

# Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia

Francisco Javier Muñoz Molina<sup>1</sup>

Silvia Liliana Ruiz Cala<sup>2</sup>

## Resumen

*Introducción:* La esquizofrenia y los trastornos relacionados son enfermedades crónicas y discapacitantes, donde se alteran funciones cognitivas superiores. *Objetivos:* presentar los aspectos más relevantes que permitan entender los déficits cognoscitivos de la esquizofrenia y enunciar perspectivas en cuanto al tratamiento. *Métodos:* revisión de tema. *Resultados:* En las últimas décadas se ha avanzado en las estrategias para el tratamiento de la esquizofrenia, y dentro de ellas, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser de gran ayuda. Los estudios no son definitivos, pero los resultados son promisorios cuando el terapeuta emplea una amplia variedad de estrategias en el desarrollo de habilidades y competencias que le permiten autonomía al paciente y disminución de los síntomas.

**Palabras clave:** esquizofrenia, terapia cognitivo-conductual.

**Title:** Cognitive-behavioral Therapy for Schizophrenia

## Abstract:

*Introduction:* Schizophrenia and related disorders are chronic and disabling diseases in which superior cognitive functions are altered. *Objectives:* To present the most relevant aspects pertaining cognitive deficits in schizophrenia and perspectives about its treatment. *Methods:* Review of the relevant literature. *Results:* In the last decades strategies for the treatment of schizophrenia have shown progress and among them, cognitive-behavioral therapy has been helpful. Studies are not definitive, but results are promising when the therapist uses a wide array of strategies in the development of skills and competencies fostering autonomy in the patient and reduction of symptoms.

**Key words:** Schizophrenia, cognitive-behavioral therapy.

---

1 Médico psiquiatra, Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

2 Médica psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

## Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que causa gran incapacidad social y laboral, con un deterioro significativo de las relaciones interpersonales y del funcionamiento global del individuo que la padece. Si bien es cierto que la aparición de los antipsicóticos contribuyó en gran medida al tratamiento y control de los síntomas que caracterizan la enfermedad y, en algunos casos, facilitó la adaptación del enfermo a su medio, la mayoría de los pacientes esquizofrénicos continúan teniendo síntomas residuales y molestos a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado (1).

Un 40% de los pacientes tratados con antipsicóticos puede persistir con síntomas positivos de moderados a graves (2-3); además, hasta la fecha, el tratamiento antipsicótico no ha demostrado mejorar la adaptación social y laboral de la persona con esquizofrenia. Por estas razones, es de suma importancia explorar terapéuticas que sirvan de complemento a la terapia antipsicótica y promuevan un mejor control sintomático, la adherencia al tratamiento y la integración del paciente a su medio.

La terapia cognitivo-conductual ha sido empleada con estos fines. En especial, se ha utilizado para manejar síntomas positivos y negativos que persisten a pesar del tratamiento farmacológico. Los resultados de los estudios realizados hasta el momento son promisorios.

La finalidad de la terapia cognitivo-conductual con esquizofrénicos es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas, a través de la colaboración del paciente o la familia, junto con el entrenamiento en habilidades sociales.

## Historia

La psicoterapia cognitivo-conductual se empleó inicialmente para el tratamiento de los trastornos afectivos, y ha probado ser eficaz para disminuir los síntomas de ellos derivados. La primera aplicación conocida del modelo cognitivo-conductual para el análisis y tratamiento de síntomas psicóticos se debe a Beck (4), quien trató, en 1952, a un paciente con un delirio resistente al tratamiento farmacológico, que consistía en una convicción de ser espiado por el FBI. El abordaje psicoterapéutico constó de treinta sesiones durante ocho meses, después de las cuales el paciente adquirió la capacidad de cuestionarse y razonar sobre sus creencias erróneas cuando empezaba a sospechar que estaba siendo observado.

El mismo autor, junto con Hole y Rush (5), en 1979, reportó sobre la intervención cognitiva en ocho pacientes con ideación delirante. Luego del tratamiento, ellos empezaron a asumir sus delirios como hipótesis sobre el significado de ciertos eventos, en lugar de ser verdades rígidas y absolutas. Desde

entonces se han realizado varios estudios, con resultados diversos, sobre la efectividad de las intervenciones cognitivas y conductuales en los pacientes esquizofrénicos.

