

M. I. Gutiérrez López<sup>1</sup>  
M. Sánchez Muñoz<sup>2</sup>  
A. Trujillo Borrego<sup>1</sup>  
L. Sánchez Bonome<sup>3</sup>

# Terapia cognitivo-conductual en las psicosis crónicas

<sup>1</sup> Área sanitaria del Campo de Gibraltar  
Servicio Andaluz de Salud  
Cádiz

<sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca  
Servicio Murciano de Salud  
Murcia

<sup>3</sup> Hospital de La Línea  
Servicio Andaluz de Salud  
Cádiz

En los últimos años, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha comenzado a utilizarse como una intervención en las psicosis crónicas, generalmente como complemento al tratamiento farmacológico. Este hecho ha motivado la realización de estudios controlados que analizan la eficacia de este tipo de intervenciones. Así, esta revisión bibliográfica tuvo como objetivo analizar aquellos estudios más relevantes hasta la fecha. Se incluyeron aquellos trabajos con un diseño controlado y aleatorio, y que garantizaban los requisitos de fiabilidad y validez.

Los estudios muestran resultados esperanzadores, en cuanto que avalan la eficacia de la TCC como medida de tratamiento. Sin embargo, todavía se hace necesario un mayor número de investigaciones que avalen estos datos.

**Palabras clave:**  
Terapia cognitivo-conductual. Psicosis crónica. Esquizofrenia. Síntomas residuales.

*Actas Esp Psiquiatr 2009;37(2):106-114*

## Cognitive-behavioral therapy for chronic psychosis

Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been used in recent years as an intervention for chronic psychoses, generally as a complement to the pharmacological treatment. This fact has motivated controlled studies that analyze the efficiency of this type of interventions. That is why this bibliographical review has aimed to analyze the most relevant studies up-to-date. Those works having a controlled and random design, that assured the requirements of reliability and validity, were included.

The studies show encouraging results, because they support the efficiency of CBT as a measurement of treatment. Nevertheless, more investigations that support this information are still required.

**Key words:**  
Cognitive-behavioral therapy. Chronic psychosis. Schizophrenia. Residual symptoms.

Correspondencia:  
Luis Sánchez Bonome  
Equipo de Salud Mental de La Línea  
Hospital Municipal  
Av. Menéndez Pelayo s/n  
11300 La Línea (Cádiz)  
Correo electrónico: sanchezbonome@ono.com

## INTRODUCCIÓN

Los fenómenos psicóticos, tanto los positivos como los negativos, se han considerado tradicionalmente como categóricamente diferentes a las experiencias normales e inherentes en muchos casos a las psicosis crónicas como la esquizofrenia, de modo que jamás respondía a argumentos racionales ni era subsidiaria de ningún tratamiento psicológico. Esta idea se vio reforzada en la segunda mitad del siglo XX por dos situaciones: a) la ineficacia de los abordajes psicodinámicos existentes hasta la fecha, y b) la aparición de los psicofármacos como prácticamente primer y único tratamiento posible para las psicosis, con demostrada eficacia en gran número de pacientes. Si bien la psicofarmacología supuso una revolución dentro de las enfermedades mentales, el paso del tiempo ha puesto de manifiesto que en enfermedades como la esquizofrenia un gran número de síntomas son muy resistentes a los tratamientos psicofarmacológicos existentes hasta la fecha. Pero los psicofármacos también han permitido que pacientes anteriormente «intratables» pasen a ser subsidiarios de determinadas intervenciones psicosociales. Hasta hace pocos años, dichas intervenciones en las psicosis crónicas consistían fundamentalmente en terapia de apoyo, terapia de familia, y dentro de una perspectiva más conductual, el entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, desde hace unos años, las técnicas cognitivo-conductuales han comenzado a utilizarse dentro de las psicosis crónicas, bien como técnicas específicamente cognitivo-conductuales o formando parte de otras terapias más integradas. El interés en este tema se debe a diversos factores:

- La evidencia del éxito de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en otros trastornos clínicos como la depresión o los trastornos de ansiedad.
- El mayor interés en el campo de la psicología cognitiva por los fenómenos psicóticos, con hallazgos de que muchos pacientes desarrollan sus propias estrategias para reducir la frecuencia y gravedad de sus síntomas.
- La creciente evidencia de la influencia de los factores socioambientales en el curso de las psicosis y el desarrollo de modelos de vulnerabilidad-estrés para explicar estas relaciones.

- El conocimiento de que un amplio rango de personas con psicosis y en tratamiento con neurolépticos continúan experimentando dificultades relacionadas con los síntomas psicóticos.
- El creciente reconocimiento de que los tratamientos farmacológicos y psicológicos no son competitivos o incompatibles sino que a menudo son acercamientos complementarios para tratar problemas psiquiátricos, incluyendo las psicosis.

La TCC no implica la aplicación de una simple técnica sino el uso de varios métodos orientados a las necesidades y circunstancias individuales del paciente. Los acercamientos a los problemas psiquiátricos desde la perspectiva cognitivo-conductual generalmente utilizan estrategias basadas en los principios del aprendizaje y en la asunción de que los cambios en las creencias de las personas sobre sus experiencias pueden alterar sustancialmente sus niveles de malestar y consecuentemente sus síntomas.

El presente estudio supone una revisión bibliográfica de todos aquellos estudios controlados publicados hasta ahora que evalúan el efecto de la TCC sobre los distintos síntomas de las psicosis crónicas.

