CTS-R, y herramientas adaptadas a psicosis, como la CTS-Psy; por tanto, la presente guía debe entenderse como un recurso interno de supervisión aplicado al contexto del manual, no como una nueva escala validada (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001).

Por tanto, este material debe entenderse como una herramienta interna de supervisión y mejora continua, elaborada a partir de los criterios desarrollados en el volumen y de principios generales de revisión de competencia en TCC. Su uso es especialmente adecuado para:

- supervisión clínica individual,
- revisión de casos,
- observación de sesiones,
- formación interna de equipos,
- y auditoría técnica no punitiva de programas de TCC en TMG.

La guía se organiza en seis dominios:

1. formulación del caso,
2. estructura de sesión,
3. adecuación técnica,
4. adaptación específica al TMG,
5. integración con el PAI y con el equipo,
6. monitorización y revisión del proceso.

Estos dominios sintetizan tres exigencias complementarias: fidelidad al modelo cognitivo-conductual, competencia técnica en su aplicación y adaptación al contexto rehabilitador de personas con TMG. Esta lectura es coherente con la evaluación de calidad de la TCC en práctica psiquiátrica rutinaria, donde resulta necesario diferenciar adherencia, competencia y resultados, así como con la literatura sobre monitorización y feedback clínico, que vincula la mejora de la

práctica con el uso activo de información para revisar decisiones terapéuticas (Bergvall et al., 2024; McAleavey et al., 2024).

## D.1. Estructura general de la guía

### Finalidad

Valorar si una intervención TCC en rehabilitación psicosocial:

- está conceptualmente bien formulada,
- mantiene coherencia técnica,
- adapta de forma competente el modelo al TMG,
- se integra en el contexto rehabilitador,
- y dispone de mecanismos suficientes de seguimiento y revisión.

La finalidad de esta guía no es puntuar por puntuar, sino disponer de una lectura estructurada de la calidad clínica del componente TCC. En ese sentido, combina criterios propios de la competencia cognitivo-conductual —formulación, estructura, técnica y tarea— con criterios específicamente necesarios en rehabilitación psicosocial: adaptación al TMG, integración en el PAI, coordinación con el equipo y revisión del proceso. La guía NICE sobre rehabilitación para adultos con psicosis compleja refuerza esta necesidad al situar la intervención dentro de procesos de evaluación, planificación del cuidado, programas, coordinación y recuperación a largo plazo (NICE, 2020).

### Unidad de análisis

La guía puede aplicarse sobre:

- una sesión concreta,
- una muestra breve de una sesión grabada,
- un conjunto de sesiones,
- o un caso clínico completo con documentación suficiente.

### Principio general de interpretación

Una puntuación baja no debe interpretarse automáticamente como “mala práctica”, sino como señal de:

- necesidad de supervisión,
- falta de información suficiente,
- fase clínica no comparable,
- o necesidad de mejora en un dominio concreto.



Esta precaución resulta especialmente importante cuando se revisan sesiones en TMG. Una sesión muy adaptada, breve y conductual puede parecer menos “completa” si se compara mecánicamente con una TCC estándar, pero ser clínicamente competente si responde a la formulación, al estado de la persona y al contexto rehabilitador. Por ello, la interpretación debe hacerse por dominios y con comentario cualitativo, no solo mediante suma total (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001; NICE, 2020).

## D.2. Sistema de puntuación

### Escala de valoración propuesta

Cada ítem puede puntuarse de la siguiente manera:

- **0 = Ausente / no observable**  
No hay evidencia de que el criterio se haya considerado o aplicado.
- **1 = Parcial / insuficiente**  
El criterio aparece de forma débil, incompleta o poco consistente.
- **2 = Adecuado**  
El criterio aparece de forma clara, suficiente y clínicamente correcta.
- **3 = Consistente / alto nivel**  
El criterio aparece de forma especialmente clara, bien integrado y clínicamente competente.

### Opción complementaria

Si un ítem no puede valorarse por falta de información o porque no era pertinente en esa sesión o fase, puede marcarse como:

- **NA = No aplicable / no valorable con la información disponible**

### Criterio interpretativo general

Conviene interpretar la guía por **perfil de dominios**, no solo por suma total. En supervisión clínica, suele ser más útil detectar:

- en qué bloque hay mayor debilidad,
- qué parte del modelo está menos integrada,
- y qué objetivo concreto de mejora conviene acordar.

La puntuación debe utilizarse como apoyo a la supervisión y a la mejora de la práctica, no como calificación punitiva ni como diagnóstico cerrado de competencia profesional. Los sistemas de evaluación de competencia en TCC, como la CTS-R y la CTS-Psy, muestran la utilidad de convertir conductas clínicas observables en criterios de valoración, pero también exigen interpretación



contextual y formación suficiente de quien revisa la práctica (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001).

