

# Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura

**Claudia Gutiérrez Cicero<sup>1</sup>**  
**María Victoria Ocampo Saldarriaga<sup>2</sup>**  
**Juliana Gómez Franco<sup>3</sup>**

## Resumen

*Introducción:* La esquizofrenia es un trastorno grave e incapacitante. Aunque el tratamiento farmacológico ha sido efectivo, hasta 60% de los pacientes muestran una respuesta insuficiente. Desde el inicio de las terapias psicológicas ha existido interés en el uso de estas intervenciones en pacientes con psicosis. *Objetivo:* Revisar los aspectos más importantes de la terapia cognitivo conductual (TCC) en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y los datos más relevantes que sustentan su utilidad en este trastorno. *Desarrollo:* El psicoanálisis, la terapia conductual, la terapia de apoyo y las intervenciones familiares fueron las únicas intervenciones psicológicas durante largo tiempo. Se llegó al consenso de que el psicoanálisis no está indicado en estos pacientes. Las terapias conductuales más ortodoxas hicieron aportes importantes, pero han estado dirigidas a compensar el déficit comportamental. La terapia de familia ha demostrado efectos positivos en resultados clínicos importantes, como recurrencias psicóticas, rehospitalización y cooperación con el tratamiento. La TCC ha sido implementada para compensar algunos déficits y, principalmente, para complementar los tratamientos farmacológicos, así como para tratar síntomas positivos, emocionales y negativos. *Conclusiones:* Varios estudios controlados y metaanálisis han demostrado que la TCC es útil para reducir los síntomas positivos y tratar las alteraciones emocionales; también ha tenido impacto en los síntomas negativos.

**Palabras clave:** esquizofrenia, terapias psicosociales, terapia cognitivo-comportamental, tratamiento.

---

<sup>1</sup> Médica psiquiatra, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Estudiante de la Especialización en Terapia Cognitiva, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Profesora del Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Médica psiquiatra, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Estudiante de la Especialización en Terapia Cognitiva, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Médica psiquiatra, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Especialista en Terapia Cognitiva, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Profesora del Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

## **Title: Cognitive Behavioral Therapy In Schizophrenia: A Narrative Review of Literature**

### **Abstract**

*Introduction:* Schizophrenia is a severe and disabling disorder. Although pharmacological treatment has been effective for this condition, up to 60% of patients show an insufficient response. Since the beginnings of psychological therapies, there has been an interest in these interventions in psychotic patients. *Objectives:* This paper reviews the most important aspects of CBT in the treatment of patients with schizophrenia and the most relevant data supporting its usefulness in this severe disorder. *Development:* Psychoanalysis, behavioral therapy, supportive therapy and family interventions were the only available psychotherapies for a long time. Consensus was reached in that psychoanalysis is not indicated in patients with schizophrenia. Orthodox behavioral therapy made valuable contributions, but was mostly aimed at compensating behavioral deficits. Family therapy has shown positive effects in important clinical outcomes like psychotic relapse, rehospitalization and medication compliance. Cognitive behavioral therapy (CBT) has been introduced not only for helping to compensate certain deficits of schizophrenia, but also to complement medication in the treatment of positive, emotional and negative symptoms. *Conclusions:* Several controlled studies and metanalysis have shown that CBT is useful in reducing positive symptoms, for treating emotional disorders, and has had some impact on negative symptoms.

**Key words:** Schizophrenia, psychosocial therapies, cognitive behavioral therapy, treatment.

### **Introducción**

La esquizofrenia, en su definición actual, se concibe como un grave trastorno psiquiátrico donde coexisten varias dimensiones sintomáticas: distorsión de la realidad (psicosis o síntomas positivos), pobreza psicomotora (o síntomas negativos), desorganización de la conducta, alteraciones cognitivas y una serie de alteraciones del ánimo (depresión, ansiedad, etc.).

Se trata de un problema de salud que con frecuencia causa discapacidad prolongada en todos los ámbitos (p. ej., laboral, académico, relacional, en el autocuidado y utilización de recursos de la comunidad), así como menoscabo en la calidad de vida (1).

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen, además, dificultades relacionadas con el consumo patológico (abuso o dependencia) de sustancias psicoactivas (2), presentan una mortalidad más elevada que la población general (por suicidio y enfermedad cardiovascular), al igual que una mayor morbilidad por enfermedades sistémicas (p. ej., cardiovasculares y metabólicas).