## INTERVENCIÓN SOBRE SÍNTOMAS PSICÓTICOS PERSISTENTES

Muchos de los pacientes con psicosis crónicas, fundamentalmente la esquizofrenia y los trastornos esquizoafectivos, tienen síntomas permanentes tanto negativos como positivos resistentes a la medicación, que les crean una importante angustia y malestar así como importantes dificultades en sus relaciones interpersonales. Los estudios de TCC llevados hasta la fecha en este tipo de pacientes están encaminados a intervenir sobre los síntomas positivos persistentes, delirios y alucinaciones, así como sobre otros síntomas secundarios como la depresión y la ansiedad. Las características de los estudios controlados realizados hasta la fecha e incluidos en esta revisión se muestran en la tabla 1. Los estudios excluidos de esta revisión así como los criterios de exclusión se muestran en la tabla 2.

En el primer estudio abierto y aleatorizado<sup>1</sup> de TCC en este tipo de pacientes, de 1993, se compararon dos tipos distintos de abordajes cognitivo-conductuales: el fomento de las estrategias de afrontamiento frente a la resolución de problemas. Veintisiete pacientes esquizofrénicos recibieron uno u otro tratamiento de forma aleatoria durante 5 semanas (2 sesiones semanales de 1 h). Las estrategias de afrontamiento tenían como objetivo la reducción de los síntomas psicóticos y las emociones negativas, identificando los factores medioambientales que los mantienen, mediante intervenciones cognitivas (distracción cognitiva y autoinstrucciones), conductuales (incremento de las actividades sociales, pruebas de realidad) y reduciendo la excitación fisiológica

con técnicas de relajación y ejercicios respiratorios. La resolución de problemas tenía como objetivo mejorar el funcionamiento entrenando las habilidades de resolución de problemas en general. Los resultados fueron un cambio significativo en el número y gravedad de los síntomas psicóticos, particularmente los delirios, para ambas condiciones de tratamiento al finalizar la terapia. Hubo más cambios en la gravedad del tratamiento con las técnicas de afrontamiento cuando se compararon las medidas antes del tratamiento con las efectuadas inmediatamente después y a los 6 meses. Cuando el criterio para una mejoría clínica significativa se fijó en la reducción del 50% de los síntomas psicóticos positivos hubo alguna evidencia, aunque con mínima significación, de mayor cambio en el grupo de afrontamiento que en el de resolución de problemas. El estudio cuenta con importantes limitaciones ya que el grupo de afrontamiento tenía niveles iniciales de síntomas superiores, las evaluaciones en el postratamiento fueron realizadas por personas que conocían las condiciones de tratamiento, y no hubo una valoración a más largo plazo.

En otro estudio del mismo autor<sup>2</sup> se utiliza una TCC más intensiva que la utilizada anteriormente, combinando entrenamiento en técnicas de afrontamiento con solución de problemas y con prevención de recaídas. Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante, y con síntomas psicóticos persistentes. Un total de 87 pacientes fueron aleatorizados en tres grupos, a uno se le aplicó la TCC más el tratamiento rutinario (medicación y supervisión ambulatoria), a un segundo terapia de apoyo más tratamiento rutinario y al tercero sólo el tratamiento rutinario. La TCC tenía tres componentes básicos, fomento de las estrategias de afrontamiento, entrenamiento en solución de problemas y estrategias para la prevención de recaídas; con seis sesiones de 1 h para cada programa más dos sesiones de recuerdo, aplicadas dos por semana durante 10 semanas, según su propio programa de tratamiento<sup>3</sup>. La terapia de apoyo se basó en el desarrollo de una buena relación empática, fortaleciendo la relación terapéutica y el apoyo incondicional al paciente, con un formato idéntico a la TCC con respecto al número y tiempo de las sesiones. Finalizaron el tratamiento 27 pacientes y fueron evaluados 3 meses después de la primera evaluación. Utilizando el mismo criterio de mejoría clínica (reducción del 50% de los síntomas positivos) que en el estudio anterior, los pacientes del grupo de TCC mejoraron significativamente (11 de 33) con respecto a los de terapia de apoyo (4 de 26) y a los del tratamiento de rutina (3 de 28).

Utilizando esta misma cohorte de pacientes y al evaluarlos 12 meses después de finalizado el tratamiento<sup>4</sup>, las diferencias de mejorías utilizando la disminución del 50% de los síntomas positivos no fue tan amplia ni significativa, por lo que se realizó una comparación con una medida más conservadora, la reducción del 20% de los síntomas positivos con respecto a la línea de base, con lo que sí hubo una diferencia significativa

