

Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: una revisión bibliográfica

Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a literature review

Sabatés, Julieta¹; Garay, Cristian Javier²

RESUMEN

El abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia se encuentra ampliamente difundido en nuestro medio. Las recomendaciones de las guías clínicas sugieren a la terapia cognitivo-conductual como el tratamiento psicológico de primera elección para adjuntar al tratamiento farmacológico de esta patología. Se realiza una revisión bibliográfica sobre los estudios de resultados de dicha forma de tratamiento psicológico, publicados durante los últimos 9 años. Se tomaron las bases de datos de Latindex, Lilacs, PSICODOC, PsycINFO® y PubMed Central®. Se hallaron un total de 15 estudios controlados y aleatorizados sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el abordaje de pacientes con esquizofrenia, incluyendo 2 estudios orientados a la prevención. Los tratamientos se centraron en el abordaje de los síntomas positivos, funcionamiento social, conductas violentas, desempeño laboral, entre otros aspectos de la vida cotidiana. Los estudios analizados permiten considerar a la TCC como un tratamiento eficaz para personas con esquizofrenia. Las limitaciones observadas incluyen cortos períodos de tiempo en que se llevaron a cabo estos estudios, muestras pequeñas, foco en algunos aspectos solamente de la heterogeneidad sintomatológica característica de la patología tratada.

Palabras clave: Esquizofrenia - TCC - Terapia cognitivo-conductual - Psicosis

ABSTRACT

The psychotherapeutic approach to schizophrenia is a common practice in our field. The clinical guidelines recommendations suggest that cognitive-behavior therapy is a first choice psychological treatment as an adjunct to the pharmacological treatment of this pathology. A bibliographic review is done about the results of studies on this type of psychotherapy treatment, published during the last nine years. Database was taken from Latindex, Lilacs, PSICODOC, PsycINFO® y PubMed Central®. A total of 15 randomised controlled trials about the efficacy of cognitive-behavior therapy for patients with schizophrenia were found, including 2 prevention-oriented studies. The treatments focused on the approach to positive symptoms, social functioning, violent behavior, job performance, among other everyday life aspects. The analysed studies allow us to consider CBT as a successful treatment for people with schizophrenia. The identified constraints include short periods of time in which these studies were developed, small samples and the focus only on some aspects of the symptomatic heterogeneity typical of the treated pathology.

Keywords: Schizophrenia - CBT - Cognitive-behavioral therapy - Psychosis

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología, UBA. E-Mail: sabatesjulieta@gmail.com

²Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Doctor, Licenciado y Profesor en Psicología, UBA. Magíster en Cultura y Sociedad, IUNA. Terapeuta Cognitivo certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC), sociedad integrante de la International Association for Cognitive Psychotherapy (IACP). Profesor Adjunto, Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cát. 2, Psicología, UBA. Miembro del Consejo Académico Asesor y Docente Responsable de la Carrera de Especialista en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva, Psicología, UBA. Miembro de la Society for Psychotherapy Research (SPR). E-Mail: cristianguaray@psi.uba.ar

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno crónico que afecta a alrededor del 0,7% de la población (Organización Mundial de la Salud, 2011) y provoca disfunciones en la cognición, en el funcionamiento cotidiano y en las emociones. Debido a que es un desorden de manifestación heterogénea, a partir del DSM-5 (APA, 2013) se ha modificado la denominación de “esquizofrenia” por la de “espectro esquizofrénico”. Este tipo de trastornos implica una serie de limitaciones en la vida de quienes lo padecen a causa de los síntomas que incluye, los cuales pueden ser clasificados en cuatro grandes grupos: las alucinaciones (generalmente auditivas, aunque también las hay del tipo visuales, cenestésicas u olfativas), los delirios (con predominio del tipo paranoide-persecutorio), el llamado trastorno formal del pensamiento (que incluye distintos tipos de desorganización en el pensamiento, como el descarrilamiento de ideas, el bloqueo, los neologismos, entre otros, que se manifiestan en una desorganización en el habla) y los síntomas negativos (déficits en la motivación, la emoción y el placer que implican pérdida en relación con la experiencia normal) (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010; APA, 2013).

En cuanto a las causas de la esquizofrenia, en la actualidad, no hay certezas establecidas. Por el contrario, se manejan hipótesis diversas al respecto, que incluyen factores genéticos, ambientales y neuroanatómicos, entre otros. Si bien se han encontrado con frecuencia ciertas anomalías macroscópicas del cerebro, aún no se ha identificado una lesión presente en todos los pacientes que pueda ser considerada un signo patognomónico de la enfermedad (Donnoli, Moroni & Brusés, 2015).

Debido a las complicaciones que genera a quienes lo padecen, y al importante riesgo suicida que acompaña al trastorno, es fundamental que los pacientes reciban tratamiento. El principal tratamiento en estos casos es el farmacológico, con medicaciones antipsicóticas, y se recomienda que éste sea mantenido de por vida, ya que no existe una cura para la enfermedad. A los fármacos antipsicóticos se los clasifica normalmente en dos grupos: antipsicóticos típicos o clásicos (por ejemplo haloperidol o clorpromazina) y antipsicóticos atípicos (como por ejemplo la risperidona y la olanzapina) (Stip, 2000). Estos últimos, más nuevos, poseen menos efectos adversos que los típicos y se supone que mejoran en parte los síntomas negativos, además de los positivos. No obstante, desde hace ya varios años, y cada vez más, se remarcan las limitaciones de dichos fármacos para combatir a las manifestaciones clínicas de la enfermedad y reducir el sufrimiento, y se resalta la importancia de la psicoterapia en los pacientes con esquizofrenia y las ventajas de combinar a esta última con el tratamiento psicofarmacológico que, por sus limitaciones, resulta insuficiente para la remisión de los síntomas (Sudak & Prado, 2016).

El tratamiento psicoterapéutico se brindaría, entonces, para mejorar su funcionamiento cotidiano y disminuir el sufrimiento asociado a los síntomas de la enfermedad. No obstante, diversos tipos de psicoterapia, enfocados

en diferentes aspectos de la sintomatología de la esquizofrenia, han sido y continúan siendo aplicados a estos pacientes, no existiendo consenso unánime acerca de cuál de ellos debe aplicarse.

Una revisión (Pfammatter, Junghan & Brenner, 2006) concluyó que era posible identificar cuatro enfoques de tratamiento psicológico diferentes para la esquizofrenia, los cuales son: la remediación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, el afrontamiento psicosocial con intervenciones orientadas en familias y en familiares y, por último, la terapia cognitivo conductual (TCC) para los síntomas positivos.

Más recientemente, Brus, Novakovic y Friedberg (2012) postularon que los cuatro enfoques de psicoterapias más utilizados en los pacientes con esquizofrenia son la terapia personal, la terapia de remediación cognitiva, la TCC y la terapia psicodinámica.