A pesar de los avances logrados con los tratamientos farmacológicos, en términos de mejoría de las principales dimensiones sintomáticas, al menos entre un 50 y un 70% de los pacientes presenta una respuesta insuficiente (3). Son frecuentes los síntomas psicóticos y desorganizados residuales, así como los

síntomas negativos y disfunción cognitiva persistentes (4-6).

Por diversos factores, durante largo tiempo se consideró (generalmente por parte de los psiquiatras) que las intervenciones psicológicas no tenían cabida en el plan de tratamiento. Esto, en contraposición a las expectativas y demandas de los pacientes y familiares frente a alternativas a la propuesta biomédica (centrada en el concepto de enfermedad y el uso de medicamentos) (7). Además, desde tiempo atrás las diferentes corrientes de la psicología clínica plantearon propuestas estructuradas, destinadas a mejorar algunos aspectos de estos trastornos, aunque no lograron el impacto suficiente (bien fuera empírico, teórico, ideológico o terapéutico) como para ser aceptadas por una comunidad psiquiátrica que consideraba estos trastornos un territorio de dominio exclusivo.

Sin embargo, durante los últimos años esta situación ha estado cambiando (también por diversos factores) y las terapias psicológicas han comenzado a considerarse parte fundamental del tratamiento adecuado de la esquizofrenia (8). El propósito de este artículo es revisar, a partir de la literatura médica, el papel que desempeñan en la actualidad diferentes terapias psicológicas, al tiempo que se hace hincapié en la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento interdisciplinario y multimodal de la esquizofrenia.

## **Intervenciones psicológicas en esquizofrenia**

### *Terapias psicoanalíticas*

Hasta mediados del XX, los tratamientos psicológicos eran predominantemente psicoanalíticos. Las terapias psicoanalíticas específicamente dirigidas a las psicosis tardaron más en desarrollarse, tal vez por el escepticismo del mismo Freud acerca de la eficacia del psicoanálisis en estos pacientes. Freud consideraba que por ser la transferencia un requisito básico para la terapia psicoanalítica y al no ser posible con el paciente psicótico, debido al retiro de la libido de los objetos, la terapia no serviría.

Fueron Federn y luego otros autores psicoanalíticos quienes revisaron este precepto freudiano y plantearon la posibilidad de implementar (de manera supuestamente exitosa) terapias de orientación analítica para estos pacientes. Sin embargo, este tipo de tratamientos no ha logrado o intentado demostrar su eficacia para los pacientes con esquizofrenia. Por lo tanto, en la actualidad se considera que las terapias psicoanalíticas no tienen un papel establecido e incluso están contraindicadas (especialmente en su formato más ortodoxo) en pacientes con esquizofrenia (9).

### *Terapias de la conducta*

Hacia los años sesenta y setenta del siglo pasado, especialmente luego

del desarrollo de la noción de *condicionamiento operante* y su aplicación para modificar la conducta, las terapias conductuales se integraron al manejo de la esquizofrenia. La estrategia más conocida, pero no por ello la única, fue la de la economía de fichas, ampliamente usada en los contextos de la hospitalización crónica y la rehabilitación.

Posteriormente, otras estrategias inspiradas en los tratamientos conductuales y la teoría del aprendizaje lograron un papel significativo. Las principales son el entrenamiento en habilidades sociales y las estrategias de control de la ansiedad; sin embargo, los resultados del entrenamiento en habilidades sociales han tenido dificultades para ser generalizados y mantenidos por fuera del ambiente institucional o del grupo de tratamiento (10).

#### *Terapias de familia*

A partir de observar cómo luego de la desinstitucionalización masiva de pacientes —efecto de los tratamientos antipsicóticos— aquellos que retornaban con sus familias tenían más recaídas y reingresos, se planteó que factores dependientes de la interacción entre la persona esquizofrénica y sus familiares influían en el curso del trastorno.

Si bien las terapias de orientación sistémica tuvieron un gran auge, posteriormente terapias que integra-

ban elementos sistémicos, educativos y cognitivo-conductuales dominaron la intervención familiar en pacientes con esquizofrenia (11). Se reconoce que el trabajo de Brown fue fundamental en este desarrollo. Este autor estudió y validó el concepto de alta expresión emocional, que se refiere a una serie de interacciones caracterizadas por hostilidad, crítica excesiva o sobreinvolucramiento.