Tabla 1		Características de los artículos incluidos en esta revisión						
Estudio	Muestra	Grupos de tratamiento	Duración	Medidas	Evaluaciones	Resultados	Aleatorio	Evaluador ciego
Tarrier et al. (1993) <sup>1</sup>	27 pacientes esquizofrénicos	Estrategias de afrontamiento frente a resolución de problemas	5 semanas, 2 sesiones semanales de 1 h	BPRS SFS	Línea base Postratamiento 6 meses de seguimiento	Mejora de síntomas psicóticos en ambos grupos	Sí	No
Tarrier et al. (1998, 1999) <sup>2,4</sup>	87 pacientes esquizofrénicos, esquizoafectivos o delirantes, y con síntomas psicóticos persistentes	TCC + TR TA + TR TR	2 sesiones semanales de 1 h durante 10 semanas	PSE BPRS SANS Días de hospitalización	Línea base Postratamiento 12 meses de seguimiento	TCC>TA>TR en reducción de síntomas y gravedad	Sí	Sí
Kuipers et al. (1997,1998) <sup>5,9</sup>	60 pacientes psicóticos residuales con al menos un síntoma positivo	TCC TR	2 sesiones semanales de 1 h durante 10 semanas	BPRS BDI SFS MADS BAI	Línea base Postratamiento 18 meses de seguimiento	TCC>TR en síntomas positivos	Sí	No
Sensky et al. (2000) <sup>10</sup>	90 pacientes esquizofrénicos refractarios a la medicación antipsicótica convencional	TCC BF	19 sesiones durante 9 meses	CPRS MADS SANS	Línea Base Postratamiento 9 meses de seguimiento	TCC>BF en el seguimiento a los 9 meses	Sí	Sí
Durham et al. (2003) <sup>16</sup>	66 pacientes esquizofrénicos, esquizoafectivos y delirantes, estabilizados con antipsicóticos durante al menos 6 meses.	TCC TA TR	Un máximo de 20 sesiones de media hora durante 9 meses	PANSS PSYRATS GAS <i>Clinical Global Improvement</i>	Línea Base Postratamiento 3 meses de seguimiento	TCC>TA > TR a los 3 meses de seguimiento en sintomatología psicótica	Sí	Sí
Rector et al. (2003) <sup>22</sup>	50 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos, con síntomas positivos y negativos persistentes	TCC + TRE TRE	20 sesiones	PANSS BDI	Línea base Postratamiento 6 meses de seguimiento	TCC=TRE Mejora de los síntomas psicóticos y depresivos en ambos grupos TCC>TRE en síntomas negativos en el seguimiento	Sí	Sí
Granholt et al. (2005) <sup>24</sup>	76 pacientes externos con esquizofrenia crónica o trastorno esquizoafectivo, de edades comprendidas entre 42 y 74 años	TR TR + EHS cognitivo conductual	1 sesión semanal de 2 h durante 6 meses	<i>Independent Living Skills Survey</i> UCSD PANSS Escala de <i>Insight</i> Cognitivo Escala de Módulo Comprensiva	Línea base Mitad del tratamiento (3 meses) Postratamiento (6 meses)	EHS>TR en la frecuencia de actividades sociales, en el <i>insight</i> cognitivo y en el dominio de habilidades específicas	Sí	Sí
Valmaggia et al. (2005) <sup>33</sup>	72 pacientes esquizofrénicos hospitalizados resistentes al tratamiento farmacológico	TCC TA	16 sesiones durante 22 semanas	PANSS PSYRATS	Línea base Postratamiento 6 meses de seguimiento	TCC>TA en algunas variables en el Postratamiento TCC=TA en el seguimiento	Sí	Sí
Wykes et al. (2005) <sup>34</sup>	85 pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas persistentes	TCC + TR TR	7 sesiones durante 10 semanas	SBS PSYRATS Escala de Autoestima de Rosenberg MUPS	Línea base Postratamiento 9 meses de seguimiento	TCC>TR en funcionamiento social en el seguimiento, no encontrándose diferencias en otras variables	Sí	Sí

TCC: terapia cognitivo-conductual; TA: terapia de apoyo; TR: tratamiento rutinario; BF: *befriending*; TRE: tratamiento rutinario enriquecido; EHS: entrenamiento en habilidades sociales; BPRS: *Brief Psychiatric Rating Scale*; SFS: *Social Functioning Scale*; PSE: *Present State Examination*; SANS: *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*; BDI: *Beck Depression Inventory*; MADS: *Montgomery-Asberg Depression Scale*; CPRS: *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*; PSYRATS: *Psychotic Symptom Rating Scale*; GAS: *Global Assessment Scale*; SBS: *Social Behaviour Schedule*; MUPS: *Mental Health Research Institute Inusual Perceptions Schedule*.

Tabla 2		Características de los estudios excluidos en esta revisión		
Estudio	Autores	Año	Objetivo	Criterios de exclusión
<i>Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management</i>	Turkington et al. <sup>15</sup>	2000	Comparar la TCC con la terapia de apoyo en la reducción de síntomas psicóticos en pacientes refractarios	Reducido número de pacientes Heterogeneidad de la muestra Corto promedio de tratamiento
<i>Cognitive behavioural therapy motivational intervention for schizophrenia and substance misuse</i>	Haddock et al. <sup>40</sup>	2003	Investigar síntomas, abuso de sustancias, funcionamiento y costes de salud en pacientes con trastorno dual y sus cuidadores	Pequeño tamaño de la muestra Escasa generalización a otras poblaciones Poco control de variables extrañas
<i>The cognitive behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patient: a pilot study</i>	Hall et al. <sup>41</sup>	2003	Comparar la eficacia de la TCC en adición al TR frente al TR solo para la baja autoestima en pacientes psicóticos crónicos	Muestra heterogénea y pequeña Escasa generalización de resultados Estudio piloto
<i>Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia</i>	Kingsep et al. <sup>42</sup>	2003	Reducir la ansiedad social y la psicopatología general y aumentar la calidad de vida en la esquizofrenia con TCC	Estudio piloto No hay prueba aleatoria controlada Escaso tamaño de la muestra
<i>Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial</i>	Trower et al. <sup>43</sup>	2004	Probar la eficacia de la TCC en las alucinaciones imperativas	Estudio piloto
<i>Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial</i>	Temple et al. <sup>44</sup>	2005	Determinar la eficacia de la TCC respecto al TR en una población de pacientes resistentes a la medicación	Pequeño tamaño de la muestra No hay asignación aleatoria Carencia de evaluadores ciegos
<i>A pilot study of functional cognitive behavioural therapy for schizophrenia</i>	Cather et al. <sup>45</sup>	2005	Examinar la eficacia de la TCC funcional comparada con un programa psicoeducacional manualizado en síntomas residuales psicóticos	Estudio piloto Pequeño tamaño de la muestra Baja sensibilidad de las medidas de funcionamiento social

TCC: terapia cognitivo-conductual; TR: tratamiento rutinario.

entre el grupo de TCC y el grupo de la terapia de apoyo con respecto al grupo del tratamiento rutinario. Con respecto a las recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes no hubo diferencias entre los tres grupos de tratamiento.

