

Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos:

2. Estudios aleatorizados con grupos control

Salvador PERONA GARCELÁN
Carlos CUEVAS YUST
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

En este trabajo se hace una revisión de todos los estudios aleatorizados con grupo control realizados en los últimos años, en los que se intenta comprobar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) sobre los síntomas psicóticos. Los resultados de esta revisión muestran que la TCC reduce la severidad de los síntomas psicóticos en comparación con los grupos de control sin tratamiento. Sin embargo, no está claro que sea superior a otras estrategias psicológicas no diseñadas específicamente para el abordaje de los síntomas positivos. Asimismo se concluye que este tipo de intervenciones no tiene ningún efecto sobre el funcionamiento social y los síntomas negativos de los pacientes psicóticos. Por último, se analizan también los problemas metodológicos de estos estudios.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, síntomas psicóticos, esquizofrenia, ensayos aleatorizados.

Abstract

In this work, we present a review of all the randomised controlled trials carried out over the last years in which the effectiveness of the cognitive-behaviour therapy (CBT) on psychotic symptoms is analysed. The results show that CBT reduces the severity of psychotic symptoms if compared to the controlled groups without treatment. However, it is not clearly superior to other psychological strategies not specifically designed for positive symptoms. It can be concluded that this type of interventions have no effect on the social functioning and the negative symptoms of psychotic patients. Finally, the methodological problems of these studies are analysed.

Key words: cognitive-behaviour therapy, psychotic symptoms, schizophrenia, randomised controlled trials.

El desarrollo de intervenciones psicológicas para eliminar, o disminuir, los síntomas psicóticos, desde un marco conductual o cognitivo-conductual, ha sido bastante tardío si se compara con los rápidos avances que se han producido en el tratamiento de otros trastornos desde la década de los años cincuenta y sesenta (como, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad o depresión). La mayoría de los avances tecnológicos de los psicólogos clínicos en el abordaje de los problemas de personas con trastornos psicóticos se han centrado fundamentalmente en el entrenamiento de habilidades para la mejora de su competencia social, o en la creación de estrategias para el apoyo de familiares o cuidadores de estos pacientes (Lieberman, 1993).

Si bien es verdad que hubo intentos, como el de Lindsley (1959), desde el paradigma operante, para tratar las alucinaciones, o el de Beck (1952), desde una perspectiva cognitiva, para abordar las ideas delirantes de un paciente psicótico; este tipo de intervenciones ha estado en el olvido durante muchos años. El motivo de este aparente olvido lo podemos encontrar en las mismas declaraciones de estos dos autores, en las que desaconsejaban la utilización de las técnicas conductuales y cognitivas para el tratamiento de los síntomas psicóticos (Perona y Cuevas, 1996 y Kingdon, 1998), y en un conjunto de creencias y actitudes erróneas sobre este tema que los psicólogos clínicos han compartido durante las últimas tres décadas (para más información véase Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999).

A pesar de todo ello, desde los años setenta hasta la actualidad, se han publicado unos pocos estudios de casos en los que, al menos, se demostraba la aplicabilidad de estas técnicas en pacientes con síntomas

psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico (por ejemplo, Watts, Powell y Austin, 1973; Johnson, Ross y Mastria, 1977; Milton, Patwa y Hafner, 1978; Hartman y Cashman, 1983) aunque, por las limitaciones metodológicas propias de los estudios de casos, no se pudiera llegar a conclusiones claras y definitivas sobre su efectividad.

En este sentido, hay pocos estudios experimentales que intenten demostrar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales sobre los síntomas psicóticos. Ya hemos revisados en otro lugar (Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999) los trabajos temporalmente más antiguos, aquellos basados en los diseños experimentales de caso único. Sin embargo, son muy pocos los estudios realizados en los que se utiliza una metodología de comparación de grupos, con muestras de sujetos asignados al azar a un grupo de tratamiento o a uno o más grupos de control.

Estos trabajos, aunque escasos, en los últimos seis o siete años están apareciendo gradualmente. Prácticamente todos se han realizado en el Reino Unido por psicólogos clínicos y psiquiatras con una amplia experiencia en el tratamiento de personas con trastornos psicóticos. Todos ellos están desarrollando diversas líneas de investigación tanto teóricas como de intervención sobre los delirios y las alucinaciones. De hecho, ya existen en la bibliografía tres manuales de tratamiento elaborados por estos grupos de trabajo (Kingdon y Turkington, 1994; Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996), a partir de los cuales se han diseñado estudios experimentales aleatorizados con grupos de control en los que se intenta investigar la eficacia de este tipo de intervenciones.