Para mejorar esta situación, las terapias de familia han integrado varios componentes básicos: educación acerca del problema de salud, identificación de las interacciones desadaptativas y entrenamiento en estrategias de comunicación. Estas terapias cuentan con un mejor respaldo desde el punto de vista de los estudios clínicos. Han mostrado que influyen en la disminución de recaídas, rehospitalización y una mejoría en el cumplimiento con el tratamiento (3).

#### *Terapia de apoyo y otras terapias*

No existe una definición exacta de este tipo de terapia; sin embargo, se basa en la relación terapeuta-paciente. Por esto se destacan aspectos del terapeuta considerados centrales, como empatía, honestidad, calidez, confiabilidad, flexibilidad, paciencia, entre otros. Incluye algunos elementos de afrontamiento adaptativo de las dificultades, psicoeducación, apoyo e instrucciones para la resolución de problemas (consejería) (1, 12). Además, se pone

el acento en mejorar las relaciones interpersonales y en lograr una vida independiente. Las dificultades principales se derivan de su falta de estructuración y de que varios de los elementos mencionados ya están incorporados en la TCC (13).

Otras intervenciones que se han ensayado (con éxito discutible) en pacientes con esquizofrenia son el psicodrama, los grupos de apoyo, el análisis transaccional, la danzaterapia, la musicoterapia y las terapias humanistas.

#### *Terapias cognitivas*

Antes de que las TCC fueran estudiadas en el tratamiento de la esquizofrenia, se pensaba que imposible de lograr el manejo de los síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones) con terapias psicológicas. De hecho, a partir de los resultados adversos del psicoanálisis, se temía que las terapias psicológicas dirigidas a modificar estos síntomas fueran en realidad nocivas.

Algunos pensaban que la intervención psicológica podía actuar como un estímulo estresante que precipitara la recaída psicótica, o bien que hablar de los delirios a la postre fortalecería la convicción delirante. En la década de los setenta, Beck reportó efectividad de las técnicas de TCC en pacientes con delirios residuales (13). Desde entonces, y especialmente partir de los años

ochenta, el interés por desarrollar esta aplicación de la TCC ha ido creciendo, al igual que los estudios que apoyan su utilidad en pacientes con esquizofrenia y sintomatología residual de tipo psicótico (14).

Adicionalmente, otras técnicas utilizadas para el manejo de la ansiedad y la depresión ayudaron a los pacientes esquizofrénicos a enfrentar los síndromes de este tipo que con frecuencia acompañan a la esquizofrenia (15,16).

Se produjeron dos cambios fundamentales. Primero, ya no se trató de terapias psicológicas que actuaban como tratamientos remediales o compensatorios de las secuelas psicosociales del trastorno, sino de un tratamiento de los síntomas psicóticos en sí mismos. Segundo, se diseñaron terapias específicas para los pacientes con esquizofrenia (17,18). Se tiende a hablar de TCC en plural, pues aunque comparten elementos fundamentales, no existe una estandarización de las terapias con variaciones importantes en algunos de sus componentes (duración, individual frente a lo grupal, número de sesiones, etc.) (19).

#### **Tratamientos integrados, interdisciplinarios y multimodales: la tendencia actual**

Durante las dos últimas décadas del siglo XX, la concepción de la esquizofrenia como una enfermedad de manejo psiquiátrico fue cambian-

do para ser reemplazada por una perspectiva de intervenciones interdisciplinarias (varios tipos de profesionales) y multimodales (diferentes tipos de tratamientos), donde se integran los medicamentos con terapias psicológicas (individuales, grupales y familiares), la rehabilitación y los cuidados y protección social.

#### *Tipos de intervenciones psicosociales*

Como ya se mencionó, hoy en día las intervenciones interdisciplinarias y multimodales son la regla. Los llamados tratamientos psicosociales en la esquizofrenia (TPSE) incluyen medidas específicamente psicológicas, pero también acercamientos que provienen de otras disciplinas (cuidados, rehabilitación, entrenamientos, etc.). Las que se han sometido a contrastación empírica y han mostrado alguna utilidad son la psicoeducación, los entrenamientos en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, el tratamiento asertivo en la comunidad, las TCC y las terapias de familia.