El grupo de Kuipers<sup>5</sup> comparó un grupo al que se aplicó TCC durante 9 meses con un grupo control que recibía el tratamiento rutinario (manejo de caso y medicación). Sesenta pacientes fueron aleatorizados en los dos grupos. La TCC utilizada, descrita por Fowler<sup>6</sup> y Kuipers<sup>7</sup>, fue diseñada para conseguir los siguientes objetivos: reducir el malestar derivado de las experiencias psicóticas; reducir los trastornos emocionales asociados tales como depresión, ansiedad y desesperanza, así como modificar esquemas disfuncionales; y promover la participación activa del individuo en la regulación de sus riesgos de recaída y sus discapacidades sociales. Las estrategias terapéuticas utilizadas se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Mejora en las estrategias de afrontamiento así como desarrollo y práctica de nuevas estrategias: actividades programadas, relajación y habilidades sociales.

- Desarrollo de un modelo de colaboración con el cliente: por medio del «enganche terapéutico», para así discutir sobre la naturaleza de los síntomas psicóticos y los efectos en sus vidas.

- Modificación de las creencias delirantes y las alucinaciones: se utilizó la discusión racional y la presentación de posibles alternativas, junto con pruebas de realidad. Las creencias con menor grado de convicción fueron las primeras en ser discutidas. Con respecto a las alucinaciones, fue examinado sobre todo el significado atribuido a las voces.

- Modificación de esquemas disfuncionales: basado en la terapia de Beck, se identificaron visiones negativas y disfuncionales de los pacientes sobre sí mismos, como por ejemplo el de «ser unos inútiles» o el de «ser mala persona».

- Manejo de inhabilidad social y recaídas: se discutió la habilidad de los pacientes para identificar los factores desencadenantes que exacerbaban sus síntomas psicóticos y las posibilidades de manejo tales como el incremento de la medicación, buscar ayuda o técnicas de distracción cognitiva.

El grupo de TCC fue significativamente mejor que el control, en relación a la evolución de las puntuaciones de la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)<sup>8</sup>. Una visión más detallada indica como los ítems que más cambiaron en relación al grupo control fueron la suspicacia (ideas de referencia y persecución), contenido inusual de pensamiento (ideas delirantes) y alucinaciones. También disminuyó en mayor medida en el grupo de TCC la convicción delirante en relación al control, el malestar por los delirios y la frecuencia de las alucinaciones. Se aprecia mejoría, por lo tanto, en síntomas como los delirios y las alucinaciones, aunque no en niveles de depresión. Sin embargo, el estudio adolece de importantes limitaciones: no es un estudio ciego, aunque se trató de mantener la independencia de los evaluadores; la selección de la terapia alternativa a la TCC puede ser vista como problemática ya que se trató de comparar con el tratamiento rutinario; no se sabe qué aspectos de la TCC fueron más o menos efectivos, ni el número óptimo de sesiones, con importantes diferencias en cuanto a tiempo dedicado entre unos y otros pacientes.

En el seguimiento tras 18 meses<sup>9</sup> los pacientes del grupo de TCC mantenían una reducción de su sintomatología según la BPRS del 29% respecto al 2% del grupo control, mostrando diferencias significativas en determinados aspectos de los síntomas psicóticos como el malestar causado por los delirios y la frecuencia de las alucinaciones. En otros aspectos como la convicción y preocupación delirante, así como el malestar y la intensidad de las alucinaciones, se apreció también una mejoría en el grupo de TCC aunque no fue significativa. La TCC, sin embargo, no fue especialmente efectiva en otras áreas como la de mejorar síntomas depresivos o mejorar la autoestima de los pacientes. Además, la adición de la TCC al tratamiento habitual no es más costosa en vistas de los resultados de coste-efectividad.

Con intención de solventar los problemas metodológicos de los ensayos anteriores, así como por la generalización del tratamiento, se diseñó un estudio<sup>10</sup> para comparar la TCC con una intervención inespecífica de apoyo *befriending* (BF) para reducir los síntomas entre pacientes esquizofrénicos con experiencias psicóticas refractarias a la medicación antipsicótica convencional. La evaluación se llevó a cabo mediante la CPRS<sup>11</sup>, la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg<sup>12</sup> y la Escala de Síntomas Negativos<sup>13</sup>. Se evaluó antes del inicio del tratamiento, tras los 9 meses que duró la intervención y 9 meses después. Los evaluadores eran independientes y no conocían a qué grupo pertenecían los pacientes evaluados. La TCC se llevó a cabo siguiendo las técnicas descritas por los autores<sup>14</sup>, siguiendo distintas etapas, empezando por estrechar la relación terapéutica, estudiar los factores desencadenantes de los síntomas psicóticos y tratar la sintomatología asociada como la ansiedad y la depresión. Las técnicas utilizadas para el abordaje de los síntomas positivos fueron específicas: para las alucinaciones auditivas, el análisis crítico acerca de su origen y naturaleza, utilización de diarios para el registro de las voces, reatribución de sus causas y generación de estrategias de afrontamiento; para las ideas delirantes se utilizó el cuestionamien-