## D.3. Dominio 1 — Formulación del caso

### Sentido del dominio

Valora si la intervención se apoya en una hipótesis de caso clara, funcional y útil para guiar decisiones terapéuticas. En TCC, la formulación no es un resumen clínico general, sino una hipótesis que conecta problema, cogniciones, emociones, conductas, contexto, factores mantenedores y objetivos de intervención. Su valor aumenta cuando orienta decisiones reales: qué técnica usar, qué objetivo priorizar, qué adaptar y cuándo revisar el plan (Blackburn et al., 2001; McAleavey et al., 2024).

### Ítems

#### D.3.1. El problema prioritario está formulado de manera clara y funcional

0 1 2 3 / NA

#### D.3.2. Se identifican factores predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores

0 1 2 3 / NA

#### D.3.3. La formulación vincula síntomas, cogniciones, conductas, contexto y funcionamiento

0 1 2 3 / NA

#### D.3.4. La formulación guía de forma visible la selección de objetivos y técnicas

0 1 2 3 / NA

#### D.3.5. La formulación es comprensible y compatible con una construcción compartida con la persona

0 1 2 3 / NA

### Comentario cualitativo del dominio 1

- Fortalezas observadas:
- Debilidades o lagunas:
- Recomendaciones de mejora:

### Nota metodológica del dominio 1

Este dominio debe valorarse en función de la información disponible. En una sesión aislada, puede no verbalizarse toda la formulación, pero debería observarse al menos que el terapeuta trabaja desde una hipótesis clínica coherente. Una puntuación baja puede indicar ausencia de formulación, formulación no documentada o dificultad para traducirla a decisiones clínicas observables.



## D.4. Dominio 2 — Estructura de sesión

### Sentido del dominio

Valora si la sesión mantiene una estructura mínima reconocible y útil, adaptada al TMG sin perder coherencia técnica. La estructura de sesión no debe aplicarse como ritual formal, sino como soporte de orientación, colaboración, continuidad y aprendizaje. La CTS-R incluye dimensiones directamente relacionadas con agenda, foco, colaboración y uso de métodos cognitivo-conductuales; en TMG, estos componentes deben mantenerse, aunque con menor carga cognitiva, mayor concreción y más apoyo contextual cuando sea necesario (Blackburn et al., 2001; Bergvall et al., 2024).

### Ítems

#### D.4.1. La sesión incluye apertura y toma de contacto clínicamente útiles

0 1 2 3 / NA

#### D.4.2. Existe agenda colaborativa o foco explícito de trabajo

0 1 2 3 / NA

#### D.4.3. Se revisa el período entre sesiones la práctica previa de forma funcional

0 1 2 3 / NA

#### D.4.4. La sesión mantiene un foco principal suficientemente claro

0 1 2 3 / NA

#### D.4.5. Se realiza un cierre con resumen, verificación de comprensión y acuerdo de continuidad

0 1 2 3 / NA

#### D.4.6. La tarea o plan entre sesiones, si procede, está diseñada de manera colaborativa y realista

0 1 2 3 / NA

### Comentario cualitativo del dominio 2

- Fortalezas observadas:
- Debilidades o lagunas:
- Recomendaciones de mejora:

## D.5. Dominio 3 — Adecuación técnica

### Sentido del dominio

Valora si las técnicas utilizadas son coherentes con el objetivo clínico y están aplicadas con sentido cognitivo-conductual suficiente. La adecuación técnica no depende solo de nombrar una técnica, sino de que exista correspondencia entre formulación, objetivo, procedimiento,



momento clínico y respuesta de la persona. La evaluación de competencia en TCC y en CBTp exige precisamente observar si la técnica elegida es pertinente, si se aplica de forma competente y si mantiene relación con la hipótesis clínica del caso (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001).

### Ítems

**D.5.1. Las técnicas seleccionadas son coherentes con el problema prioritario**

0 1 2 3 / NA

**D.5.2. El terapeuta explicita o hace comprensible la racional de la técnica**

0 1 2 3 / NA

**D.5.3. La técnica se aplica de forma suficientemente estructurada y no meramente intuitiva**

0 1 2 3 / NA

**D.5.4. Existe conexión entre técnica, objetivo y vida cotidiana de la persona**

0 1 2 3 / NA

**D.5.5. La intervención evita tanto la rigidez protocolaria como la dispersión inespecífica**

0 1 2 3 / NA

**D.5.6. Se observan decisiones técnicas justificables y no solo hábitos del terapeuta**

0 1 2 3 / NA

### Comentario cualitativo del dominio 3

- Fortalezas observadas:
- Debilidades o lagunas:
- Recomendaciones de mejora:

### Nota metodológica del dominio 3

Debe evitarse confundir adecuación técnica con complejidad técnica. Una intervención sencilla puede ser altamente adecuada si responde al problema prioritario, está bien explicada, se aplica con claridad y se ajusta al perfil de la persona. A la inversa, una técnica sofisticada puede ser inadecuada si no guarda relación con la formulación o excede la capacidad de participación del caso (Bergvall et al., 2024; Haddock et al., 2001).