Los resultados de los estudios no han sido uniformes y estas inconsistencias dificultan su implementación. Además, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales parecen necesitar la combinación con otras formas de terapia para ser efectivas (3,20). Las inconsistencias en los estudios muy probablemente tienen relación con una serie de di-

ficultades metodológicas en relación con el estudio de las TPSE.

### **Terapia cognitiva-comportamental en esquizofrenia**

#### *Resultados de los estudios*

Los resultados de los estudios de la TCC en esquizofrenia contienen información importante acerca de su eficacia (efecto en el problema específico en estudios controlados). Sin embargo, hay menos datos frente a su efectividad (efecto en la clínica cotidiana sin condiciones controladas) y su eficiencia (balance costo-beneficio). También falta obtener información más sólida acerca de predictores de respuesta (y de falta de respuesta), efectos de la combinación con medicamentos y limitaciones para su aplicación.

#### *Eficacia*

Los diferentes metanálisis (Kar y Dasi, Rathod, Kingdon, Weiden, Turkington) y revisiones sistemáticas (Cochrane Database Systemic Review) disponibles verifican la eficacia de la TCC en pacientes esquizofrénicos cuya sintomatología ha respondido parcialmente al tratamiento con medicamentos (5,17,21,22). La TCC ha mostrado eficacia principalmente en la gravedad global de la sintomatología, la sintomatología aguda, los síntomas positivos residuales (23) y los síntomas negativos de los esquizofrénicos.

En cuanto a los síntomas positivos, los resultados han sido benéficos para los delirios y creencias peculiares y también para las alucinaciones (23-25). La eficacia no sólo ha sido estadísticamente significativa frente a las intervenciones con que se compara, sino los resultados se han considerado clínicamente importantes (26). También hay datos que sugieren que a corto, mediano y largo plazos (20) se mantienen los efectos benéficos.

El *number needed to treat* (NNT), una importante medida acerca de la relevancia clínica de un tratamiento, se ha calculado entre 5 y 10 para la TCC, dependiendo de los síntomas evaluados. Esto significa que se necesita tratar entre 5 y 10 pacientes para encontrar uno que tenga buena respuesta. Sin embargo, debido a la gravedad de los pacientes incluidos en los estudios, este es un indicador de buena utilidad (23).

De manera preliminar, hay resultados favorables para la TCC en pacientes de primer episodio (27), pacientes que nunca han recibido tratamiento con medicamentos y pacientes con comorbilidades (depresión, ansiedad y diagnóstico dual) (21). No obstante, otros estudios no apoyan el uso de la terapia cognitiva en un primer episodio de esquizofrenia, recaída aguda y comorbilidades como abuso de sustancias, trastornos de personalidad, dificultades del aprendizaje, adolescentes y ancianos (3).

Son interesantes también los estudios que sugieren algún efecto en la conducta suicida (28,29), y se ha visto que con la TCC hay una mejoría de la conciencia de la enfermedad en estos pacientes, pero se advierte que ellos pueden tener una mayor tendencia a deprimirse.

Si en la TCC se incluye la psicoeducación y la intervención familiar de manera estructurada, se logra un efecto positivo en el cumplimiento con el tratamiento y las rehospitalizaciones. Las terapias cognitivas diseñadas específicamente para mejorar la adherencia al tratamiento (por ejemplo, la conocida como entrevista motivacional y la *compliance therapy* o terapia de adherencia) han arrojado resultados inconsistentes (20).

### *Efectividad*

Los estudios de efectividad son un complemento de los de eficacia, en cuanto la información proviene de contextos de práctica clínica no controlada y, por lo tanto, son importantes para entender cómo se traslada o no la eficacia a escenarios cotidianos en poblaciones de pacientes y circunstancias más representativas.

Por desgracia no existen estudios naturalísticos o de efectividad en esta área, fuera de uno que evaluó la efectividad de una intervención TCC breve implementada por enfermeras de salud mental con resultados positivos (30). En consecuencia, en

el momento no se conoce qué tan amplia puede ser la llamada brecha eficacia-efectividad (dificultad para trasladar resultados de estudios controlados a la práctica clínica cotidiana) de la TCC en esquizofrenia.