### **Déficits cognoscitivos en la esquizofrenia**

La diversidad de trastornos neuropsicológicos en la esquizofrenia se ha evidenciado con el metanálisis realizado por Heinrichs y Zakzanis (1998), quienes concluyeron que en la esquizofrenia existen déficits neuropsicológicos en la gran mayoría de funciones: memoria verbal, no verbal y global; praxis; atención visual y auditiva; inteligencia general; habilidades espaciales; función ejecutiva, y lenguaje. Las distorsiones cognoscitivas más frecuentes en la esquizofrenia son (6):

1. Identificación predicativa. El sujeto obtiene conclusiones de sus experiencias con base en las relaciones de predicado, por ejemplo: "Luis juega billar, yo juego billar, yo soy Luis". La persona no psicótica obtiene estas conclusiones sólo por medio de la lógica aristotélica.
2. Atribuciones precipitadas de significado. El sujeto esquizofrénico tiene una baja tolerancia a la ambigüedad, y en las situaciones confusas obtiene interpretaciones arbitrarias con gran rapidez. Esta es la base de las ideas delirantes (en especial de las ideas de referencia) (7).
3. Sobreinclusión egocéntrica. Es la tendencia del sujeto a responder a diferentes situaciones incluyéndolas en un mismo concepto o patrón cognitivo (sobre-generalización). En concreto, se trata del pensamiento "egocéntrico" (Piaget), donde el paciente relaciona los acontecimientos del mundo como referidos a él mismo (personalización). Se ha denominado también como omnipotencia del pensamiento y sensación de omnipotencia.
4. Confusión de causas y significados. Se denomina, así mismo, proyección. Cuando el sujeto se enfrenta a un acontecimiento externo novedoso que debe explicarse, utiliza una interpretación relacionada con su autoconcepto y sus experiencias previas.
5. Desimbolización. El sujeto se cree literalmente el significado de las metáforas, concretándolas, "cosificándolas". Por esto en la terapia no se aconseja el uso de las metáforas con estos sujetos.
6. Concreción y percepción de conceptos. Se refiere a la tendencia a trasladar los conceptos abstractos a preceptos. Este proceso es similar al proceso onírico, según Arieti, donde el pensamiento paleológico (identificación predicativa) se traslada a la imagen visual. Esto produciría las experiencias alucinatorias.
7. Sesgos en el foco de la atención. Se ha demostrado que

los esquizofrénicos con ideas delirantes paranoides persecutorias tienden a enfocar su atención más fácilmente en estímulos potencialmente dañinos y recuerdan preferencialmente episodios peligrosos (8).

8. Pensamiento dicotómico o polarización. Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas, saltándose las pruebas de valoraciones y hechos intermedios.

Blackwood y cols. (9) proponen un modelo para la formación del delirio persecutorio, basándose en los déficits cognoscitivos encontrados en los pacientes con esquizofrenia paranoide. Plantean que el delirio persecutorio es el resultado de fallas en la interpretación de las intenciones de los demás, aunadas a una tendencia a atribuir causas externas a eventos negativos, a elaborar juicios de manera precipitada con información insuficiente y a una predisposición a atender y percibir estímulos amenazantes.

### **Modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de la esquizofrenia**

La relación terapéutica es muy importante para abordar el inicio del tratamiento. El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfunciona-

les, y como catalizador, promoviendo experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que fomenten, a su vez, pensamientos y habilidades más adaptativas. El modelo parte de varias premisas (10):

- El paciente tiene “áreas libres” de psicosis que pueden ser aprovechadas en la terapia.
- Las alucinaciones y los delirios no son impermeables a las intervenciones psicológicas.
- Los síntomas pueden ser exacerbados o atenuados por cambios ambientales y pueden ser puestos en un contexto con significado para el paciente.