to periférico, sin enfrentar directamente al paciente con el cuestionamiento de sus creencias, las pruebas de realidad y el trabajo con las emociones asociadas al delirio. La BF se centró en la relación empática y no directiva, centrándose en aficiones, deportes y asuntos corrientes de los pacientes, a los que se dedicaba un tiempo similar que a los de TCC. En total 90 pacientes fueron aleatorizados en los dos grupos. Al final del tratamiento, los dos grupos obtuvieron una mejoría significativa en todas las categorías evaluadas, sin diferencias entre ambos. Sin embargo, tras 9 meses de seguimiento, el grupo de TCC mostró una importante mejoría con respecto al grupo de BF, lo cual indica que el grupo de TCC mantuvo e incluso mejoró sus resultados mientras que el de BF empeoró en muchos aspectos tras terminar la terapia. Dado que los síntomas negativos son particularmente resistentes al tratamiento, la mejoría que se produjo en ellos es clínicamente significativa. El estudio demuestra un gran interés clínico debido a su diseño aleatorizado y ciego, a la utilización de un manual específico y reproducible de tratamiento y a que el grupo de TCC se comparó con otra intervención adecuada y con el mismo contacto terapéutico.

El mismo grupo de autores<sup>15</sup> ha publicado otro estudio comparativo entre TCC y terapia de BF, pero debido a lo reducido del número de pacientes (12 TCC, 6 BF), a lo heterogéneo de la muestra (pacientes tanto agudos como crónicos), y al corto promedio de tratamiento (una media de tres sesiones por paciente), creemos que los resultados no son en ningún caso significativos.

Uno de los primeros estudios realizado como parte de la práctica clínica rutinaria fue llevado a cabo por Durham<sup>16</sup>, en el cual se comparó, mediante una prueba controlada aleatoria y con evaluadores ciegos, los efectos de la TCC frente a la terapia de apoyo y el tratamiento rutinario. La TCC fue una intervención basada en los manuales de Tarrrier<sup>3</sup> y Kingdon<sup>17</sup> donde los elementos esenciales fueron: énfasis inicial en el compromiso, establecimiento de la alianza terapéutica, análisis funcional de los síntomas clave, realización de una lista de problemas, desarrollo de razones normalizadas para las experiencias de los pacientes psicóticos, exploración y mejora de las estrategias de afrontamiento, adquisición de estrategias de afrontamiento adicionales para alucinaciones y delirios y manejo de la sintomatología afectiva usando entrenamiento en relajación, entrenamiento en eficacia personal y resolución de problemas. La terapia de apoyo fue desarrollada siguiendo un marco de trabajo de orientación psicodinámica. Los elementos esenciales de la terapia fueron: establecimiento de una atmósfera de seguridad y apoyo, oportunidad de descripción de la vida del paciente con respecto a su enfermedad y descripción y trabajo de la transferencia al analista y a otros. Se utilizaron como medidas de evaluación las escalas PANSS<sup>18</sup>, PYSRATS<sup>19</sup>, *Global Assessment Scale* (GAS)<sup>20</sup> y la *Clinical Global Improvement*<sup>21</sup>. La muestra estuvo compuesta por 66 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante, estabilizados con antipsicóticos durante al menos 6 meses. Se excluyó a aquellos pacientes con diag-

nóstico primario de abuso de sustancias o drogas, daño cerebral orgánico o pacientes violentos. Los resultados sólo encontraron una modesta mejoría en la condición de TCC, con una reducción del 25% de la sintomatología a los 3 meses de seguimiento. En este período de la evaluación, la TCC produjo una mejora clínicamente significativa de la psicopatología psicótica en general y en la ideación delirante, mientras que la terapia de apoyo sólo encontró mejoras clínicamente significativas en la ideación delirante. A pesar de que este estudio contó con una serie de condiciones que ayudaron a conseguir el rigor metodológico, tales como la utilización de evaluadores ciegos y medidas estandarizadas, procedimientos de control de efectos no específicos de la terapia psicológica y 3 meses de línea base para asegurar la presencia de la sintomatología; sin embargo, también mostraba varias limitaciones, entre ellas, el alto número de abandonos en la línea base, regímenes de medicación variable entre y dentro de las condiciones de tratamiento, y que los terapeutas de la TCC contaban con una mayor experiencia que los de la terapia de apoyo.

Otro estudio preliminar del mismo año<sup>22</sup> llevó a cabo una prueba controlada aleatoria con evaluadores ciegos a la condición de tratamiento en una muestra de 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, que experimentaban síntomas positivos y negativos persistentes. En él se comparó la eficacia de la adición de la TCC al tratamiento rutinario enriquecido (TRE) con el tratamiento rutinario sólo. La TCC estuvo compuesta por tres fases: La primera fase consistió en la evaluación y el contrato y el desarrollo de una lista de problemas. En la segunda fase de la terapia se introdujo a los pacientes en el modelo cognitivo para facilitar el entrenamiento de estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales. Por último, en la tercera fase se utilizó un programa de psicoeducación y técnicas específicas para reducir síntomas positivos y negativos. Por otra parte, el TRE comprende tratamiento psiquiátrico y farmacológico, así como seguimiento y gestión de caso por un trabajador social, enfermero o terapeuta ocupacional.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en el pretratamiento, en el postratamiento (6 meses desde el inicio de la terapia) y en el seguimiento (12 meses después del inicio de la terapia). Las medidas de evaluación fueron la PANSS y el Inventario de Depresión de Beck<sup>23</sup>.