### *Relación costo-beneficio*

Al tratar de especificar la relación costo-beneficio de una intervención, son varios los aspectos que deben tenerse en cuenta: la gravedad del problema, la efectividad de las otras intervenciones, la definición adecuada de los desenlaces, el tipo de costos que se evalúa (p. ej., costos directos frente a costos indirectos), etc. En lo relativo a la TCC en pacientes con esquizofrenia, los datos son aún preliminares y limitados.

Por lo general, los autores le encuentran una relación costo-beneficio favorable en poblaciones de pacientes muy graves o resistentes al tratamiento con psicofármacos (3,31). No se conoce bien si este costo-beneficio favorable se extiende a otros pacientes con diferentes características en cuanto a gravedad y tipo de sintomatología.

### *Perfil del paciente*

La TCC ha sido mejor estudiada en poblaciones de pacientes con síntomas residuales, con respuesta parcial a medicamentos, depresión y ansiedad. La mejoría parece ser menor en pacientes con síntomas negativos

graves al inicio del tratamiento. No hay estudios publicados que estén específicamente diseñados para definir predictores de respuesta o de falta de respuesta. Es posible que a medida que aumenten los datos sobre pacientes de primer episodio, fases prodrómicas, pacientes de gravedad intermedia, diagnóstico dual, etc., se puedan definir perfiles con mayor probabilidad de respuesta a la TCC.

### *Descripción de la terapia*

El proceso de la TCC incluye los siguientes pasos y componentes (3):

- Establecer una alianza terapéutica y una relación terapeuta-paciente positiva.
- Explicar o plantear discusiones encaminadas a normalizar las experiencias y síntomas. Estas buscan disminuir el recelo que tiene el paciente a hablar y cuestionarse acerca de estos fenómenos y así permitir generar hipótesis alternativas acerca de sus síntomas. Lo anterior si se tiene en cuenta que las creencias y experiencias peculiares se presentan en un importante número de personas no afectadas por problemas de salud mental.
- Compartir con el paciente una formulación de caso basada en el modelo diátesis-estrés.
- Trabajar en atenuar la ira, la depresión o la ansiedad que pueda desencadenar o mantener los síntomas psicóticos.

- Para los delirios, generar un proceso muy gradual de desconfirmación y someter a prueba los delirios, por medio de experimentos conductuales y atención a las explicaciones alternativas.
- Para las alucinaciones, proponer estrategias conductuales de afrontamiento y autoayuda, a fin de disminuir la frecuencia de las voces, la respuesta emocional, el temor o la ira frente a las voces, o cuestionarlas.
- Trabajar acerca de la adhesión/cooperación con el tratamiento: explorar actitudes y creencias frente a los medicamentos o a las dificultades para cumplir con lo prescrito, y cómo se pueden mejorar.
- Sugerir estrategias para identificar y prevenir exacerbaciones del trastorno.

#### *Dificultades para implementar la TCC en esquizofrenia*

La principal dificultad mencionada en la literatura médica se deriva de la necesidad de que los expertos en el tema entrenen a los terapeutas, pues se trata de una terapia compleja, cuyas particularidades la diferencian de los tratamientos en TCC para otros pacientes, y donde la experiencia clínica y la supervisión son importantes.

Esto limita la oferta de esta terapia de manera extendida, pues son pocos los terapeutas que pueden

certificar dicho entrenamiento. Además, es llamativa la poca difusión e implementación de esta terapia por fuera del Reino Unido, a pesar de la cantidad de estudios que muestran su eficacia (20).

#### **Discusión y conclusiones**

El abordaje exclusivamente centrado en el tratamiento biomédico de los problemas de salud ha ido dando paso al enfoque e intervención interdisciplinaria. Sin duda, esto es el reflejo de los avances en las diferentes profesiones de la salud, pero también de cambios en la sociedad, en cuanto a sus expectativas y demandas a la profesión médica. Estos cambios de perspectiva también han permeado la conceptualización y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, incluso aquellos que tradicionalmente se han considerado más “biológicamente” determinados.

En el tratamiento de la esquizofrenia esta tendencia se ha acentuado en las últimas dos décadas. Si bien el tratamiento farmacológico se sigue considerando la piedra angular, también se ha visto que tiene importantes limitaciones en su efectividad y seguridad. Adicionalmente, el reciente acento puesto en la calidad de vida y funcionalidad psicosocial han dado nuevos ímpetus a la investigación en las terapias psicosociales.