Así mismo, el modelo aborda la gravedad, el curso y el pronóstico de la esquizofrenia como el producto de la interacción de tres factores: vulnerabilidad, estrés y habilidades de afrontamiento (11). El primero se refiere a la predisposición biológica para desarrollar la enfermedad, y está determinado por la interacción de influencias genéticas y ambientales. El estrés socioambiental se deriva de situaciones o acontecimientos que pueden exacerbar la sintomatología, inducir recaídas o rehospitalizaciones (por ejemplo, la muerte de un familiar). Las habilidades de afrontamiento son las capacidades que tiene el individuo para reducir al mínimo los efectos negativos del estrés.

A continuación se revisan los principales puntos que se abordan en la terapia cognitivo-conductual con el paciente esquizofrénico:

### **Entrenamiento en habilidades sociales**

Es un conjunto de técnicas basadas en el aprendizaje social, orientado a que el paciente aprenda de manera sistemática nuevas habilidades interpersonales, como el empezar una conversación, al igual que expresar sentimientos negativos o positivos, el compromiso y la negociación.

### **Terapia familiar conductual**

El objetivo es disminuir al máximo las relaciones estresantes familiares, las cuales pueden empeorar el curso de la enfermedad. Esta terapia va dirigida a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y a potenciar las habilidades de solución de problemas.

### **Entrenamiento de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales**

Requiere una descripción y análisis funcional del síntoma psicótico, de las condiciones en las cuales emergió el síntoma, de las reacciones del paciente a éste y de las consecuencias de dicho síntoma. Posteriormente se identifican las estrategias de afrontamiento que ha estado empleando el paciente y su eficacia para escoger así una estrategia que puede ser conductual (iniciar una conversación, dar un paseo, etc.), cognitiva (habla positiva con uno mismo, distracción de la

atención, por ejemplo, armando un rompecabezas) o de modificación de los estímulos sensoriales (tararear, oír música, etc.). Se pueden utilizar estrategias que el paciente haya utilizado y abandonado o formular unas completamente nuevas.

El entrenamiento de las habilidades de afrontamiento incluye dejar tareas para la casa, que serán evaluadas en futuras sesiones. En ellas se revisarán los resultados obtenidos, la manera en que el paciente empleó las estrategias y los obstáculos que se le han presentado. Además, se le enseñan varias habilidades de afrontamiento de los síntomas de manera que pueda contar con un repertorio de respuesta que se adapte mejor a cada situación.

### **Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas**

Se intenta asegurar el compromiso del paciente con la terapia, persuadirlo de que el abuso de sustancias psicoactivas implica un problema y un riesgo para su salud y prevenir las recaídas una vez es aceptada la reducción del consumo.

La terapia se estructura en el marco de una alianza terapéutica estrecha, con apoyo, aceptación de la experiencia del paciente y colaboración mutua para resolver los problemas que se presentan. Se elabora una lista de las prioridades que se van a tratar, que pueden ser síntomas (alucinaciones, delirios,

aislamiento, etc.) o planes de vida (trabajo, familia, etc.). Se brinda psicoeducación al paciente, haciendo énfasis en el papel del estrés en la formación y mantenimiento del síntoma e intentando reducir al máximo el estigma de la enfermedad.

Así mismo, se formulan y se comparten con el paciente conceptos cognitivos sobre lo que le sucede, identificando vínculos entre pensamientos, emociones y conductas. Se usan técnicas cognitivas y conductuales para tratar síntomas positivos y negativos (prueba y reformulación de creencias, contrapeso de lo que sostiene la creencia, formulación de explicaciones alternativas, juego de roles, etc.). Se abordan también comorbilidades como la ansiedad y la depresión. Finalmente, se intenta hacer una prevención de recaída, identificando situaciones estresantes y desencadenantes de los síntomas y promoviendo el entrenamiento de habilidades sociales y ocupacionales (12).

### **Tratamiento de los delirios**

En la actualidad, la idea delirante se percibe como un extremo del continuo del grado de convicción de determinada creencia (13-14). Contrario a las descripciones tradicionales del delirio, la investigación ha demostrado que la convicción, la preocupación y el estrés asociados a la idea delirante fluctúan con el tiempo (15) y que pueden ser modificados y disminuidos por intervenciones cognitivo-conductuales (16-18).