## D.6. Dominio 4 — Adaptación específica al TMG

### Sentido del dominio

Valora si el terapeuta adapta la TCC al perfil clínico-funcional de la persona con TMG. Este dominio es decisivo porque una intervención puede ser formalmente fiel a la TCC y, sin embargo,



estar mal ajustada al nivel de funcionamiento, fluctuación sintomática, carga cognitiva, síntomas positivos, síntomas negativos, desorganización o contexto psicosocial. La existencia de una escala específica como la CTS-Psy ilustra precisamente que la competencia en TCC para psicosis requiere criterios propios, no una simple traslación de estándares generales de TCC (Haddock et al., 2001).

#### Ítems

**D.6.1. La complejidad del lenguaje y del material está adaptada al nivel funcional y cognitivo de la persona**

0 1 2 3 / NA

**D.6.2. El ritmo de sesión y la carga cognitiva están bien graduados**

0 1 2 3 / NA

**D.6.3. El terapeuta valida la experiencia emocional antes de confrontar o cuestionar**

0 1 2 3 / NA

**D.6.4. Se adapta la intervención a síntomas positivos, negativos, afectivos, desregulación o desorganización cuando procede**

0 1 2 3 / NA

**D.6.5. La tarea entre sesiones y los objetivos se ajustan al nivel real de tolerancia y capacidad**

0 1 2 3 / NA

**D.6.6. La intervención muestra sensibilidad a fluctuación clínica, adherencia y contexto psicosocial**

0 1 2 3 / NA

#### Comentario cualitativo del dominio 4

- Fortalezas observadas:
- Debilidades o lagunas:
- Recomendaciones de mejora:

#### Nota metodológica del dominio 4

Este dominio no debe utilizarse para rebajar el estándar técnico, sino para valorar si el estándar se aplica de forma clínicamente competente en TMG. Adaptar no significa hacer menos TCC; significa conservar la lógica del modelo con un nivel de complejidad, ritmo, lenguaje, tarea y coordinación que la persona pueda utilizar realmente. Esta adaptación es coherente con la rehabilitación para adultos con psicosis compleja, donde las intervenciones deben ajustarse a necesidades clínicas, funcionamiento, apoyos y recuperación a largo plazo (NICE, 2020).

## D.7. Dominio 5 — Integración con el PAI y con el equipo

### Sentido del dominio

Valora si la TCC funciona como un componente integrado del plan rehabilitador y no como un proceso clínico aislado. En rehabilitación psicosocial, la intervención TCC debe dialogar con el PAI, con los objetivos funcionales, con los apoyos disponibles y con el resto del equipo. Si la TCC se desarrolla como circuito paralelo, pierde potencia rehabilitadora y se dificulta la generalización de logros a contextos reales de vida (NICE, 2020).

### Ítems

#### D.7.1. Los objetivos TCC se relacionan de forma visible con metas relevantes del PAI

0 1 2 3 / NA

#### D.7.2. La intervención tiene en cuenta apoyos, barreras y necesidades detectadas en otros espacios del proceso rehabilitador

0 1 2 3 / NA

#### D.7.3. Existe coordinación suficiente con otros profesionales cuando el caso lo requiere

0 1 2 3 / NA

#### D.7.4. La intervención distingue adecuadamente lo que compete a TCC de lo que requiere otras respuestas del sistema

0 1 2 3 / NA

#### D.7.5. La planificación favorece generalización a contextos de vida y no queda restringida a la sesión

0 1 2 3 / NA

### Comentario cualitativo del dominio 5

- Fortalezas observadas:
- Debilidades o lagunas:
- Recomendaciones de mejora:

### Nota metodológica del dominio 5

Este dominio debe valorar integración, no absorción del PAI por la TCC. Una buena intervención cognitivo-conductual no pretende responder a todas las necesidades del caso, sino aportar una contribución específica, coordinada y revisable dentro del plan general. La información compartida con el equipo debe ser suficiente para sostener continuidad y generalización, respetando siempre la confidencialidad y la pertinencia clínica (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).



## D.8. Dominio 6 — Monitorización y revisión del proceso

### Sentido del dominio

Valora si el tratamiento dispone de indicadores suficientes para saber si progresa, si necesita ajustes y si mantiene coherencia a lo largo del tiempo. La monitorización no debe reducirse a constatar que las sesiones se han realizado, sino que debe permitir revisar si la intervención está ayudando, si hay estancamiento, si aparecen barreras y si el plan debe modificarse. Esta lógica es coherente con la monitorización rutinaria de resultados y con la atención basada en medidas, que insisten en que los datos clínicos deben informar decisiones terapéuticas reales (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).