Mientras que la terapia psicodinámica, derivada del psicoanálisis, no ha centrado sus desarrollos en estudios de resultados, es un enfoque frecuentemente utilizado en pacientes con esquizofrenia (Garske & Molteni, 1988). Por otro lado, la terapia personal para este tipo de trastornos, se focaliza en el reconocimiento de los estados de afecto actuales del paciente y en sus respuestas afectivas y conductuales al estrés (Hogarty, 1995). La terapia de la remediación cognitiva, por su parte, ayuda a los pacientes esquizofrénicos a alcanzar las habilidades cognitivas necesarias para la socialización (Wykes, 2001; Pfammatter et al., 2012).

En relación a la TCC, una serie de estudios realizados recientemente indican que sería la más adecuada en estos casos, y su aplicación ha crecido y continúa creciendo año tras año alrededor del mundo.

Se han tomado como punto de partida las conclusiones de dos revisiones acerca de la TCC en pacientes con esquizofrenia que, se considera, realizan un resumen relevante de los hallazgos más importantes en dicha área hasta el año 2008. Keegan y Garay (2007) realizaron una revisión en la que incluyeron más de 20 estudios clínicos controlados que habían sido publicados durante los 15 años anteriores y postularon que tanto la evidencia empírica como la experiencia clínica permiten concluir que la aplicación de la TCC es útil para el tratamiento de la esquizofrenia. Por su parte, Wykes, Steel, Everitt, y Tarrier (2008) revisaron un total de 35 estudios realizados hasta el año 2006 acerca de la TCC para esquizofrenia y concluyeron que esta es una intervención con efectos beneficiosos para los síntomas positivos de la enfermedad, si bien resaltaron la existencia de ciertas limitaciones de las investigaciones realizadas hasta ese momento, y sugirieron que se tuvieran en cuenta detalles metodológicos al evaluar la evidencia.

Se propone realizar una revisión de los estudios de resultados publicados desde el año 2008 a la actualidad sobre la TCC para la esquizofrenia.

Método

El presente trabajo implica una revisión bibliográfica de los estudios de los últimos 9 años que forman parte de este debate acerca de la eficacia de la TCC en la esquizofrenia. Se realizó una búsqueda de trabajos publicados en Latindex, Lilacs, PSICODOC, PsycINFO® y PubMed Central®, utilizando los siguientes términos en la búsqueda: cognitive behavior therapy, cognitive behaviour therapy, CBT, terapia cognitivo conductual, TCC, schizophrenia, esquizofrenia, randomized controlled trial, randomized control trial, randomised control trial, RCT o prueba controlada aleatorizada.

Se incluyeron trabajos publicados a partir del año 2008 que involucraran sujetos con esquizofrenia. No se incluyeron estudios que involucraran otras formas de psicosis, como por ejemplo trastornos psicóticos breves, trastornos delirantes o trastorno psicótico inducido por sustancias, como tampoco sujetos que tuvieran diagnóstico de otros trastornos con síntomas psicóticos, como por ejemplo trastorno depresivo mayor (APA, 2013). Tampoco se incluyeron estudios que no involucraran a la TCC. De modo excepcional, se incluyeron dos estudios centrados en la prevención de la aparición de un trastorno psicótico, considerando que, de este modo, se previene, entre otros trastornos, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

Resultados

En los últimos años, se han llevado a cabo diversos estudios en los que se evalúa la eficacia de la TCC en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, comparada con otros tratamientos que se utilizan actualmente. Dos estas investigaciones, sin embargo, han tomado como sujetos a personas que no padecen la enfermedad, sino que se encuentran en alto riesgo de padecerla. A continuación se describirán las características principales de los 15 estudios incluidos en la presente revisión (ver Tabla 1).

El estudio multicéntrico realizado en Inglaterra por Turkington et al. (2008), de la Universidad de Newcastle y la Universidad de Manchester, Inglaterra, entre otras, un seguimiento de 5 años basado en un estudio anterior (Sensky et al., 2000), tuvo como muestra 90 sujetos de entre 16 y 60 años, con síntomas persistentes de esquizofrenia durante más de 6 meses a pesar de recibir el tratamiento farmacológico adecuado, que participaron en un ensayo controlado aleatorizado en el que se buscó comparar a la TCC (grupo experimental) con una técnica denominada “befriending” (grupo control), la cual implica un conjunto de técnicas similares a las de la terapia de apoyo. La TCC consistió en sesiones iniciales centradas en el compromiso, la normalización y explicación de los síntomas psicóticos. Luego se trabajó, entre otras cosas, con las ideas delirantes paranoides, utilizando explicaciones alternativas y tareas de contraste con la realidad. También se acordó un plan de prevención de recaídas con cada paciente. De esos 90 sujetos, 59 fueron sometidos a un seguimiento de 5 años, a partir del cual se arrojó como

resultado primario un puntaje medio de los síntomas en general de 24.4 en el grupo de TCC, en comparación con 29.0 en el grupo control, según la Escala de Evaluación Psicopatológica Comprensiva (CPRS / Comprehensive Psychopathological Rating Scale) (Åsberg, Montgomery, Perris, Schalling & Sedvall, 1978). Los puntajes medios de los síntomas negativos según la Escala de Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS / *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) (Andreasen, 1981), tras los 5 años de seguimiento fueron 22.8 para TCC y 33.1 para “Befriending”. En relación a los síntomas de esquizofrenia, la media luego de los 5 años fue de 6.6 para TCC y de 7.5 para el grupo control, según la Escala de Cambio de Esquizofrenia (SCS / Schizophrenia Change Scale) (Montgomery, S. A., Taylor, P., & Montgomery, D., 1978). Además, mientras que los sujetos del grupo experimental debieron ser hospitalizados por un total de 1323 días, aquellos del grupo control lo fueron por un total 2947 días. En este caso la diferencia fue significativa.

Christodoulides, Dudley, Brown, Turkington y Beck (2008), de la Universidad de Newcastle y del Servicio Nacional de Salud (NHS) de Sunderland, en Inglaterra, y de la Universidad de Pennsylvania, en Estados Unidos, llevaron a cabo una investigación en la que se pretendía estudiar el efecto de la TCC en personas que no se encontraban tomando medicación antipsicótica al momento del tratamiento. De los 90 participantes con diagnóstico de esquizofrenia que fueron incluidos en un primer momento, sólo 3 fueron tenidos en cuenta en el presente estudio, dado que cumplían con los requisitos de haber recibido TCC y no haber recibido medicación antipsicótica en ningún momento del tratamiento. El primero de los pacientes recibió 15 sesiones de TCC, el segundo recibió 28 sesiones y el tercero recibió 21. Los tratamientos duraron hasta un máximo de 9 meses e incluyeron distintas técnicas, entre ellas, el compromiso, el entendimiento de las experiencias psicóticas anteriores y la normalización. Al final del tratamiento, la sintomatología positiva se redujo en los 3 casos, en uno de ellos además la sintomatología negativa, y en otro los comórbidos depresivos.