En lo que concierne a los resultados, ambos tipos de terapias mejoraron significativamente la sintomatología positiva, la negativa, y la psicopatología general, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la TCC y el TRE en el postratamiento. En el seguimiento, se mantuvo la mejoría en la sintomatología positiva, y en la psicopatología general en ambas condiciones de tratamiento, aunque en esta última ya no resulta estadísticamente significativa. En lo que respecta a la sintomatología negativa, permaneció la mejoría en el grupo de TCC, pero no así en el grupo de TRE que no sólo no mejoró sino que empeoró hasta alcanzar una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Por otro lado, en lo referente a la depresión, ambos grupos disminuyeron la sintomatología depresiva sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre ellos tanto en el postratamiento como en el seguimiento.

Un estudio novedoso para examinar una intervención psicosocial diseñada para las necesidades únicas de pacientes mayores con trastornos psicóticos fue llevado a cabo por Granholm<sup>24</sup>. Se realizó una prueba aleatoria controlada y con evaluadores ciegos, para una muestra de 76 pacientes externos con esquizofrenia crónica o trastorno esquizoafectivo, de edades comprendidas entre 42 y 74 años. En dicho estudio se comparó un grupo de tratamiento rutinario con un grupo de tratamiento rutinario más entrenamiento en habilidades sociales con TCC. En el tratamiento rutinario los pacientes continuaron en cualquier tratamiento que estuvieran recibiendo. La TCC se llevó a cabo mediante un formato grupal, basada en manuales desarrollados por los mismos autores<sup>25-27</sup>, en el que se prescribían tareas para casa, y se centró en el entrenamiento en habilidades sociales, aunque también se añadieron ayudas para compensar el daño cognoscitivo común tanto en la esquizofrenia como en el envejecimiento normal. Asimismo se modificaron componentes relevantes de la TCC: situaciones de *roll-playing*, afrontamiento en solución de problemas y desafío de creencias respecto al envejecimiento.

Ambos se realizaron en dos sitios distintos, el centro investigador o la comunidad terapéutica, aunque esta variable se controló mediante un procedimiento aleatorio estratificado. Las evaluaciones se llevaron a cabo en la línea base, a mitad del tratamiento (3 meses), y al final del tratamiento (6 meses).

La medida principal fue sobre el funcionamiento social medido a través de la *Independent Living Skills Survey*<sup>28</sup> y la *UCSD Performance-based Skills Assessment*<sup>29</sup>. Las medidas secundarias fueron los síntomas positivos y negativos medidos por la PANSS y los depresivos medidos por la Escala de Depresión de Hamilton<sup>30</sup>. También se evaluó el *insight* cognitivo a través de la Escala de Insight Cognitivo de Beck<sup>31</sup> y el dominio de habilidades específicas mediante la Prueba de Módulo Comprensiva<sup>32</sup>.

Se encontró una mejora significativa con respecto al grupo de cuidado rutinario en la frecuencia de actividades sociales, en el *insight* cognitivo y en el dominio de habilidades específicas. Sería interesante señalar que estos efectos se consiguieron a mitad del tratamiento y permanecieron igual al final del mismo, por lo que convendría investigar si tal duración es suficiente para conseguir beneficios y/o su mantenimiento. Por otro lado, no se encontraron efectos significativos en la realización de actividades de la vida diaria, en los síntomas ni en el lugar donde se llevó a cabo el tratamiento.

Las limitaciones principales de este estudio son una muestra moderadamente pequeña y una carencia de control sobre factores no específicos de la terapia psicológica.

Otro estudio aleatorio controlado y ciego del mismo año desarrollado por Valmaggia<sup>33</sup> tuvo como objetivo investigar los efectos de la TCC en pacientes esquizofrénicos hospitalizados con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico (delirios y alucinaciones durante al menos 3 meses) frente a una orientación de apoyo. Se evaluó una muestra de 72 pacientes, diagnosticados de esquizofrenia y con delirios residuales o alucinaciones auditivas experimentadas desde al menos 3 meses.

La TCC estuvo compuesta de tres fases. La primera consistió en una fase de contrato para facilitar el desarrollo de una relación colaboradora entre paciente y terapeuta, y el establecimiento de objetivos comunes. En la segunda fase se realizó una formulación de caso individualizada, con el objetivo de establecer un vínculo entre pensamientos, emociones y comportamiento. Además, se utilizaron técnicas específicas para la reducción de síntomas de ansiedad o angustia. La tercera y última fase es de consolidación, donde se presta atención a las estrategias de prevención de recaídas.

La terapia de apoyo siguió un protocolo convencional: el terapeuta mostró una aceptación incondicional, calidez, autenticidad y empatía; y fueron aplicadas las siguientes habilidades básicas: escucha activa, reflejo, empatía y recapitulación.

Las medidas de evaluación se llevaron a cabo mediante la PANSS y la PSYRATS a las 22 semanas y a los 6 meses de finalizar la terapia.

En la línea base se encontraron diferencias significativas en el factor «características emocionales» de la subescala alucinaciones auditivas de la PSYRATS. En el postratamiento no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos para los síntomas positivos. Sin embargo se encontró mayor eficacia de la TCC en la subescala alucinación auditiva de la PSYRATS en los factores «características físicas» e «interpretación cognitiva» pero no sobre el factor «características emocionales». Por otro lado no se encontró ningún efecto significativo en la subescala de delirios de la PSYRATS. En el seguimiento no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables medidas.