Hasta la fecha se han realizado seis estudios experimentales descritos en nueve publicaciones, en los que se ha intentado por parte de sus autores un mayor rigor metodológico y por tanto una mayor validez interna y externa de sus resultados (Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff, Ugarteburu, 1993a; Drury, Birchwood, Cochrane y McMillan, 1996a; Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington, Freeman y Hadley, 1997; Garety, Fowler, Kuipers, Freeman, Dunn, Bebbington, Hadley y Jones, 1997; Kuipers, Fowler, Garety, Chilholm, Freeman, Dunn, Bebbington y Hadley, 1998; Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock, Morris, 1998; Haddock, Tarrier, Morrison, Hopkins, Drake, y Lewis, 1999; Tarrier, Wittkowski, Kinney, McCarthy, Morris y Humphreys, 1999; Sensky, Turkington, Kingdon, Scott, Scott, Siddle, O'Carroll y Barnes, 2000).

El objetivo del presente artículo es hacer una revisión de estos estudios experimentales. Para una mejor exposición los vamos a presentar en función de la población diana a los que van dirigidas las intervenciones (pacientes psicóticos en fase aguda del trastorno y pacientes psicóticos con síntomas floridos resistentes a la medicación antipsicótica).

Eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes psicóticos en fase aguda del trastorno

Tradicionalmente se ha considerado que las técnicas conductuales y cognitivas sólo podían ser empleadas en pacientes psicóticos residuales para enseñarles habilidades para una mejor adaptación social o para afrontar los síntomas floridos, pero nunca podían ser utilizadas en pacientes

psicóticos en plena fase aguda durante su hospitalización. En estos casos, se pensaba que la única opción terapéutica era el tratamiento psicofarmacológico.

Esta creencia ha intentado ser refutada en alguna medida por los trabajos de Drury y cols. (1996a) y Haddock y cols. (1999) en los que se exploraba la posibilidad de que la terapia cognitivo-conductual (TCC) pudiera influir en la desaparición de los síntomas positivos durante la fase aguda y en la severidad de los síntomas positivos residuales posteriores a la compensación. El interés por el desarrollo de técnicas psicológicas con esta población de pacientes parte de los siguientes datos:

- Los estudios longitudinales sobre el curso del trastorno esquizofrénico muestran que los síntomas residuales son de hecho un producto de los episodios psicóticos agudos (Shepherd, Watt, Falloon y cols., 1989).
- La disminución de la duración de los episodios psicóticos agudos puede contribuir a un mejor pronóstico del trastorno (Loebel, Lieberman, Avir y cols., 1992).
- Las experiencias de los pacientes en fase aguda y sus circunstancias durante el internamiento son muy angustiantes para ellos y se han relacionado con los trastornos de estrés post-traumáticos, depresión post-psicótica e incremento del riesgo de suicidio (McGlashan, 1994).

Según Drury y cols. (1996a), estos datos justifican la importancia de intentar diseñar estrategias de intervención que reduzcan el impacto de las descompensaciones psicóticas y mejorar, a medio y largo plazo, el pronóstico del trastorno.

A continuación presentamos los trabajos de Drury y cols. (1996a) y de Haddock y cols. (1999) en los que se describen los únicos estudios controlados realizados hasta la fecha sobre la efectividad de la TCC sobre pacientes psicóticos en la fase aguda del trastorno.

Drury y cols. (1996a) partieron de la hipótesis de que la TCC conduciría a una tasa más rápida de recuperación de los síntomas psicóticos que los cuidados tradicionales aplicados a estos pacientes durante sus ingresos hospitalarios. También hipotetizaron que a los nueve meses del alta hospitalaria, la severidad de los síntomas residuales sería menor en el grupo que recibió TCC que en el grupo control.

Para ello a partir de una muestra de 117 pacientes, seleccionaron a 40 que cumplieran los siguientes criterios:

- Padecer un trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo según el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) con síntomas positivos como delirios y alucinaciones en el momento del estudio.
- No presentar un trastorno bipolar, ni una psicosis orgánica y tampoco trastornos asociados al abuso de drogas y alcohol.

Se formaron dos grupos de 20 pacientes, cada uno de ellos asignados al azar según una técnica de muestreo estratificado en función de variables que afectan a la velocidad de recuperación de un episodio agudo (edad de comienzo del trastorno, sexo, grupo étnico, número de episodios previos, etc).

Al grupo de tratamiento se le aplicó un paquete de cuatro procedimientos terapéuticos:

1. Terapia cognitiva individual similar a la utilizada por Chadwick y Lowe (1990).
2. Terapia cognitiva en grupo.
3. Dos sesiones de psicoeducación con las familias, en las que se les orientaban en cómo interactuar con el paciente y como manejar sus síntomas.
4. Un programa estructurado de actividades fuera de la planta.

El grupo de control realizó actividades de ocio fuera de la planta (paseos, salidas en grupo, escuchar música, etc.), cuya asistencia era voluntaria. La duración de ambos tratamientos fue de doce semanas y se realizó el seguimiento a los nueve meses de finalizado el tratamiento.