Un año más tarde, Brabban, Tai y Turkington (2009), de las universidades de Manchester, de Newcastle y la Universidad Durham, de Inglaterra, realizaron un análisis secundario en base a la información recogida en un ensayo controlado y aleatorizado publicado previamente por Turkington, Kingdon y Turner (2002), el cual tuvo lugar en seis centros de Inglaterra e incluyó 354 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que tuvieran entre 18 y 65 años, que fueron divididos y brindados aleatoriamente TCC (226 sujetos) o el tratamiento usual (TU) (128 sujetos). El tratamiento con TCC consistió en 6 sesiones durante un período de entre 2 y 3 meses, y los pacientes a los que se les brindó también recibieron el TUI, que implicaba la medicación y el manejo del caso, a veces complementado con la asistencia al hospital de día y otros programas, pero casi en ningún caso incluyó terapia verbal individual. El estudio incluyó evaluadores ciegos y los resultados mostraron que diferentes variables fueron predictoras de éxito en ambos grupos. En el grupo que

recibió TCC, por ejemplo, pertenecer al género femenino fue un predictor confiable del 25 % de la reducción de los síntomas en general, mientras que en el grupo control, el género no funcionó como predictor. Además, una mayor proporción de sujetos del género masculino abandonaron el TU (27% versus 12%), mientras que esta diferencia de género no se encontró en el grupo que recibió TCC. Además, se obtuvo como resultado que un nivel bajo de convicción en las ideas delirantes puede ser considerado, también, como un predictor de éxito en los pacientes que reciben TCC, pero no así en aquellos que reciben el TU.

Ese mismo año, Penn et al. (2009), de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill y de la Universidad de Pennsylvania, en Estados Unidos, investigaron la efectividad de la TCC grupal para las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia en comparación con la terapia de apoyo mejorada (ST, sus siglas en inglés). El estudio consistió de una muestra de 65 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que padecían alucinaciones auditivas, y que eran resistentes al tratamiento farmacológico, a los que se dividió en dos grupos de manera aleatoria. Uno de los grupos recibió tratamiento con TCC grupal (una sesión por semana durante 12 semanas, que incluían diversas estrategias frente a las alucinaciones auditivas) y el otro, como grupo control, recibió ST (una sesión por semana durante 12 semanas, en las que se trabajó principalmente la integración y el funcionamiento social). Luego de los 12 meses de seguimiento, el grupo que había recibido TCC tenía menos síntomas positivos y negativos en general que el grupo control, mientras que la terapia ST había provocado un mayor impacto en las alucinaciones auditivas.

Paralelamente, Haddock et al. (2009), de la Universidad de Manchester y la Universidad de California en Irvine, investigaron en Inglaterra la efectividad de la TCC sumada TU en 71 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que tuvieran antecedentes de violencia en comparación con una Terapia de Actividad Social (TAS) sumada al TU, que funcionó como tratamiento administrado al grupo control. El tratamiento con TCC incluía estrategias de motivación para lograr que los participantes se comprometieran, estrategias para reducir la severidad y el sufrimiento de los síntomas psicóticos, así como también estrategias para reducir la severidad de la ira asociada a la violencia y a la agresión, mientras que la TAS ayudaba a los sujetos a identificar qué actividades disfrutaban y llevarlas a cabo. Los resultados en general fueron moderadamente mejores para el grupo que recibió TCC, en comparación con el grupo control.

Lysaker, Davos, Bryson y Bell (2009), de la Universidad de Indiana y la Universidad de Yale, diseñaron una intervención manualizada llamada Programa de Intervención Vocacional de Indianapolis (PIVI) (*Indianapolis Vocational Intervention Program - IVIP*) en Estados Unidos, que implicaba sesiones semanales individuales y grupales de TCC focalizadas principalmente en las creencias disfuncionales sobre uno mismo y en las experiencias de trabajo para 100 personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que estuvieran recibiendo medicación antipsicótica y se encontraran en una fase

post-aguda de la enfermedad. Dicha intervención fue diseñada como un agregado a distintos programas de terapia laboral. Se compararon los efectos de este tratamiento con los de servicios de apoyo, el método utilizado en el grupo control. Durante la investigación, todos los participantes fueron asignados una posición de trabajo durante 20 horas por semana por un total de 26 semanas y por el cual recibían remuneración. Los servicios de apoyo incluían diferentes estrategias como por ejemplo consejos e incentivos para que los miembros se apoyaran y ayudaran entre sí. La PIVI, por su parte, se administró con el propósito principal de ayudar a los participantes a aprender a reconocer los procesos cognitivos que subyacen a sus pensamientos y visiones acerca de sí mismos y de los demás, así como a identificar y corregir algunos de sus pensamientos disfuncionales. El estudio incluyó evaluadores ciegos y arrojó como resultado que los sujetos que recibieron PIVI trabajaron una media de 360.86 horas en comparación con las 228.82 del grupo control, y que trabajaron al menos una hora en un promedio de 18.64 semanas, mientras que aquellos que recibieron servicios de apoyo trabajaron al menos una hora en un promedio de 14.46 semanas. Los participantes del grupo experimental recibieron un puntaje mayor en WBI (*Inventario de Comportamiento Laboral / Work Behavior Inventory*) (Bryson, Bell, Lysaker, & Zito, 1997) que el grupo control (113.32 versus 105.43), lo que indicó niveles más altos en la cantidad y calidad del trabajo en el programa de rehabilitación en los sujetos que recibieron PIVI que en aquellos que no lo recibieron.

En el estudio multicéntrico realizado por Bechdolf et al. (2010), de la Universidad de Melbourne y de Cologne, en distintos lugares de Australia y Nueva Zelanda, se compararon los efectos de la TCC y la psicoeducación, ambas en formato grupal, en la calidad de vida subjetiva, relacionada a un sentimiento de bienestar y de satisfacción bajo las circunstancias de vida actuales, de 88 pacientes agudos con esquizofrenia. El criterio de inclusión implicaba que tuvieran entre 18 y 64 años, y estuvieran cursando un episodio de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro desorden psicótico y se encontraran tomando medicación antipsicótica. Mientras que la psicoeducación consistió en 8 sesiones en 8 semanas en las que se informó a los pacientes acerca de los síntomas de la psicosis, los tipos de psicosis, los efectos primarios y secundarios de las medicaciones, entre otros temas, la TCC incluyó diferentes técnicas como por ejemplo el manejo de la ansiedad, el trabajo sobre la depresión y autoestima y el testeado de hipótesis de los pacientes. Los resultados obtenidos indicaron un tamaño de efecto para la calidad de vida en general de 0.25 para TCC y de 0.29 para psicoeducación según el Sistema Modular de Calidad de Vida (*Modular System for Quality of Life / MSQoL*) (Pukrop, Möller & Steinmeyer, 2000), es decir que las diferencias entre los grupos no fueron significativas.