Entre las limitaciones de este estudio está un pequeño tamaño de muestra, y como consecuencia, la carencia de poder estadístico, y la pérdida de resultados significativos en el seguimiento.

En otro estudio aleatorio, controlado y ciego, llevado a cabo por Wykes<sup>34</sup> se evaluó si la TCC grupal podría producir efectos beneficiosos sobre las alucinaciones en pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas persistentes. La muestra seleccionada de 85 pacientes fue asignada a las dos condiciones de tratamiento: grupo de TCC (TCC más tratamiento rutinario) y grupo control (tratamiento rutinario sólo), en bloques independientes de 12 participantes para asegurar la asignación a la TCC grupal a intervalos regulares.

El grupo de TCC siguió una terapia basada en un manual de los mismos autores<sup>35,36</sup> durante siete sesiones, cada una con un objetivo específico. Las sesiones fueron: contrato y compromiso de informar sobre las alucinaciones; exploración de modelos de la psicosis; exploración de creencias sobre las alucinaciones; desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento; mejora de la autoestima; desarrollo de un modelo complejo de afrontamiento de las voces y sesión de seguimiento.

Las medidas de evaluación se realizaron en la línea base, a las 10 semanas (postratamiento) y a las 36 semanas (seguimiento). Se tomaron como medidas principales el funcionamiento social, medido mediante el *Social Behaviour Schedule*<sup>37</sup> y la experiencia de alucinaciones, mediante las subescalas de alucinación de la PSYRATS. Las medidas secundarias fueron la valoración de la autoestima, mediante las subescalas del Rosenberg<sup>38</sup> y las estrategias de afrontamiento eficaces, mediante el *Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule*<sup>39</sup>.

Se encontró una mejora significativa en el seguimiento en el funcionamiento social en los grupos que recibieron TCC, pero no en el postratamiento. No se encontró evidencia de que la TCC grupal para las alucinaciones auditivas fuera eficaz para la reducción de las mismas. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el grupo de TCC y el control en autoestima ni en estrategias de afrontamiento eficaces, aunque sí se encontró una ventaja descriptiva de la TCC.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran que, aunque muchos evaluadores eran ciegos a la condición de tratamiento, ninguna prueba formal fue utilizada para garantizarlo.

## CONCLUSIONES

Afortunadamente en los últimos años en España se ha ampliado la oferta de recursos sociosanitarios para los enfermos con psicosis crónicas, fundamentalmente esquizofrénicos. Hospitales de día, unidades de rehabilitación, centros de media estancia, son lugares en los que los pacientes no tienen que permanecer ingresados, o si lo están, es de forma semiabierta, ideales para abordar a los enfermos desde otra perspectiva diferente a las clásicas consultas ambulatorias, en donde un enfermo esquizofrénico que está compensado, pero que puede seguir presentando síntomas activos, es revisado por su psiquiatra una vez cada 2 o 3 meses en 15 o 20 min, tiempo en el que se discute generalmente si el paciente toma o no adecuadamente el tratamiento y los posibles efectos secundarios que ello le provoca, dando escaso tiempo para una exploración psicopatológica mucho más profunda y menos para poder abordar la presencia de los síntomas. Hay una demanda también cada vez mayor por parte de los profesionales de estos centros de día y unidades de rehabilitación para abordar la psicopatología de los pacientes, los síntomas psicóticos persistentes, el deterioro cognitivo o la sintomatología negativa. En este tipo de centros se suele conseguir una mayor adherencia

de los pacientes a los tratamientos farmacológicos, por la mayor accesibilidad o porque los toman allí mismo y por la insistencia de los profesionales en la necesidad del tratamiento farmacológico para mantener la estabilidad, lo cual ya suele ser un logro terapéutico de gran valía, con lo que ello implica en evitar recaídas y por lo tanto en reingresos y recursos asistenciales. Pero sabemos que los fármacos antipsicóticos actualmente no dejan de tener limitaciones, e incluso en pacientes que toman adecuadamente sus tratamientos es a veces frecuente la persistencia de síntomas.

Para los abordajes psicoterapéuticos sobre los pacientes con psicosis crónicas, cada vez más demandados por los profesionales, los familiares y los propios pacientes, se hace necesaria la existencia de estudios científicamente avalados, que demuestren la validez de las intervenciones y en los que se propongan programas de intervención fácilmente reproducibles. Los ensayos clínicos de la TCC realizados hasta la fecha, aunque muy escasos si se comparan por ejemplo con los realizados con psicofármacos en los mismos grupos de pacientes, nos demuestran que este tipo de intervenciones son eficaces mientras se llevan a cabo y suponen un adecuado complemento a las intervenciones farmacológicas. En los estudios de seguimiento<sup>4,9</sup> se sigue observando aún una mejoría, aunque es probable que haya una pérdida de efecto con el tiempo y por lo tanto no sería baladí plantear, igual que las terapias farmacológicas deben ser en su mayoría crónicas, que lo sean también determinados planes de TCC.

La TCC, como decíamos al inicio de este artículo, implica el uso de varios métodos: desde el desarrollo de un modelo empático fundamental para tratar con el paciente; técnicas de la TCC utilizadas en los modelos de ansiedad-depresión como las mejoras en las estrategias de afrontamiento, la resolución de problemas, desarrollo de actividades programadas, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación para abordar síntomas ansiosos, la modificación de esquemas disfuncionales; técnicas más específicas para síntomas psicóticos como la modificación de creencias delirantes y alucinaciones, mediante la discusión racional, pruebas de realidad, y el manejo de las recaídas e identificación de los factores desencadenantes que exacerban síntomas psicóticos. Los profesionales dedicados a estas labores deberán ser por tanto diestros en el manejo de estas técnicas y a la vez experimentados en el tratamiento de enfermos psicóticos.