La idea delirante, al ser explorada, revela el sistema de creencias previo del paciente y, por lo general, se descubren preocupaciones de la vida diaria subyacentes (ser manipulado, agredido o rechazado). Entender las creencias previas del paciente puede servir para descubrir la formación y el contenido del delirio. Un paciente con ideación megalomaniaca puede valerse de ésta para intentar compensar sentimientos de inferioridad, minusvalía o soledad (19).

El abordaje cognitivo del delirio intenta aclarar la forma como el paciente construye su realidad y dota de significado sus experiencias partiendo de los sesgos cognitivos antes descritos (egocentrismo, proyección, etc.) y de su historia de vida. En esta primera fase de valoración se investiga el sistema de creencias premórbido del paciente, los eventos que ocurrieron alrededor del brote psicótico y las situaciones que precipitan y mantienen las ideas delirantes, así como las consecuencias emocionales (tristeza, miedo, rabia, etc.) o conductuales (aislamiento, evitación, agresión, etc.) de éstas (12).

Una vez se entiende el sistema de creencias del paciente y los acontecimientos relacionados con la idea delirante, se abordan las partes de la idea delirante que se sostienen con mayor dificultad. Es de anotar que la confrontación directa puede producir un efecto contrario al deseado, por lo tanto, la idea es cuestionar con delicadeza los indicios que mantienen la idea

delirante por medio de preguntas cómo: ¿qué respalda esta interpretación?, ¿qué lo lleva a pensar que esto es posible?, ¿habrá otras explicaciones posibles? Éstas se utilizan para llevar al paciente a un modo de cuestionamiento de sus interpretaciones (20). Después de esto, el terapeuta y el paciente diseñan y llevan a la práctica “experimentos conductuales” que intentan invalidar la creencia o parte de ella (7).

### **Tratamiento de las alucinaciones**

Aunque los pacientes con esquizofrenia reportan con frecuencia alucinaciones auditivas no verbales (música, zumbidos, etc.), la mayoría de las intervenciones cognitivas-conductuales se han dirigido a tratar las alucinaciones en forma de voces, por ser éstas las que mayores molestias y sufrimiento producen.

Al igual que con las ideas delirantes, el terapeuta hace una investigación completa sobre la frecuencia, la intensidad, la variabilidad, los eventos externos o internos que las precipitan, el contenido de lo que las voces dicen y las creencias que el paciente tiene sobre ellas (malevolencia, omnipotencia, benevolencia, etc.). El terapeuta indaga, además, sobre los indicios que respaldan las creencias acerca de las voces y sobre la reacción que tiene el paciente frente a este fenómeno.

Las respuestas emocionales y conductuales a las alucinaciones auditivas están determinadas por las creencias que el paciente haya construido a su alrededor.

Posterior a esta valoración, se procede igualmente que con el delirio: cuestionando gentilmente las creencias y ofreciendo explicaciones alternas al paciente. Las creencias de omnipotencia e incontrolabilidad de las voces se tratan mediante varias técnicas. La incontrolabilidad, enseñándole al paciente cómo precipitar, disminuir o terminar con las voces. Entonces, utilizando la información recolectada sobre los atenuantes o los disparadores de las alucinaciones, se pone al paciente en condiciones de producir el síntoma (por ejemplo imaginando una situación que habitualmente exacerba el fenómeno) para luego realizar una actividad que se sabe lo atenúa (escuchar música, empezar una conversación, etc.). La idea de la omnipotencia de las voces se ataca demostrándole al paciente a través de experimentos conductuales su capacidad para desobedecer e ignorar los comandos de las voces.

El contenido de las voces se aborda, de igual forma, preguntando al paciente por lo que podría sustentar las afirmaciones alucinadas, para encontrar que probablemente no todo lo escuchado es cierto y que el paciente puede contar con otras opciones, diferentes a las formuladas por las voces. El objetivo final al trabajar con el contenido de las voces es

enseñar al paciente a reconocer que éste está estrechamente relacionado con el concepto que tiene de sí mismo y con el que se imagina tienen los demás de él. Una técnica empleada es que el paciente lleve dos registros: uno de lo que habitualmente piensa frente a situaciones estresantes y otro de las voces, a fin de que al hacer un paralelo encuentre puntos en común (12).