Pinninti, Rissmiller y Steer (2010), de la Universidad de Nueva Jersey, evaluaron si era más efectivo agregar TCC al tratamiento de la esquizofrenia que solamente utilizar antipsicóticos de segunda generación. Este estudio

realizado en Estados Unidos contó con una muestra de 33 pacientes, a los que se les asignó aleatoriamente la ubicación en uno de los dos grupos: el grupo que recibiría únicamente medicación (N = 18) o el grupo que recibiría, además, TCC (N = 15). Los tratamientos duraron 12 semanas y, además, se realizó un seguimiento de 3 meses. Los resultados indicaron una disminución mayor de la severidad de los delirios en los sujetos del grupo que recibió TCC además de medicación.

Van der Gaag, Stant, Wolters, Buskens y Wiersma (2011), de la Universidad de Amsterdam, la Universidad de Groningen y la Universidad de Utrecht, investigaron el balance entre los costos y los beneficios obtenidos en salud de la TCC en comparación con el TU en personas con esquizofrenia que tienen síntomas de psicosis persistentes y recurrentes. Este estudio se realizó de manera multicéntrica en seis regiones de Holanda e incluyó 186 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia o desorden esquizoafectivo con síntomas persistentes a pesar de la medicación antipsicótica. El grupo experimental consistió en TCC brindada por un terapeuta (psicólogo) y un asistente (enfermero) que llevaron a cabo diversas técnicas entre las que estaban la exposición a lugares peligrosos y ejercicios para mejorar la autoestima. El grupo control recibió los cuidados de rutina, que incluían tratamiento farmacológico y contactos con un enfermero psiquiátrico. El tratamiento duró 6 meses y se realizó un seguimiento durante 18 meses. Los resultados obtenidos indicaron una mayor cantidad de días de funcionamiento normal en el grupo que recibió TCC (183 días) por sobre el grupo control (106 días). Al mismo tiempo, los resultados arrojaron que el costo de la TCC es mayor que el del TU, por lo cual las ganancias en días de funcionamiento normal están asociadas a costos adicionales.

Más recientemente, un estudio multicéntrico realizado en China por Li et al. (2014), de la Universidad de Pekin, la Universidad de Griffith, la Universidad de Newcastle y la Universidad de Southampton, comparó a la TCC con la Terapia de Apoyo (TA) para pacientes con esquizofrenia. Los participantes debían tener entre 18 y 60 años, tener diagnóstico de esquizofrenia, un puntaje mayor a 60 en la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (*Positive and Negative Syndrome Scale / PANSS*) (Kay, Flszbein & Opfer, 1987), bajo tratamiento adecuado con medicación antipsicótica y que se encontraran en condiciones de brindar consentimiento informado. Los 192 pacientes fueron divididos en dos grupos de manera aleatoria, y recibieron 15 sesiones de TCC o de TA durante 24 semanas. Además, se realizó un seguimiento de 60 semanas. El tratamiento con TCC incluyó la construcción de una alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, psicoeducación y normalización de la experiencia de psicosis, entre otras estrategias. La TA, por su parte, se basa en modelos de apoyo y se ejecutaron técnicas de apoyo emocional. También se construyó la alianza terapéutica y se llevó a cabo la psicoeducación, pero en este caso no hubo un componente terapéutico ni una estructura de tratamiento. Los pacientes del grupo TCC mejoraron en mayor medida que los pacientes del grupo

TA a través del tiempo, en todas las medidas tenidas en cuenta en el estudio. El 76.5% de los sujetos del grupo TCC obtuvieron mejoras clínicas significativas, mientras que el 53.70% lo obtuvo en el grupo control.

Velligan et al. (2014), de la Universidad de Texas, la Universidad de Manchester y la Universidad de Newcastle, compararon cuatro tratamientos para la esquizofrenia crónica, en un estudio multicéntrico en Estados Unidos en el que se dividió a 166 sujetos de entre 18 y 69 años que estaban recibiendo tratamiento con antipsicóticos orales, con síntomas positivos persistentes, entre otros requisitos, en cuatro grupos, a los que se les administró TCC, Entrenamiento en Adaptación Cognitiva (EAC), su combinación y el TU. La TCC se utilizó principalmente para identificar y modificar el razonamiento y los sesgos cognitivos que contribuyen a la formación y el mantenimiento de los síntomas positivos. El tratamiento con EAC fue diseñado para mejorar el funcionamiento cotidiano, al enseñar al paciente estrategias orientadas a la compensación de los déficits cognitivos asociados a la esquizofrenia. Los tratamientos se llevaron a cabo durante 9 meses. Tanto el funcionamiento como las alucinaciones auditivas mejoraron, aunque no en gran medida, más en los grupos que recibieron EAC que en los que no lo recibieron. La TCC no provocó mejoras en este estudio y la combinación de ambos tratamientos no arrojó mejores resultados que el EAC por sí solo.

Recientemente se publicó un estudio en el que se investigaba acerca de la factibilidad de un tratamiento de autoayuda guiado de TCC (TAAG-TCC) para pacientes con esquizofrenia en comparación con el TU. Dicho estudio llevado a cabo por Naeem et al. (2016), de la Universidad Queens y la Universidad de Montreal, en Canadá, y de la Universidad de Manchester y de Southampton, en Inglaterra, incluyó individuos mayores a 18 años que cumplían los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV, que estuvieran comprometidos con un servicio de salud mental y fueran considerados estables por al menos 6 meses. De los 33 individuos, 18 fueron ubicados en el grupo experimental y 15 en el grupo control, de manera aleatoria. La guía de autoayuda de TCC, que se impartió por profesionales de la salud durante 12 a 16 sesiones, se enfocaba en la psicoeducación, el manejo de las alucinaciones, la paranoia, en la activación comportamental, y otras estrategias. Los resultados arrojados permitieron concluir que el tratamiento de autoayuda guiado de TCC para psicosis es una intervención factible para pacientes con esquizofrenia.

Los estudios mencionados hasta ahora comparaban los resultados del tratamiento con TCC con otras intervenciones en los pacientes con esquizofrenia. Del mismo modo, resulta interesante incluir un estudio que se ha centrado, a diferencia del resto, en los efectos adversos o indeseados que la TCC y otra psicoterapia pueden tener en este tipo de pacientes. Klingberg et al. (2012), de la Universidad de Tubinga, la Universidad de Frankfurt y la Universidad de Dusseldorf, estudiaron los efectos adversos de la TCC y la Terapia de la Remediación Cognitiva (TRC) en la esquizofrenia. Este estudio multicéntrico, en

el que participaron evaluadores ciegos, incluyó pacientes con esquizofrenia que tuvieran al menos un síntoma negativo moderado, que hablaran alemán de manera fluida, y que pudieran dar su consentimiento para participar en la investigación, entre otros requisitos. Todos los sujetos fueron tratados con medicación y con una de las dos terapias (TCC o TRC), en 20 sesiones durante un período de 9 meses, y divididos en dos grupos de manera aleatorizada. La TCC consistió en estrategias como la discusión de los procesos cognitivos, la formulación del caso basada en el modelo cognitivo, role-play, etcétera. La TRC implica un programa que se basa en ciertos principios (de restitución y de compensación, por ejemplo), los cuales se combinan con estrategias cognitivas, como la elaboración sistemática de la información o la verbalización. De la muestra original de 1649 sujetos, 93 fueron analizados por el grupo TCC y 89 por el grupo TRC. No se registraron suicidios durante el período de tratamiento ni el período de seguimiento. Un paciente falleció a causa de vómito pero fue considerado un accidente no relacionado al tratamiento. Se observaron 23 eventos adversos en 15 pacientes (10 TCC vs 5 CR). No se encontró un aumento significativo del riesgo en el grupo de TCC en comparación con el grupo TRC.