Es posible que los pacientes que son incluidos en los ensayos clínicos no sean del mismo perfil que los que observamos en nuestra práctica clínica diaria, igual que ocurre en los ensayos clínicos de cualquier fármaco, por lo que tendremos los casos difíciles con un peor apoyo social y familiar, en los que se hace más complicada cualquier intervención ya sea farmacológica o psicoterapéutica, así como los casos de comorbilidad con otras patologías psiquiátricas o consumo de sustancias. En todo paciente psicótico muchas veces la respuesta al fármaco es idiosincrásica y la dosis debe ser siempre individualizada; las técnicas psicoterapéuticas, en este caso de TCC, se deben también amoldar a cada paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome. *Br J Psychiatry* 1993;162:524-32.
2. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, et al. Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998;317:303-7.
3. Tarrier N. Psychological Treatment of Positive Schizophrenic Symptoms. En: Kavanagh D, editor *Schizophrenia: an Overview and Practical Handbook*. London: Chapman and Hall; 1992.
4. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L. The durability of the effects of cognitive-behaviour therapy in the treatment of chronic schizophrenia: Twelve-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1999;174:500-4.
5. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: I. Effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry* 1997;171:319-27.
6. Garety P, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 2000;26(1):73-86.
7. Kuipers E, Garety P, Fowler D. An Outcome Study of Cognitive-Behavioural Treatment for Psychosis. En: Haddock G, Slade P, eds. *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Diseases*. London: Roudledge; 1996.
8. Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Gutkind D, Gilbert EA. Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatry Res* 2000;97:129-135.
9. Kuipers E, Fowler D, Garety P, Chisholm D, Freeman D, Dunn G, et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: III. Follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* 1998;173:61-8.
10. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:165-172.
11. Asberg M, Montgomery S.A, Perris C, Schalling D, Sedvall G. A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1978;271:5-27.
12. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
13. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). *Br J Psychiatry Suppl* 1989;155(7):53-8.
14. Kingdon D, Turkington D. *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
15. Turkington D, Kingdon D. Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *Br J Psychiatry* 2000;177:101-6.
16. Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Treliving LR, Fowler D, et al. Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medicating-resistant psychotic symptoms. Results to 3-months follow-up. *Br J Psychiatry* 2003;182:303-311.
17. Kingdon D, Turkington D. *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Publications; 1994.
18. Kay S, Fiszbein A, Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Schizophr Bull* 1987;13:261-73.



19. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med* 1999;29:879-89.
20. Endicott J, Spitzer R, Fleiss J, Cohen J. Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-71.
21. Guy W. *Assessment Manual for Psychopharmacology*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1976.
22. Rector NA, Seeman MV, Segal ZV. Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2003;63:1-11.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
24. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioural social skills training for middle-age and older outpatients with chronic schizophrenia. *Amer J Psychiatry* 2005;162 (3):520-29.
25. Granholm E, McQuaid JR, Auslander LA, McClure FS. Group cognitive behavioural social skills training for older outpatients with chronic schizophrenia. *J Cogn Psychothe Internat Quarter* 2004;18:265-79.
26. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Pedrelli P, Jeste DW. A randomised controlled pilot study of cognitive behavioural social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;53:167-9.
27. McQuaid JR, Granholm E, McClure FS, Roepke S, Pedrelli P, Patterson TL, et al. Development of an integrated cognitive behavioural and social skills training for older patients with schizophrenia. *J Psychother Pract Res* 2000;9:149-156.
28. Wallace CJ, Liberman RP, Tauber R, Wallace J. The Independent Living Skills Survey: a comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophr Bull* 2000;26:631-58.
29. Patterson TL, Goldman S, McKibbin CL, Hughs T, Jeste D. UCSD Performance-based skills assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophr Bull* 2001;27:235-45.
30. Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
31. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68:319-29.
32. Liberman RP. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry* 1994;57:104-14.
33. Valmaggia LR, Van Der Gaag M, Terrier N, Pijnenborg M, Sloof CJ. Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 2005;186:324-30.
34. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res* 2005;77(2-3):201-10.
35. Wykes T, Parr A, Landau S. Group treatment of auditory hallucinations: exploratory study of effectiveness. *Br J Psychiatry* 1999;175:180-5.
36. Wykes T. Psychological treatment for voices in psychosis. *Cognit Neuropsychiatry* 2004;9:25-41.
37. Wykes T, Sturt E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *Br J Psychiatry* 1986;148:1-11.
38. Rosenberg M, *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
39. Carter D, McKinnon A, Howard S, Zeegers T, Copolov DL. The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): an instrument to record auditory hallucinatory experience. *Schizophr Res* 1995;16:157-65.
40. Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, et al. Cognitive behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. *Br J Psychiatry* 2003;183:418-26.
41. Hall P, Tarrier N. The cognitive behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behav Res Ther* 2003;41:317-92.
42. Kingsep P, Nathan P, Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety for schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;63:121-9.
43. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;184:312-20.
44. Temple S, Ho BC. Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: A case controlled clinical trial. *Schizophr Res* 2005;74:195-9.
45. Cather C, Penn D, Otto MW, Yovel I, Mueser K, Goff D. A pilot study of functional cognitive behavioural therapy for schizophrenia. *Schizophr Res* 2005;74:201-9.