### **Tratamiento de los síntomas negativos**

El alivio de los síntomas positivos puede, por sí mismo, disminuir el aislamiento social, la anhedonia y la apatía. Se utilizan estrategias cognitivas como buscar las razones que tiene el paciente para la inactividad y ponerlas a prueba mediante experimentos conductuales, estimular intereses nuevos o previos que se perdieron y tratar pensamientos automáticos de autocrítica sobre el desempeño en tal o cual labor (12).

### **Resultado de las investigaciones**

La investigación de la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia ha sido extensa. Por desgracia, no todos los ensayos han sido metodológicamente adecuados y hasta el momento existen unos pocos estudios que recomiendan esta terapia. A continuación se revisan los más relevantes.

### **Efectividad en esquizofrenia resistente al tratamiento**

*Terrier y cols.*

En 1998, Terrier y cols. (21) realizaron un estudio aleatorizado, controlado y ciego con 87 pacientes con esquizofrenia crónica que recibieron el tratamiento convencional con antipsicóticos y controles por psiquiatras y que fueron repartidos en tres grupos: uno recibió terapia cognitivo-conductual (33 pacientes) y se le enseñaron técnicas para prevenir recaídas; además, recibió entrenamiento en solución de problemas y estrategias para potenciar la adaptación al medio. Un segundo grupo tuvo tratamiento de apoyo (26 pacientes) con consejerías y apoyo emocional. Por último, el tercer grupo, de 28 pacientes, recibió el tratamiento habitual únicamente.

Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos, de los cuales el que recibió terapia cognitivo-conductual presentó menos síntomas positivos, de menor intensidad, y ocho veces más probabilidad de presentar una mejoría del 50% de sus síntomas, además de que más personas de este grupo alcanzaron tal mejoría. El grupo que tuvo consejería y apoyo no demostró una mejoría significativa. El grupo al cual se le suministró únicamente el tratamiento de rutina presentó una tasa de recaídas mayor y más días de hospitalización.



*Sensky y cols.*

En el 2000, Sensky y cols. (22) llevaron a cabo un estudio aleatorizado, controlado, con 90 pacientes entre los 16 y los 60 años, con diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV y CIE-10) resistentes al tratamiento farmacológico, durante 18 meses. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, ambos recibieron el tratamiento estándar, pero sólo uno se manejó con terapia cognitiva-conductual durante 9 meses (44 pacientes), mientras que el otro tuvo sesiones con un terapeuta que tocaba temas neutrales como pasatiempos, deportes, etc., sin ser directivo ni abordar los síntomas afectivos o psicóticos (46 pacientes).

Los instrumentos de medición fueron la escala de depresión de Montgomery-Asberg, la escala de medición de síntomas negativos (SANS) y la Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS). Ambas intervenciones produjeron reducciones significativas en las escalas de síntomas positivos y negativos, así como en la de depresión, pero a los nueve meses de seguimiento sólo el grupo que recibió la terapia cognitiva-conductual continuó mejorando.

*Turkington y Kingdon*

Turkington y Kingdon (2000) realizaron otro ensayo aleatorizado, controlado y ciego con 18 pacientes entre los 16 y los 65 años de edad, que fueron divididos en 2 grupos, ambos con tratamiento de rutina,

pero sólo uno (12 pacientes) con terapia cognitiva-conductual adicional, por parte de un psiquiatra (23). Cada paciente recibió 6 sesiones en un período de 2 meses. El grupo restante obtuvo tratamiento tradicional y sesiones en las cuales se discutían temas neutrales y no se realizaba intervención alguna.

Este último grupo no presentó mejoría significativa con las medidas empleadas, mientras que los pacientes que recibieron la intervención cognitiva-conductual presentaron menores puntajes en la escala CPRS. La limitación principal de este estudio es el tamaño pequeño de los grupos y la corta duración de las intervenciones, pero demuestra que es posible que el psiquiatra general lleve a cabo la terapia tanto en los pacientes hospitalizados como los ambulatorios.

*Pinto y cols.*

En 1999, Pinto y cols. (24) realizaron un ensayo aleatorio controlado con 41 pacientes en quienes se presentaba historia de esquizofrenia refractaria al tratamiento antipsicótico. Ambos grupos fueron medicados con clozapina a dosis efectivas y uno se manejó con terapia cognitiva-conductual (20 pacientes); entre tanto, el otro recibió consejería y apoyo.