Por último, se han incluido también en la presente revisión dos estudios que, si bien no utilizaron como muestra personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, se centraron en población que, en base a ciertos criterios, podía ser considerada en alto riesgo de desarrollar una psicosis, y a la que se le administró tratamiento con TCC a modo de prevención.

Van der Gaag et al. (2012), de la Universidad VU de Amsterdam, compararon, en un estudio multicéntrico realizado en cuatro centros de Holanda, los efectos de la TCC con los del TU en personas jóvenes de entre 14 y 35 años en alto riesgo de desarrollar psicosis. Los criterios de inclusión se basaban en una historia familiar de psicosis o ciertos puntajes en dos pruebas, la Escala de Evaluación de Estados Mentales En-Riesgo (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States / CAARMS*) (Yung et al., 2005) y la Escala de Evaluación de Funcionamiento Social y Ocupacional (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale / SOFAS*) (Goldman, Skodol & Lave, 1992). Los tratamientos se llevaron a cabo durante 6 meses, y se realizó un seguimiento de 18 meses. Los resultados indicaron que de los 102 sujetos tratados con el TU, 22 desarrollaron una psicosis en el lapso del seguimiento, mientras que 10 de los 94 sujetos tratados con TCC lo hicieron.

El estudio multicéntrico realizado por Ising et al. (2016), de la Universidad VU de Amsterdam, la Universidad de Utrecht y la Universidad de Groningen, en Holanda es un seguimiento de 4 años del estudio de van der Gaag et al. (2012) recientemente mencionado, para ver los efectos a largo plazo de la TCC grupal y del TU en pacientes jóvenes en alto riesgo de desarrollar una psicosis. Se incluyeron en el análisis 56 sujetos tratados con TCC y 57 con el TU. Los resultados indicaron que el número de participantes que desarrollaron una psicosis

se incrementó de 10, a los 18 meses de seguimiento, a 12, a los 4 años de seguimiento. En el grupo control, en cambio, el número se mantuvo en 22. El número de días hasta la transición a una psicosis fue significativamente mayor en el grupo de TCC (1322.45 días) en comparación con el grupo de TU (1188.91 días). Además, los participantes del grupo control fueron admitidos más frecuentemente en hospitales psiquiátricos (7 participantes que tuvieron un total de 15 admisiones) en contraste con el grupo de TCC (4 participantes, que tuvieron un total de 5 admisiones). Por otro lado, se examinó el estatus de alto riesgo de desarrollar una psicosis al finalizar los 4 años de seguimiento, y se obtuvo que había una cantidad significativamente mayor de participantes en remisión de dicho estatus en el grupo que había recibido TCC que en el grupo control (76.3% versus 58.7%). No se encontraron diferencias significativas en la psicopatología de los sujetos que no desarrollaron una psicosis perteneciente a ambos grupos de tratamiento a los 4 años de seguimiento.

Tabla 1 Estudios incluidos en la revisión

Autores	País	Año	TCC (N)	Grupo Control (N)	Seguimiento (meses)	Medidas	Resultados
Turkington et al.	Inglaterra	2008	31	28 (BF)	60	SANS, CPRS, MADRS	TCC ≈ BF
Christodoulides et al.	Inglaterra, Estados Unidos	2008	3	-	9	CPRS, MADRS, SANS	TCC es eficaz para pacientes sin medicación
Brabban et al.	Inglaterra	2009	226	128 (TAU)	-	CPRS, SAI, PSRS	TCC breve debe ser ofrecida junto con medicación antipsicótica
Lysaker et al.	Estados Unidos	2009	50	50 (SA)	-	PANSS, CAS, WBI, CTS-R, SF-36	TCC > SA
Haddock et al.	Inglaterra	2009	38	39 (SAT)	12	WARS, NAS-PI, PANSS, HCR-20	TCC > SAT
Penn et al.	Estados Unidos	2009	22	29 (ST)	12	WRAT-R, PSYRATS, BAVQ-R, PANSS, SFS, BDI-II, RSES, BCIS	Ambos tratamientos son eficaces y bien tolerados
Pinninti et al.	Estados Unidos	2010	15	18 (antipsicóticos)	6	PSYRATS, HRSD, HARS, BDI-II, BCIS, BAI	TCC + antipsicóticos > antipsicóticos
Bechdolf et al.	Australia	2010	40	48 (PE)	6	PANSS, MSQoL	TCC ≈ PE
van der Gaag et al.	Holanda	2011	109	97 (TAU)	18	PANSS, PSYRATS, WHO-QoL	TCC > TU
van der Gaag et al.	Holanda	2012	94	102 (TAU)	18	SOFAS, GAF, SCAN, PANSS, BDI-II, MANSA, PBIQ-R, CDS, PQ, CAARMS, ARMS	TCC > TU
Klingberg et al.	Alemania	2012	93	89 (TCR)	12	MNS, PANSS, UKU-SERS	TCC ≈ CR
Li et al.	Inglaterra, Australia, China	2014	96	96 (TA)	15	PANSS, SAI, PSP	TCC > ST
Velligan et al.	Inglaterra, Estados Unidos	2014	37	33 (EAC) 35 (EAC + TCC) 37 (TAU)	9	AHRS, BPRS, DRS, MCAS	No hay impacto significativo de CBT en psicosis
Ising et al.	Holanda	2016	95	101 (TAU)	48	CAARMS, SOFAS, SIAS, TIC-P	TCC > TU
Naem et al.	Inglaterra, Canadá	2016	18**	15	4	PANSS, WHO DAS	La Autoayuda Guiada es eficaz y aceptable