### Ítems

#### D.8.1. Existen indicadores claros de progreso clínico, funcional o subjetivo

0 1 2 3 / NA

#### D.8.2. El terapeuta revisa si la intervención está funcionando y no solo si se está aplicando

0 1 2 3 / NA

#### D.8.3. Se detectan y documentan complicaciones o barreras relevantes

0 1 2 3 / NA

#### D.8.4. El plan se modifica cuando los datos del caso lo exigen

0 1 2 3 / NA

#### D.8.5. La intervención incorpora prevención de recaídas o planificación de continuidad cuando corresponde

0 1 2 3 / NA

### Comentario cualitativo del dominio 6

- Fortalezas observadas:
- Debilidades o lagunas:
- Recomendaciones de mejora:

### Nota metodológica del dominio 6

Una intervención puede estar bien aplicada y, aun así, necesitar revisión si no produce cambios, si aumenta malestar, si pierde sentido para la persona o si aparecen barreras no previstas. Este dominio protege frente a la continuidad por inercia y favorece que los datos clínicos, funcionales y subjetivos se traduzcan en decisiones explícitas de mantenimiento, ajuste, intensificación, pausa o cierre (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025).



## D.9. Hoja resumen de puntuación

### Registro sintético por dominios

Dominio	Puntuación obtenida	Observación breve
1. Formulación del caso		
2. Estructura de sesión		
3. Adecuación técnica		
4. Adaptación al TMG		
5. Integración con PAI y equipo		
6. Monitorización y revisión		

### Síntesis global

- Áreas de fortaleza principal:
- Áreas prioritarias de mejora:
- Recomendación general de supervisión:

### Nota metodológica para la hoja resumen

La hoja resumen debe leerse por perfil de dominios. No se recomienda utilizar la suma total como criterio único de juicio, porque podría ocultar debilidades clínicamente relevantes. Por ejemplo, una intervención con buena técnica pero baja adaptación al TMG puede indicar traslado excesivamente estándar del modelo; una intervención bien adaptada, pero con baja formulación puede sugerir práctica útil, pero poco guiada conceptualmente; y una técnica correcta sin integración en el PAI puede señalar aislamiento del componente TCC dentro del dispositivo (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001; NICE, 2020).

## D.10. Instrucciones de uso

### Quién debería aplicarla

Preferentemente:

- supervisor clínico,
- referente técnico del programa,
- profesional con formación suficiente en TCC y en TMG.

También puede utilizarse como autoevaluación estructurada del terapeuta, aunque en ese caso conviene complementarla con supervisión externa o revisión compartida. Esta cautela es necesaria porque la evaluación de competencia clínica requiere entrenamiento, criterios comunes y, cuando sea posible, contraste intersubjetivo mediante supervisión u observación de material clínico suficiente (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001).

### Sobre qué material aplicarla

Idealmente sobre:



- una grabación de sesión,
- una observación directa,
- o un conjunto suficiente de registros clínicos y materiales de sesión.

Si se aplica solo sobre notas retrospectivas muy breves, la validez de la revisión disminuye de forma importante.

#### **Cuando aplicarla**

Puede utilizarse:

- al inicio de un proceso de formación,
- periódicamente como control de calidad clínica,
- cuando un caso presenta estancamiento o dificultades,
- al revisar fidelidad de un programa,
- o en procesos de mejora interna del servicio.

#### **Cómo interpretar los resultados**

No se recomienda utilizar la suma total como criterio único de juicio. Es preferible leer el perfil por dominios.

Por ejemplo:

- una puntuación aceptable en técnica con baja puntuación en adaptación al TMG sugiere traslado excesivamente estándar del modelo;
- una buena adaptación clínica con baja formulación puede indicar intervención bienintencionada pero poco guiada conceptualmente;
- una técnica correcta con escasa integración en PAI puede señalar aislamiento del componente TCC dentro del dispositivo.

La interpretación debe concluir siempre con una recomendación práctica de mejora: qué dominio revisar, qué conducta clínica modificar, qué apoyo de supervisión ofrecer y cuándo reevaluar. Así, la guía cumple una función formativa y de mejora continua, coherente con la evaluación de calidad clínica y con la monitorización del proceso terapéutico (Bergvall et al., 2024; McAleavey et al., 2024).

## **D.11. Ejemplo breve de aplicación**

### **Caso ilustrativo**

Se revisa una sesión de una persona con psicosis persistente y aislamiento social. La sesión incluye apertura adecuada, agenda breve, revisión parcial de tarea, trabajo sobre predicciones de amenaza antes de salir al portal y cierre con tarea simplificada.



### Aplicación resumida

Dominio	Valoración sintética
Formulación del caso	2 — La sesión refleja bien el foco clínico, aunque la formulación no se verbaliza por completo
Estructura de sesión	3 — Estructura clara, colaborativa y bien cerrada
Adecuación técnica	2 — Técnica bien elegida, pero algo limitada en explicitación de racional
Adaptación al TMG	3 — Muy buena graduación de lenguaje, ritmo y carga
Integración con PAI y apoyos	1 — La sesión no muestra claramente coordinación ni referencia a apoyos
Monitorización y revisión	2 — Se revisa progreso de forma suficiente, aunque con indicadores aún poco sistemáticos

### Interpretación

La sesión es clínicamente competente y bien adaptada al TMG, pero convendría reforzar dos aspectos:

- explicitación más clara de la formulación y racional de la técnica,
- mayor integración del trabajo con apoyos y objetivos más amplios del plan rehabilitador.