Los dos grupos presentaron mejoría significativa en los síntomas positivos y negativos, aun cuando el grupo que recibió la terapia cognitiva-conductual presentó la mayor reducción en las medidas de sínto-

mas psicóticos, en general, y en los síntomas positivos. En seis meses de seguimiento, los pacientes del grupo que recibió terapia cognitiva-conductual junto con clozapina presentaban una mayor reducción de los síntomas positivos y negativos, al ser comparados con el grupo control.

### **Efectividad en la fase aguda de la enfermedad**

En 1996, Drury y cols. (25-26) asignaron aleatoriamente a dos grupos cuarenta pacientes con psicosis aguda: uno recibió terapia cognitiva-conductual, mientras que el otro participó en actividades recreacionales y apoyo. Al finalizar el tratamiento, el grupo al cual se le practicaron las intervenciones cognitivas-conductuales presentó una reducción mayor de las ideas delirantes. La diferencia en la sintomatología se notó por primera vez a las siete semanas de tratamiento. A los nueve meses de seguimiento los pacientes del grupo de la terapia cognitiva-conductual se encontraban libres de síntomas positivos o tenían síntomas leves en un 95% de los casos, comparados con el 44% del grupo control. Los pacientes que recibieron terapia cognitiva-conductual fueron dados de alta en la mitad del tiempo que el grupo control.

Si bien varios ensayos clínicos han demostrado ser efectivos con las intervenciones cognitivas-conductuales, éstos deben tomarse

con cautela, dados los diseños metodológicos empleados, el número de pacientes y el tiempo de seguimiento. Los estudios existentes son escasos y de pocos participantes. De hecho, en una revisión sistemática de la literatura publicada en la Cochrane Library (27), donde se incluyeron estudios aleatorizados con pacientes que tenían diagnósticos de esquizofrenia o enfermedades similares (trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante), se encontraron 22 referencias que describían trece ensayos que cumplían con los criterios de selección. Como resultados importantes se obtuvo que:

- El tratamiento cognitivo conductual no se asoció a disminución en la tasa de recaídas, pero sí a una estancia hospitalaria más corta.
- Los datos sobre la Escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS, por su sigla en inglés), la CPRS y la Psychiatric Assessment Scale no son concluyentes sobre una mejoría proporcionada por la terapia cognitiva-conductual.
- El abordaje de la terapia cognitiva-conductual, centrado en el cumplimiento, puede surtir algunos efectos en la capacidad de introspección y las actitudes hacia la medicación, pero se desconoce cuál es el significado clínico que tienen estos datos.
- Cuando se comparó con la psicoterapia de apoyo, el tratamiento cognitivo-conductual no tuvo efectos en la tasa de

recaídas o en la existencia de una mejoría clínicamente significativa en el estado mental.

### **Discusión**

El tratamiento farmacológico, con frecuencia, es la única intervención en nuestro medio que es tomada en cuenta para el paciente con esquizofrenia. Un abordaje psicoterapéutico rara vez es contemplado como parte del plan de manejo. La terapia cognitiva-conductual promete ser una herramienta más para promover la adaptación del paciente a la sociedad, para controlar sus síntomas y para mejorar su funcionamiento global.

Es llamativa la escasez de estudios en este campo y el hecho de que los estudios existentes no hayan discriminado los distintos tipos de esquizofrenia, teniendo en cuenta la afectación cognitiva variable en cada cuadro clínico. Así mismo, llama la atención el escaso conocimiento que hay entre los profesionales dedicados a la salud mental sobre las técnicas, el marco conceptual y la efectividad de esta intervención en el paciente esquizofrénico.

### **Conclusión**

La terapia cognitiva-conductual es una intervención prometedora, que provee al clínico un modelo para entender al paciente esquizofrénico y su manera de percibir el mundo; así mismo, le da herramientas di-

ferentes a la farmacoterapia, que puedan potenciar el tratamiento convencional. Por otra parte, le da al enfermo medios para sobrellevar la enfermedad y el malestar derivado de sus síntomas, al proporcionarle un entrenamiento en habilidades sociales que mejorarán las dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales y familiares, que a largo plazo disminuirán el deterioro en la red de apoyo.