NOTAS: *TCC + antipsicóticos; **TCC Auto-ayuda; AHRS, Auditory Hallucination Rating Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BAVQ-R, Belief about Voices Questionnaire-Revised; BCIS, Beck Cognitive Insight Scale; BDI-II, *Beck Depression Inventory-II*; BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale; CAARMS, Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States; CAS, Change Assessment Scale; CDS, Calgary Depression Scale; CPRS, Comprehensive Psychopathological Rating Scale; CTS-R, Revised Cognitive Therapy Scale; DRS, Delusion Rating Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; HARS, Hamilton Psychiatric Rating Scale for Anxiety; HCR-20, Historical Clinical Risk Management-20; HRSD, Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression; MADRS, Montgomery-Asberg Depression Scale; MANSA, Manchester Short Assessment of Quality of Life; MCAS, Multnomah Community Ability Scale; MNS, Modified Negative Syndrome; MSQoL, Modular System for Quality of Life; NAS-PI, Novaco Anger Scale and Provocation Inventory; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; PBIQ-R, Personal beliefs about illness questionnaire-revised; PQ, Prodromal Questionnaire; PSP, Personal and Social Performance Scale; PSRS, Psychotic Symptoms Rating Scale; PSYRATS, Psychotic Symptoms Rating Scale; RSES, Rosenberg Self-Esteem Scale; SAI, Schedule for Assessing Insight; SANS, Scale for the Assessment of Negative Symptoms; SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SF-36, 26-Item Short Form Survey; SFS, Social Functioning Scale; SIAS, Social Interaction Anxiety Scale; SOFAS, Social and Occupational Functioning Assessment Scale; TIC-P, Trimbos Institute and Institute of medical Technology Assessment Questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness; UKU-SERS, UKU-Side Effect Rating Scale; WARS, Ward Anger Rating Scale; WBI, Work Behavior Inventory; WHO DAS, WHO-Disability Assessment Schedule; WRAT-R, Wide Range Achievement Test-Revised.

Discusión

Habiendo descripto brevemente los 15 estudios incluidos en la presente revisión, podemos ahora, a modo de cierre, realizar ciertos comentarios pertinentes a la discusión, siempre vigente, acerca de la eficacia de la TCC en la esquizofrenia.

La mayoría de la experimentación actual en este tópico se realiza en Inglaterra o en Estados Unidos y, en menor medida, en los Países Bajos o en Australia, aunque también se ha incluido un estudio llevado a cabo en China.

Tres de estos estudios (van der Gaag et al., 2011; van der Gaag et al., 2012; Ising et al., 2016) demostraron los beneficios de aplicar TCC en reemplazo del tratamiento usual en pacientes con esquizofrenia. Si bien se considera que los gastos para llevar a cabo un tratamiento de este estilo son mayores, también son mayores los resultados positivos obtenidos a partir de su implementación en contraposición con aquellos que se obtienen al aplicar el tratamiento usual (van der Gaag et al., 2011). También se ha descubierto que resulta beneficioso aplicar el tratamiento con TCC en reemplazo del tratamiento usual en pacientes en alto riesgo de desarrollar una psicosis, tanto a los 18 meses (van der Gaag et al., 2012), como luego de 4 años de haberse aplicado (Ising et al., 2016).

De igual modo, se ha comparado a la TCC con otros tipos de psicoterapias para la esquizofrenia y, en estos casos, los resultados no fueron unánimes. No se pudo demostrar una mayor eficacia de la TCC que aquella de la técnica de *"befriending"* en los casos en que hay síntomas persistentes en la esquizofrenia, si bien sí quedó expuesto que aplicarla resulta beneficioso, y que genera algunos resultados positivos que se mantienen incluso 5 años después de aplicada, entre ellos, una cantidad significativamente menor de días de internación para los pacientes que reciben TCC que para aquellos que reciben *"befriending"*, lo cual es de suma importancia para la vida de estas personas (Turkington et al., 2008). Tampoco se puede concluir que resulta más beneficioso llevar a cabo un tratamiento con TCC que uno basado en la técnica de psicoeducación cuando se intenta provocar efectos positivos sobre la calidad de vida subjetiva de los pacientes, ya que se sabe que ambos tipos de tratamiento mejoran esta dimensión de manera significativa (Bechdolf et al., 2010), ni que su aplicación tiene menos efectos adversos que la Terapia de Remediación Cognitiva, otro tipo de psicoterapia utilizado en casos de esquizofrenia (Klingberg et al., 2012).

Por otro lado, sí hay evidencia que demuestra los beneficios de aplicar TCC para la rehabilitación vocacional de pacientes con esquizofrenia en comparación con los resultados que se obtienen en este área con la implementación de servicios de apoyo, generando mayores niveles de desempeño en el trabajo (Lysaker et al., 2009), como así también quedan en evidencia los efectos positivos de la implementación de la TCC en adición al tratamiento usual en personas con esquizofrenia con antecedentes de violencia, los cuales son mayores en comparación con la Terapia de la Actividad Social en adición al tratamiento usual (Haddock et al., 2009), y la eficacia superior de la TCC por

sobre la de la Terapia de Apoyo en algunos de los síntomas de la enfermedad y en el funcionamiento social de las personas que la padecen, si bien estos efectos se desarrollan a largo plazo (Li et al., 2014).

Otros dos estudios de los aquí incluidos han puesto en evidencia los beneficios de aplicar la TCC en conjunto con el tratamiento psicofarmacológico adecuado en pacientes con esquizofrenia. Uno de ellos ha demostrado las ventajas que tiene sumar este tipo de psicoterapia a la medicación en relación a los delirios, uno de los síntomas característicos de la enfermedad (Pinninti et al., 2010). El otro recomienda que este tratamiento sea ofrecido en conjunto con el farmacológico y otras intervenciones psicosociales de manera rutinaria (Brabban et al., 2009).

No obstante, también se ha demostrado que la TCC es pasible de ser llevada a cabo a personas con esquizofrenia que, por diversos motivos, no se encuentran tomando medicación antipsicótica, y que podría llegar a ser una alternativa al tratamiento farmacológico. (Christodoulides et al., 2008). De cualquier modo, debemos tener en cuenta que esto fue concluido tras un estudio pequeño y de corta duración, por lo cual semejante conclusión debe ser analizada en el marco de estas limitaciones.

Dos de los estudios incluidos en la presente revisión se dedicaron a estudiar la implementación de la TCC de manera grupal y en ambos casos los resultados fueron positivos. Se logró mejorar la calidad de vida subjetiva, en uno (Bechdolf et al., 2010), y se logró un impacto beneficioso en relación a las alucinaciones auditivas y a los síntomas psicóticos en general, en el otro (Penn et al., 2009).

Por otro lado, también ha quedado demostrada la eficacia de la TCC cuando es administrada en forma de tratamiento de autoayuda guiado, como se ha estudiado recientemente (Naeem et al., 2016), lo cual es de suma importancia, ya que resulta ventajoso en aquellas circunstancias en que no hay profesionales para administrar el tratamiento.

Solamente uno de los estudios aquí incluidos ha arrojado como resultado la falta de impacto significativo de la TCC en la psicosis (Velligan et al., 2014), si bien semejante conclusión fue realizada luego de tan sólo 9 meses de tratamiento, por lo cual consideramos que esto podría modificarse en el tiempo.