### Nota metodológica para el ejemplo D.11

El ejemplo no debe emplearse como baremo ni como estándar de comparación. Su finalidad es mostrar el tipo de lectura que se espera: una valoración por dominios, acompañada de comentario cualitativo y recomendación de mejora. En coherencia con el uso de la CTS-R, la CTS-Psy y los sistemas de monitorización clínica, la puntuación debe estar al servicio de la supervisión, no de la clasificación punitiva de la práctica (Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001; McAleavey et al., 2024).

## Nota de cierre del apéndice

Esta guía operativa debe utilizarse como una herramienta de supervisión, aprendizaje y mejora continua. Su valor reside en hacer visibles los componentes de fidelidad y competencia que, en la práctica diaria, pueden quedar implícitos: formulación, estructura, adecuación técnica, adaptación al TMG, integración con el PAI y monitorización. Bien utilizada, permite identificar fortalezas, detectar lagunas concretas y orientar decisiones de supervisión sin convertir la revisión de fidelidad en un procedimiento punitivo.

La guía no sustituye instrumentos validados de competencia, ni reemplaza la supervisión clínica, ni debe presentarse como escala psicométrica. Su función es más modesta y, precisamente por eso, útil: ofrecer un lenguaje común para revisar si la TCC que se aplica en rehabilitación psicosocial sigue siendo reconocible como TCC, si está adaptada al TMG y si se integra en el plan rehabilitador de la persona. Esta lectura es coherente con las escalas de competencia en TCC y CBTp, con la literatura sobre calidad de la TCC en práctica rutinaria y con los enfoques actuales de monitorización y feedback clínico orientados a mejora continua (Bergvall et al., 2024; Blackburn et al., 2001; Haddock et al., 2001; McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025)..



## Apéndice E. Plantillas de planificación de sesión y secuencia de intervención

### Presentación del apéndice

Este apéndice reúne las plantillas de uso más directo para la organización de la intervención sesión a sesión y para la planificación global de su secuencia por fases. Su finalidad es convertir la lógica desarrollada en el capítulo 5 en materiales de trabajo utilizables, claros y suficientemente flexibles como para adaptarse a distintos perfiles clínicos dentro del trastorno mental grave. Esta orientación resulta coherente con la rehabilitación de adultos con psicosis compleja, donde la evaluación, la planificación del cuidado, las intervenciones, la coordinación y la revisión periódica forman parte del mismo proceso clínico-organizativo ([National Institute for Health and Care Excellence \[NICE\], 2020](#)).

Estas plantillas no están pensadas para burocratizar la práctica. Su función es otra: ayudar a mantener foco, coherencia, continuidad y capacidad de revisión. En rehabilitación psicosocial, donde la intervención suele estar sometida a fluctuación clínica, coordinación interdisciplinar y variabilidad funcional importante, disponer de una estructura mínima bien definida reduce improvisación y mejora la trazabilidad del proceso. La literatura sobre monitorización rutinaria de resultados y atención basada en medidas insiste precisamente en que la información clínica breve resulta útil cuando permite revisar decisiones, ajustar el tratamiento y generar feedback clínico, no cuando se convierte en documentación paralela sin consecuencias terapéuticas ([McAleavey et al., 2024](#); [Resnick et al., 2025](#)).

El apéndice incluye cuatro materiales:

- una plantilla de planificación de sesión individual,
- una plantilla de secuencia completa de intervención,
- un registro breve post-sesión,
- y un ejemplo cumplimentado de secuencia de intervención.

Estos materiales deben utilizarse de forma flexible, con una lógica común: preparar mejor la sesión, documentar lo suficiente para sostener continuidad, facilitar la coordinación con el PAI y revisar el proceso cuando aparezcan estancamientos, cambios clínicos o nuevas prioridades. Esta forma de trabajo resulta coherente con los estudios sobre calidad de la TCC en práctica rutinaria y con la literatura sobre engagement en terapia psicológica en psicosis, donde la estructura, la competencia técnica, la relación terapéutica y la adaptación a barreras reales influyen en la viabilidad del tratamiento ([Bergvall et al., 2024](#); [Bourke et al., 2021](#); [Fahy et al., 2025](#)).

## E.1. Plantilla de planificación de sesión individual

### Finalidad

Ordenar la sesión antes de su realización, dejando clara la lógica entre estado actual de la persona, objetivo de la sesión, técnica prevista, tarea entre sesiones y decisiones clínicas asociadas. La finalidad de la plantilla no es anticipar cada detalle de la interacción terapéutica, sino aumentar la coherencia entre formulación, agenda, técnica, adaptación al TMG y continuidad del plan. Esta orientación resulta coherente con la evaluación de la calidad de la TCC en práctica rutinaria, donde la adherencia y la competencia técnica deben ser observables, revisables y clínicamente conectadas con el objetivo de tratamiento (Bergvall et al., 2024).