El empleo de la terapia cognitiva-conductual se ha asociado con la disminución de los síntomas esquizofrénicos, principalmente los positivos; sin embargo, los estudios han aportado resultados variables y, hasta el momento, no es posible deducir una mejora sustancial derivada de la terapia cognitiva-conductual en comparación con intervenciones de apoyo o el tratamiento convencional.

Se necesitan más estudios, con un número mayor de pacientes, que permitan establecer si esta intervención resulta ser más eficaz en combinación con el tratamiento antipsicótico, que el tratamiento habitual de este trastorno.

### **Referencias**

1. Harrow M, Carone BJ, Westermeyer J. The course of psychosis in early phases of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1985;142:702-7.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of the patients with schizophrenia. 2nd ed. Washington: APA; 2004.
3. Sadock BJ, Kaplan VA, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook

- of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
4. Beck AT. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*. 1952;15:305-12.
  5. Hole RW, Rush AJ, Beck AT. A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*. 1979;42:312-9.
  6. Ruiz Sánchez JJ, Cano JJ. Manual de psicoterapia cognitiva. Jaén: R&C; 2002.
  7. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: biases in performance on a probabilistic inference task. *J Nerv Ment Dis*. 1991; 179(4):194-201.
  8. Fear CF, Sharp H, Healy D. Cognitive processes in delusional disorders. *Br J Psychiatry*. 1996;168:61-7.
  9. Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *Am J Psychiatry*. 2001;158:527-39.
  10. Beck AT, Rector NA. Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *Am J Psychother*. 2000;54(3):291-300.
  11. Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Bogotá: Siglo Veintiuno; 1997.
  12. Beck AT, Rector NA. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Can J Psychiatry*. 2002;47(1):39-48.
  13. Kendler KS, Glazer W, Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *Am J Psychiatry*. 1983;140:466-9.
  14. Jones E, Watson JP. Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. *Br J Psychiatry*. 1997;170:381-6.
  15. Brett-Jones J, Garety PA, Hemsley DR. Measuring delusional experiences: a method and its application. *Br J Clin Psychol*. 1987; 26(Pt4):257-65.
  16. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients, I: outcome. *Br J Psychiatry*. 1993;162:524-32.
  17. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, Hadley C. London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis, I: effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry*. 1997;171:319-27.
  18. Tarrier N, Yusupoff L, Kinner C, McCarthy E, Gladhill A, Haddock G, et al. A randomized controlled trial of intense cognitive behavior therapy for chronic schizophrenia. *Br Med J*. 1998;317:303-7.
  19. Beck AT, Rector NA. Delusions: a cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2002;16(4):655-68.
  20. Chadwick PDJ, Lowe CF, Horne PJ, Higson PJ. Modifying delusions: the role of empirical testing. *Behav Ther*. 1994;25:35-49.
  21. Tarrier, N. Yusupoff, L. Kinney C. Randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ*. 1998;317:303-7.
  22. Sensky T, Turkington D, Kingdom D, Scott JL, Scott J, Siddler R, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms on schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(2):165-72.
  23. Turkington D, Kingdom D. Cognitive-behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *Br J Psychiatry*. 2000;177:101-6.
  24. Pinto A, La Pia S, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L. Cognitive behavioral therapy and clozapine for clients with treatment refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1999;50(7):901-4.
  25. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychoses. A controlled trial I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry*. 1996;169:593-601.

26. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychoses. A controlled trial II: impact on recovery time. *Br J Psychiatry*. 1996;169: 602-7.
27. Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira da Mota Neto J. Tratamiento cognitivo conductual para la esquizofrenia. *Cochrane Library Plus en Español*.

*Recibido para evaluación:* 18 de abril de 2006  
*Aceptado para publicación:* 10 de octubre de 2006

Correspondencia  
*Francisco Javier Muñoz Molina*  
*Clínica Nuestra Señora de la Paz*  
*Av. Centenario No. 68F-25*  
*Bogotá, Colombia*  
*Correo electrónico: fmunozmm@yahoo.com*