La TCC es, en la actualidad, una de las intervenciones más prometedoras

en el tratamiento tanto de las manifestaciones clínicas como de las diversas comorbilidades (ansiedad y depresión) y consecuencias psicológicas y psicosociales de la esquizofrenia. La TCC ha mostrado eficacia principalmente en la cronicidad global de la sintomatología, la sintomatología aguda, los síntomas positivos residuales y los síntomas negativos.

Adicionalmente, los estudios sugieren que la TCC y la conceptualización cognitivo-conductual de los problemas clínicos en esquizofrenia pueden aportar beneficios en conjunto con las otras terapias psicosociales y farmacológicas que han demostrado utilidad en estos pacientes. Sin embargo, se deben tener en cuenta ciertos factores que pueden actuar como limitantes al momento de evaluar la respuesta a una intervención psicológica y que debe tener cierto entrenamiento y dominio de la técnica al momento de su implementación, para mostrar mayor beneficio y respuesta.

### Referencias

1. Hirsch SR, Weinberger DR. Schizophrenia. Malden, Mass.: Blackwell Science; 2003.
2. 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: 18-month outcomes of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2003;183:418-26.
3. Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract*. 2004;10(1):5-16.
4. Penadés R, Catalán R, Salamero M, Boget T, Puig O, Guarch J, et al. Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized study. *Schizophr Res*. 2006;87(1-3):323-31.
5. Kar N, Dasi R. CBT for treatment-resistant schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2006;188:87.
6. Muñoz F, Ruiz S. Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36(1):98-110.
7. Kingdon DG, Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia. New York: Guilford; 2005.
8. Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Humphreys L, Wittkowski A, Morris J. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):917-22.
9. Willick MS. Psychoanalysis and schizophrenia: a cautionary tale. *J Am Psychoanal Assoc*. 2001;49(1):27-56.
10. Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three year trial. *Community Ment Health J*. 2000;36(5):491-500.
11. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*. 2002;32(5):763-82.
12. Bachmann S, Resch F, Mundt C. Psychological treatments for psychosis: history and overview. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2003;31(1):155-76.
13. Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):365-73.
14. Turkington D, Sensky T, Scott J, Barnes TR, Nur U, Siddle R, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophr Res*. 2008;98(1-3):1-7.
15. Gournay KJ, Rogers P. CBT for refractory psychotic symptoms. *Br J Psychiatry*. 2005;187:387.

16. Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aus N Z J Psychiatry*. 2000;34(5):809-13.
17. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD000524.
18. Mitchell AJ. CBT for psychosis. *Br J Psychiatry*. 2004;185:438; author reply 438.
19. Beck AT. The past and future of cognitive therapy. *J Psychother Pract Res*. 1997;6(4):276-84.
20. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008;100(1-3):108-19.
21. Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom*. 2005;74(3):136-44.
22. Rathod S, Kingdon D, Weiden P, Turkington D. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract*. 2008;14(1):22-33.
23. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005;77(1):1-9.
24. Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P, et al. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;184:231-9.
25. Chadwick P, Sambrooke S, Rasch S, Davies E. Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behaviour therapy for voices. *Behav Res Ther*. 2000;38(10):993-1003.
26. Gaudio BA. Is symptomatic improvement in clinical trials of cognitive-behavioral therapy for psychosis clinically significant? *J Psychiatr Pract*. 2006;12(1):11-23.
27. Addington J, Gleeson J. Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005;48:s72-6.
28. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):284-90.
29. Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L, SoCRATES Trial Group. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. *Schizophr Res*. 2006;83(1):15-27.
30. Turkington D, Kingdon D, Rathod S, Hammond K, Pelton J, Mehta R. Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2006;189:36-40.
31. Turkington D, Kingdon D, Turner T, Insight into Schizophrenia Research Group. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2002;180:523-7.

*Recibido para evaluación:* 10 de julio de 2008  
*Aceptado para publicación:* 11 de agosto de 2008

Correspondencia  
Claudia Gutiérrez Ciceri  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia  
Calle 67 N° 53-108  
Medellín, Colombia  
ceciceri@yahoo.es