### Instrucciones de uso

Esta plantilla debe rellenarse de forma breve antes de la sesión. No pretende anticipar todo lo que ocurrirá, sino fijar un plan razonable de trabajo. En casos con mucha fluctuación, puede bastar con completar los apartados mínimos y dejar margen explícito para reajuste. Esta flexibilidad es especialmente importante en TMG, donde el estado de entrada puede variar de forma significativa entre sesiones y donde las barreras de engagement, malestar, síntomas, organización cotidiana o sentido subjetivo de la intervención pueden obligar a modificar el foco previsto (Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

### Plantilla E.1

#### Datos básicos

- Código o identificador del caso:
- Sesión nº:
- Fecha:
- Profesional:
- Fase del tratamiento: inicial / intermedia / final

#### 1. Estado actual esperado de la persona

- Estado clínico previsto:
- Cambios relevantes desde la última sesión:
- Riesgos o alertas activas:
- Aspectos a comprobar en apertura:

#### 2. Objetivo principal de la sesión

- Objetivo clínico principal:
- Relación con el plan TCC general:
- Indicador de que el objetivo de sesión se ha trabajado suficientemente:



### **3. Agenda provisional**

- Punto 1:
- Punto 2:
- Punto 3:
- Aspecto flexible o negociable con la persona:

### **4. Revisión prevista del período entre sesiones**

- Tarea o práctica para revisar:
- Aspecto concreto que conviene explorar:
- Posibles barreras anticipadas:

### **5. Técnica o procedimiento principal previsto**

- Técnica/procedimiento:
- Justificación de su elección:
- Materiales necesarios:
- Nivel de complejidad previsto: bajo / medio / alto

### **6. Adaptaciones previstas al TMG**

- Ajuste de duración:
- Ajuste de lenguaje:
- Ajuste de ritmo:
- Apoyos visuales o externos:
- Precauciones clínicas:

### **7. Tarea o plan entre sesiones provisional**

- Tarea/práctica prevista:
- Nivel de exigencia:
- Apoyo necesario para su viabilidad:
- Criterio de revisión en próxima sesión:

### **8. Decisión clínica anticipada si la sesión cambia de rumbo**

- Si la persona llega peor de lo esperado:
- Si no puede sostener el foco previsto:
- Si emerge una crisis o tema prioritario distinto:



## E.2. Plantilla de secuencia completa de intervención

### Finalidad

Planificar la secuencia global del tratamiento distinguiendo fases, objetivos, técnicas principales, criterios de avance y puntos de revisión. Esta plantilla busca que el tratamiento no dependa de una sucesión de sesiones aisladas, sino de una lógica de proceso. La planificación por fases permite conectar evaluación, formulación, objetivos, técnicas, coordinación y revisión, de forma coherente con la planificación colaborativa de objetivos en salud mental y con los modelos de rehabilitación compleja que exigen revisar periódicamente el plan de cuidado y los apoyos necesarios (NICE, 2020; Stewart et al., 2022).

### Instrucciones de uso

Esta plantilla debe completarse al inicio del tratamiento y actualizarse cuando haya modificaciones significativas. Su objetivo no es fijar un guion rígido, sino ofrecer un mapa general del proceso terapéutico. Por ello, la secuencia debe formularse como hipótesis de trabajo revisable: puede cambiar si cambia la estabilidad clínica, si aparecen barreras, si los indicadores no muestran progreso o si la persona redefine sus prioridades. Esta orientación resulta coherente con la toma de decisiones compartida en enfermedad mental grave y con la atención basada en medidas, que recomiendan utilizar información clínica repetida para ajustar objetivos, tratamiento y continuidad (Resnick et al., 2025; Thomas et al., 2021).

### Plantilla E.2

#### Datos básicos

- Código o identificador del caso:
- Profesional responsable:
- Fecha de inicio:
- Duración estimada inicial:
- Formato: individual / grupal / combinado

#### E.2.1. Fase inicial

- Rango estimado de sesiones:
- Objetivos principales de fase:
- Técnicas o procedimientos prioritarios:
- Condiciones mínimas para pasar a la fase siguiente:
- Riesgos o bloqueos previsibles:

#### E.2.2. Fase intermedia



- Rango estimado de sesiones:
- Objetivos principales de fase:
- Técnicas o procedimientos prioritarios:
- Indicadores de progreso esperables:
- Criterios de ajuste o intensificación:

#### **E.2.3. Fase final**

- Rango estimado de sesiones:
- Objetivos principales de fase:
- Técnicas o procedimientos prioritarios:
- Contenidos de prevención de recaídas o mantenimiento:
- Criterios de cierre o transición:

#### **E.2.4. Puntos de revisión del proceso**

- Revisión 1: fecha o criterio
- Revisión 2: fecha o criterio
- Revisión 3: fecha o criterio

#### **E.2.5. Coordinaciones necesarias**

- Psiquiatría:
- Enfermería:
- Trabajo social:
- TO / educación social / otros:
- Red natural o familia:

#### **E.2.6. Indicadores globales de seguimiento**

- Indicador clínico principal:
- Indicador funcional principal:
- Indicador subjetivo o centrado en la persona:
- Indicador de adherencia o continuidad:



## E.3. Registro breve post-sesión

### Finalidad

Registrar de manera mínima y clínicamente útil lo ocurrido en la sesión, qué cambió respecto al plan previsto, cómo respondió la persona y qué decisión se toma para la siguiente sesión. Este registro no debe duplicar la historia clínica ni sustituir los sistemas documentales del servicio. Su finalidad es sostener continuidad, facilitar supervisión y permitir que los datos de la sesión alimenten decisiones de tratamiento. Esta lógica es coherente con la monitorización rutinaria de resultados y el feedback clínico, que subrayan que los datos son útiles cuando vuelven al proceso terapéutico y ayudan a ajustar el plan (McAleavey et al., 2024; Resnick et al., 2025)..

### Instrucciones de uso

Debe cumplimentarse inmediatamente después de la sesión. No sustituye la nota clínica completa del servicio si ésta es obligatoria, pero puede integrarse en ella o servir como formato base.

### Plantilla E.3

#### Datos básicos

- Código o identificador del caso:
- Sesión nº:
- Fecha:
- Profesional:

#### 1. Foco real de la sesión

- ¿Qué se trabajó finalmente?
- ¿Coincidió con el objetivo previsto? Sí / No
- Si no coincidió, ¿por qué?

#### 2. Respuesta de la persona

- Nivel de participación: bajo / medio / alto
- Comprensión aparente del trabajo: baja / media / alta
- Reacción emocional predominante:
- Dificultades observadas:

#### 3. Técnicas o procedimientos realmente utilizados

- Técnica 1:



- Técnica 2:
- Observaciones sobre su utilidad o dificultad:

#### **4. Tarea o acuerdo entre sesiones**

- Tarea/práctica acordada:
- Nivel de viabilidad estimado: bajo / medio / alto
- Apoyos necesarios:

#### **5. Incidencias clínicas relevantes**

- Cambios de estado clínico:
- Riesgo:
- Problemas de adherencia:
- Necesidad de coordinación adicional:

#### **6. Decisión clínica para la siguiente sesión**

- Mantener línea actual
- Modificar foco
- Simplificar
- Intensificar
- Pausar / reconfigurar
- Otra:

#### **7. Comentario clínico breve**

- Síntesis interpretativa de la sesión en 3–5 líneas:

## **E.4. Ejemplo cumplimentado de secuencia de intervención**

### **Caso ilustrativo breve**

Persona con diagnóstico de esquizofrenia, voces persistentes, evitación comunitaria y aislamiento social. No existe riesgo agudo actual. Presenta baja confianza para salir sola y alto malestar ante la posibilidad de ser observada o criticada. El ejemplo que sigue es un caso compuesto y estrictamente didáctico. Su finalidad es mostrar el uso de la plantilla de secuencia completa, no presentar un caso real, una serie clínica ni una demostración de eficacia. La intervención ilustrada se apoya en principios de alianza, enganche, adaptación al TMG y



rehabilitación funcional, por lo que debe interpretarse como material de entrenamiento para el uso de las plantillas (Bourke et al., 2021; Fahy et al., 2025; NICE, 2020).

#### **E.4.1. Datos básicos**

- Código del caso: C-07
- Profesional responsable: Psicología
- Fecha de inicio: 15/02/20XX
- Duración estimada inicial: 16 sesiones
- Formato: Individual

#### **E.4.2. Fase inicial**

- **Rango estimado de sesiones:** 1–4
- **Objetivos principales de fase:**
  - establecer alianza terapéutica,
  - formular de manera compartida la relación entre voces, miedo y evitación,
  - introducir normalización y racional de trabajo,
  - acordar primer objetivo funcional.
- **Técnicas o procedimientos prioritarios:**
  - psicoeducación cognitivo-conductual,
  - formulación compartida,
  - registros simples de contexto-malestar,
  - agenda colaborativa.
- **Condiciones mínimas para pasar a fase intermedia:**
  - comprensión básica del modelo,
  - al menos una tarea simple revisable,
  - foco terapéutico acordado,
  - alianza de trabajo mínima.
- **Riesgos o bloqueos previsibles:**
  - suspicacia hacia el terapeuta,
  - rechazo a tareas escritas,
  - sobreprotección familiar.