Del mismo modo, y teniendo en cuenta que los trastornos del espectro esquizofrénico implican una enfermedad crónica y moderada por una diversidad de factores, creemos que cada uno de los resultados arrojados por estos estudios podría modificarse en el tiempo. Al tratarse, el presente trabajo, de una revisión de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 9 años, consideramos imposible arribar a conclusiones definitivas y resaltamos la importancia de observar el desarrollo de los pacientes involucrados en las mismas a lo largo del tiempo, si bien comprendemos, asimismo, las limitaciones que surgen para esto.

Además de los cortos períodos de tiempo en que se llevaron a cabo estos estudios, o las muestras pequeñas, en comparación con la prevalencia de la enfermedad, que se utilizaron, creemos que otra de las limitaciones a la

hora de concluir acerca de la eficacia de la TCC en la esquizofrenia, es la heterogeneidad sintomatológica característica de este tipo de trastornos, motivo por el cual se considera actualmente un espectro. Así como algunas de las investigaciones mencionadas se enfocaron en los síntomas positivos, como los delirios o las alucinaciones, otras se enfocaron en el funcionamiento social, en las manifestaciones de violencia o en el desempeño laboral, entre otros aspectos de la vida cotidiana, por lo cual lo esperable sería que surgieran nuevas investigaciones en cada una de esas dimensiones, de modo que se pudieran realizar conclusiones más acertadas.

En pocas palabras, los estudios recientemente analizados no permitirían considerar la posibilidad de que la TCC resultase un tratamiento eficaz para personas con esquizofrenia, si bien se sugiere se continúe investigando al respecto, intentando superar las limitaciones que aquí destacamos.

Por otro lado, como mencionamos anteriormente, la TCC es un sistema de psicoterapia con apoyo empírico que incluye un conjunto de técnicas diversas, y no una sola, lo cual complica más aún el estudio de su aplicación en pacientes con esquizofrenia. En este sentido, y en línea con lo sugiere Wykes (2014), creemos que no todos los tratamientos de TCC para psicosis son iguales, sino que es importante que cada uno se lleve a cabo teniendo en cuenta los objetivos, las limitaciones y las posibilidades de cada sujeto al que se le aplica, de modo que pueda recibir la intervención más apropiada a sus características y necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreasen, N. C. (1989). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) [Escala para la evaluación de los síntomas negativos]. *The British Journal of Psychiatry*, 155(7), 53-58.
- Åsberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C., Schalling, D. y Sedvall, G. (1978). A comprehensive psychopathological rating scale [Una escala de evaluación psicopatológica comprensiva]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57(S271), 5-27.
- Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A. R., et al. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life [Comparación aleatorizada de terapia cognitivo conductual grupal y psicoeducación grupal en pacientes agudos con esquizofrenia]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 144-150.
- Beck, A. T. (1979/1983). Prólogo. En A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, y G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión* (pp. 7-10). Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A. T. (2002). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt: A 1952 case study [Exitosa psicoterapia ambulatoria de un esquizofrénico crónico con un delirio basado en culpa prestada: Un estudio de caso de 1952]. En A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. [Un libro de caso de terapia cognitiva para psicosis] (pp. 3-14). Nueva York, Estados Unidos: Brunner-Routledge.
- Beck, A. T. y Rector, N. (2000). Cognitive Therapy of Schizophrenia: A New Therapy for the New Millennium [Terapia Cognitiva de la Esquizofrenia: Una Nueva Terapia para el Nuevo Milenio]. *American Journal of Psychotherapy*, 54 (3), 291-300.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. y Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., y Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. [Avances en teoría y terapia cognitiva: El modelo cognitivo genérico]. *Annual review of clinical psychology*, 10, 1-24.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Brabban, A., Tai, S., y Turkington, D. (2009). Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia [Predictores de resultados en terapia cognitivo conductual breve para esquizofrenia]. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 859-864.
- Brus, M., Novakovic, V., y Friedberg, A. (2012). Psychotherapy for schizophrenia: A review of modalities and their evidence base. [Psicoterapia para esquizofrenia: Una revisión de modalidades y su base de evidencia]. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(4), 609.
- Bryson, G., Bell, M. D., Lysaker, P., y Zito, W. (1997). The Work Behavior Inventory: A scale for the assessment of work behavior for people with severe mental illness [El Inventario de Conducta Laboral: Una escala para la evaluación de la conducta laboral de personas con enfermedad mental severa]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 47-55.
- Chappa, H. (2004). Estado actual de la terapia cognitiva comportamental de la esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(1), 9-17.
- Chiderski, B. E. (2005). Terapia cognitiva: un abordaje posible para el tratamiento de las ideas delirantes. *Clepios - Revista de profesionales en formación en salud mental*, 11(2), 62-66.
- Christodoulides, T., Dudley, R., Brown, S., Turkington, D., y Beck, A. T. (2008). Cognitive behaviour therapy in patients with schizophrenia who are not prescribed antipsychotic medication: a case series [Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con esquizofrenia que tienen prescrita mediación antipsicótica: Una serie de casos]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(2), 199-207.
- Donnoli, V. F., (2015), *Esquizofrenia única*, Buenos Aires, República Argentina: Salerno.
- Etchevers, M., Garay, C. J., Korman, G. P., González, M. M., y Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 19(1), 225-232.
- Fabrissin, J. (2016). Psicofarmacología. En C. J. Garay (comp.), *Terapia cognitivo-conductual y Psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental* (pp. 17-42). Buenos Aires: AKADIA.
- Garay, C. J. (2003). Modelos cognitivo-conductuales de los trastornos psicóticos. *Procedente de las 10ª Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA; 14-15 agosto 2003*; Buenos Aires, Argentina, tomo I: 61-63. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones.
- Garay, C. J., Korman, G. P. y Keegan, E. (2016). Terapia cognitivo-conductual contemporánea. En C. J. Garay, *Terapia cognitivo-conductual y Psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental* (pp. 1-16). Buenos Aires: AKADIA.