#### E.4.3. Fase intermedia

- **Rango estimado de sesiones:** 5–12
- **Objetivos principales de fase:**
  - reducir evitación del entorno,
  - aumentar afrontamiento de voces,
  - revisar interpretaciones de amenaza en situaciones concretas,
  - iniciar salidas graduadas al entorno próximo.
- **Técnicas o procedimientos prioritarios:**
  - afrontamiento de voces,
  - reestructuración cognitiva adaptada,
  - experimentos conductuales simples,
  - exposición acompañada y luego asistida.
- **Indicadores de progreso esperables:**
  - menor ansiedad anticipatoria,
  - incremento del número de salidas,
  - menor necesidad de comprobación,
  - mayor tolerancia a contextos ambiguos.
- **Criterios de ajuste o intensificación:**
  - si aumenta malestar sin progreso funcional, bajar nivel de exposición;
  - si hay avances consistentes, aumentar autonomía de salidas.

#### E.4.4. Fase final

- **Rango estimado de sesiones:** 13–16
- **Objetivos principales de fase:**
  - consolidar estrategias útiles,
  - revisar avances y límites,
  - formalizar señales de recaída o descompensación,
  - planificar continuidad con el equipo.



- **Técnicas o procedimientos prioritarios:**
  - prevención de recaídas,
  - revisión de logros,
  - plan de continuidad,
  - generalización funcional.
- **Contenidos de prevención de recaídas o mantenimiento:**
  - contextos de aumento de voces,
  - signos tempranos de repliegue,
  - respuestas útiles,
  - apoyos a activar.
- **Criterios de cierre o transición:**
  - mayor autonomía en entorno próximo,
  - uso reconocible de estrategias de afrontamiento,
  - integración del trabajo en el PAI.

#### E.4.5. Puntos de revisión del proceso

- **Revisión 1:** sesión 4
- **Revisión 2:** sesión 8
- **Revisión 3:** sesión 12

#### E.4.6. Coordinaciones necesarias

- **Psiquiatría:** seguimiento farmacológico y revisión si aumenta activación o malestar.
- **Trabajo social / recurso:** apoyo en actividad diurna.
- **Familia:** ajuste del acompañamiento para evitar sobreprotección.
- **Equipo general:** compartir señales de alerta y avances funcionales.

#### E.4.7. Indicadores globales de seguimiento

- **Indicador clínico principal:** malestar con voces 0–10



- **Indicador funcional principal:** número de salidas semanales sin acompañamiento completo
- **Indicador subjetivo:** sensación de capacidad para salir solo
- **Indicador de continuidad:** asistencia a sesiones y realización parcial o total de tareas

## E.5. Recomendaciones de uso transversal del apéndice

### E.5.1. Cuando conviene usar estas plantillas

Son especialmente útiles cuando:

- el caso es complejo y conviene ordenar secuencia,
- hay varios profesionales implicados,
- existe riesgo de dispersión terapéutica,
- se necesita justificar cambios de rumbo,
- o se quiere reforzar continuidad entre sesiones y entre dispositivos.

En estos escenarios, las plantillas ayudan a conectar lo que se pretendía hacer, lo que ocurrió realmente, cómo respondió la persona y qué decisión clínica se toma después. Esta función es coherente con la monitorización clínica orientada a feedback y con el marco rehabilitador de la psicosis compleja, donde la continuidad, la revisión del plan y la coordinación entre profesionales son condiciones de calidad asistencial (McAleavey et al., 2024; NICE, 2020).

### E.5.2. Cuando conviene simplificarlas

Pueden y deben simplificarse cuando:

- el servicio ya tiene formatos documentales obligatorios muy estrictos,
- el caso requiere máxima economía cognitiva,
- o la fase clínica hace inviable una planificación demasiado detallada.

### E.5.3. Error que evitar

El principal error sería rellenarlas de forma retrospectiva y vacía, como si fueran mero requisito administrativo. Su valor depende de que realmente ayuden a:

- anticipar,
- decidir,
- revisar,
- y aprender del proceso.



### **Nota de cierre del apéndice**

Las plantillas de este apéndice completan el núcleo operativo del volumen junto con los apéndices A, B, C y D. En conjunto, permiten pasar de la teoría a la práctica de forma estructurada, trazable y adaptada al TMG. Bien utilizadas, ayudan a sostener continuidad, claridad clínica y articulación entre formulación, sesión, seguimiento y revisión del plan.

Su uso debe mantenerse siempre subordinado al juicio clínico, a la formulación individualizada, a la participación de la persona y a la coordinación con el PAI. No son protocolos cerrados, instrumentos validados ni garantías automáticas de calidad. Son soportes de trabajo. Su calidad depende de cómo se utilizan: si orientan decisiones, mejoran supervisión, permiten revisar avances y facilitan continuidad, añaden valor clínico; si se completan de forma mecánica, lo pierden (Bergvall et al., 2024; McAleavey et al., 2024; NICE, 2020; Stewart et al., 2022; Thomas et al., 2021).





GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES



CREAP

Centro de  
Referencia  
Estatad de  
Atención  
Psicosocial