- Garske, J. P., y Molteni, A. (1988). Psicoterapia psicodinámica breve: Un enfoque integrador. En S. J. Linn y J. P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: DDB.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E. y Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning [Revisando el eje V para DSM-IV: Una revisión de medidas de funcionamiento social]. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1148-1156.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., Dunn, G., Novaco, R. W., y Tarrier, N. (2009). Cognitive-behavioural therapy vs social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial [Terapia Cognitivo-Conductual versus terapia de la actividad social para personas con psicosis e historia de violencia: estudio controlado aleatorizado]. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (2), 152-157.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Flesher, S., et al. (1995). Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia [Terapia personal: Una psicoterapia para esquizofrenia relevante al trastorno]. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 379-393.
- Ising, H. K., Kraan, T. C., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M., Boonstra, N., et al. (2016). Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial [Seguimiento de Cuatro Años de Terapia Cognitivo Conductual en Personas en Alto Riesgo de Desarrollar Psicosis: Estudio de la Evaluación de la Intervención de Detección Temprana Holandesa]. *Schizophrenia bulletin*, 42(5), 1243-1252.
- Kay, S. R., Flszbein, A. y Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia [La escala de síndrome positivo y negativo para esquizofrenia]. *Schizophrenia bulletin*, 13 (2), 261.
- Keegan, E. (2001). *La terapia cognitiva. Fundamento teórico, aplicaciones y perspectivas futuras*. Clepios. *Revista de profesionales en formación en salud mental*, 7(2), 79-83.
- Keegan, E., y Garay, C. (2007). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 18(76), 423-427.
- Kingdon, D. G., Turkington, D., Collis, J., y Judd, M. (1989). Befriending: cost-effective community care ["Befriending": Cuidado comunitario económico]. *The Psychiatrist*, 13(7), 350-351.
- Klingberg, S., Herrlich, J., Wiedemann, G., Wölwer, W., Meisner, C., Engel, C., et al. (2012). Adverse effects of cognitive behavioral therapy and cognitive remediation in schizophrenia: results of the treatment of negative symptoms study [Efectos adversos de la terapia cognitivo conductual y la terapia de remediación en esquizofrenia: Estudio de los resultados del tratamiento de los síntomas negativos]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 569-576.
- Li, Z. J., Guo, Z. H., Wang, N., Xu, Z. Y., Qu, Y., Wang, X. Q., et al. (2015). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China [Terapia Cognitivo-Conductual para pacientes con esquizofrenia: un estudio controlado aleatorizado multicéntrico en Beijing, China]. *Psychological medicine*, 45 (09), 1893-1905.
- Montgomery, S. A., Taylor, P. y Montgomery, D. (1978). Development of a schizophrenia scale sensitive to change [Desarrollo de una escala de esquizofrenia sensible al cambio]. *Neuropharmacology*, 17(12), 1061-1063.
- Naeem, F., Johal, R., McKenna, C., Rathod, S., Ayub, M., Lecomte, T., (2016). Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help (CBTp-GSH) delivered by frontline mental health professionals: Results of a feasibility study [Auto-ayuda Guiada basada en la Terapia Cognitivo Conductual para psicosis (CBTp-GSH) administrada por profesionales de la salud mental de primera línea: Resultados de un estudio de factibilidad]. *Schizophrenia research*, 173(1), 69-74.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: The NICE Guideline on Treatment and Management [Psicosis y Esquizofrenia en Adultos: La Guía NICE sobre Tratamiento y Manejo]* (Updated Edition) (Clinical Guideline CG178). National Institute for Health and Care Excellence, Reino Unido.
- National Institute for Clinical Excellence. (2011) *Service User Experience in Adult Mental Health [Experiencia de Usuario de Servicio en Salud Mental Adulta]* (Clinical Guideline CG136). National Institute for Health and Care Excellence, Reino Unido.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013) *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management [Psicosis y Esquizofrenia en Niños y Personas Jóvenes: Reconocimiento y manejo]* (Clinical Guideline CG155). National Institute for Health and Care Excellence, Reino Unido.
- Penn, D. L., Meyer, P. S., Evans, E., Wirth, R. J., Cai, K., y Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations [Un estudio controlado aleatorizado de terapia cognitivo-conductual grupal versus terapia de apoyo mejorada para alucinaciones auditivas]. *Schizophrenia research*, 109 (1), 52-59.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. y Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses [Eficacia de la terapia psicológica en esquizofrenia: conclusiones de meta-análisis]. *Schizophrenia bulletin*, 32 (1), S64-S80.
- Pinninti, N. R., Rissmiller, D. J. y Steer, R. A. (2010). Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. [Terapia cognitivo-conductual como un adjunto a los antipsicóticos de segunda generación en el tratamiento de la esquizofrenia] *Psychiatric Services*, 61(9), 940-943.
- Pukrop, R., Möller, H. J. y Steinmeyer, E. M. (2000). Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life" [Calidad de vida en psiquiatría: una contribución sistemática a la validación de constructo y el desarrollo de la herramienta de evaluación integradora "sistema modular para la calidad de vida"]. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 250(3), 120-132.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M., et al. (2000). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication [Un estudio controlado aleatorizado de terapia cognitivo-conductual para los síntomas resistentes a la medicación en la esquizofrenia]. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Stip, E. (2000). Antipsicóticos nuevos: temas y controversias. Tipicidad de los antipsicóticos atípicos. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 25(2), 137-53.

- Sudak, D. N. y Prado D. G. (2016). Esquizofrenia. En C. J. Garay, *Terapia cognitivo-conductual y Psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental* (pp. 43-54), Buenos Aires, República Argentina: Librería AKADIA Editorial.
- Turkington, D., Kingdon, D. y Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia [Efectividad de la intervención de terapia cognitivo-conductual breve en el tratamiento de la esquizofrenia]. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 523-527.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R., Nur, U., Siddle, R., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up [Un estudio controlado aleatorizado de terapia cognitivo-conductual para los síntomas persistentes en la esquizofrenia: Un seguimiento de cinco años]. *Schizophrenia research*, 98(1), 1-7.
- van der Gaag, M., Nieman, D. H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H. K., Klaassen, R. M., et al. (2012). Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial [Terapia cognitivo conductual para sujetos en riesgo ultra-alto de desarrollar psicosis: un estudio clínico controlado aleatorizado]. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (6), 1180-1188.
- van der Gaag, M., Stant, A. D., Wolters, K. J., Buskens, E., y Wiersma, D. (2011). Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. [Terapia Cognitivo-Conductual para psicosis persistente y recurrente en personas con trastorno del espectro esquizofrénico: análisis de costo-efectividad] *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 59-65.
- Velligan, D. I., Tai, S., Roberts, D. L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, J., et al. (2014). A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaptation training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia [Un estudio controlado aleatorizado comparando terapia cognitivo conductual, entrenamiento de adaptación cognitiva, su combinación y el tratamiento usual en la esquizofrenia crónica]. *Schizophrenia bulletin*, 41(3), 597-603.
- Wolpe, J. (1958/1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- World Health Organization (2011). Schizophrenia. [Esquizofrenia] Recuperado de http://www.who.int/mental_health/resources/schizophrenia/
- Wykes, T. (2014). Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia [Terapia Cognitivo-Conductual y esquizofrenia]. *Evidence Based Mental Health*, 17(3), 67-68.
- Wykes, T. y van der Gaag, M. (2001) Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis -cognitive remediation therapy (CRT)? [¿Es tiempo de desarrollar una nueva terapia cognitiva para psicosis - Terapia de la^o remediación cognitiva (TRC)?]. *Clinical Psychology Review*, 21 (8): 1227-1256.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. y Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. [Terapia cognitivo conductual para esquizofrenia: tamaños de efecto, modelos clínicos y rigor metodológico]. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537.
- Yung A. R., Yuen H. P., McGorry P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'olio, M., et al., (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. [Trazando el comienzo de la psicosis: La Evaluación Comprensiva de Estados Mentales en Riesgo]. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964-971.