Los resultados mostraron que en general los síntomas positivos disminuyeron en ambos grupos (valorados con la PAS, *The Psychiatric Assessment Scale* de Krawiecka, Golberg y Vaughan, 1977), pero el grupo que recibió TCC mostró un declinar de los síntomas significativamente mayor y más rápido que el grupo control a partir de la séptima semana de tratamiento. Respecto a las ideas delirantes (valoradas con el *Personal Questionnaire -PQ-* de Shapiro, 1961) se apreció que el tratamiento cognitivo influyó significativamente en la dimensión de convicción. Aunque también disminuyó la dimensión de preocupación sobre el delirio, esta diferencia no fue significativa en comparación con el grupo control. También disminuyeron significativamente el pensamiento desorganizado y los síntomas negativos respecto a la línea base, pero no se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos.

A los nueve meses de seguimiento, el grupo que recibió TCC mostró significati-

vamente menos síntomas positivos que el grupo control, de forma que el 95% de los pacientes del primer grupo frente al 44% de los del segundo grupo, informaron no padecer síntomas positivos o padecerlos de forma muy leve (ver tabla 1).

De todas formas este ensayo controlado no está aun finalizado. Están por publicar los resultados del seguimiento a los cinco años. Por la información que tenemos, proporcionada por uno de los autores (Drury, Birchwood y Cochrane, pendiente de publicación), los resultados preliminares de este seguimiento muestran que el efecto del tratamiento cognitivo se mantiene a los cinco años. Además, a los nueve meses y a los cinco años, los pacientes del grupo TCC presentaron una mejoría significativamente mayor que el grupo de control en cuanto a la conciencia de su trastorno y su manejo.

Los resultados de este estudio apuntan a que la terapia cognitivo-conductual puede ser un tratamiento válido, y complementario al tratamiento farmacológico tradicional, en pacientes psicóticos en estado agudo durante su hospitalización. Sin embargo, debemos tomar con precaución estos resultados, pues si bien los autores han realizado un gran esfuerzo en controlar todas aquellas variables que puedan poner en cuestión su validez interna, presenta los siguientes problemas:

- Los evaluadores no fueron ni independientes al estudio, ni ciegos respecto a las condiciones de tratamiento. Aunque se llevaron a cabo algunas medidas para conseguir unos buenos índices de fiabilidad de los datos, no es suficiente con contar con la honestidad de los evaluadores para considerar que los resultados son válidos. Sin embar-

go, este es un problema de difícil solución en todos aquellos estudios controlados en los que se intentan validar las terapias psicológicas, pues aunque el evaluador no tenga información sobre qué tratamiento está recibiendo un paciente, durante la entrevista de evaluación es probable que el paciente filtre información u ofrezca detalles que informen sobre el tratamiento recibido.

- Las cantidades de medicación antipsicótica no se mantuvieron constantes durante todo el estudio. Se produjo un incremento significativo de la medicación al final del estudio respecto a su inicio. Aunque los autores argumentaran que no había diferencias estadísticamente significativas respecto a la medicación entre ambos grupos, coincidimos con Johnson (1996) en que la diferencia que se produjo (22.2 mg. en unidades equivalentes de Stelazine) podría haber sido *clínicamente* significativa. En este sentido, el grupo de tratamiento recibió más medicación que el grupo de control, lo que puede sesgar los resultados finales, pudiéndose atribuirse dichos resultados al tratamiento farmacológico, al tratamiento psicológico o a la combinación de ambos. De todas formas, esta última alternativa abre nuevas interrogantes que desde nuestro punto de vista son muy atractivas y son las referentes a la interacción entre tratamiento psicológico y farmacológico en los trastornos psicóticos.
- Otro problema que hemos apreciado, es que la variable independiente es un paquete de intervenciones complejo, en el que se presentan combinadas estrategias individuales y grupales, intervenciones dirigidas a los pacientes

y otras dirigidas a los familiares, intervenciones dirigidas a mejorar los síntomas e intervenciones dirigidas a mejorar el nivel de actividad y funcionamiento social. Esta complejidad no permite concluir que las técnicas cognitivo-conductuales diseñadas específicamente para tratar los síntomas psicóticos sean el elemento principal de cambio. Consideramos que las conclusiones de este estudio, por los datos aportados, deben dirigirse al paquete de intervención en sí, desconociéndose qué componentes de tal paquete son relevantes y cuáles no lo son.

- Por otro lado, la aplicabilidad de estos procedimientos está limitada a sujetos que estén dispuestos a colaborar y dedicar algún momento de su tiempo a conversar sobre sus problemas con el terapeuta. Teniendo en cuenta las dificultades atencionales de pacientes en fase aguda, la desconfianza a extraños y la agitación que pueden experimentar en dichas situaciones, la muestra de personas que realmente se pueden beneficiar de este tipo de terapias puede ser reducida. En el trabajo de Drury y colaboradores, se observa que de los 69 pacientes que inicialmente cumplían los criterios y que fueron asignados aleatoriamente a los grupos, solamente 40 (58%) aceptaron participar en el estudio, mientras que los 29 restantes (42%) no quisieron conversar y hablar de sus síntomas con los terapeutas.

El trabajo de Haddock y cols. (1999) fue llevado a cabo por dos razones. La primera, como un estudio piloto para probar la efectividad de la TCC aplicada a pacientes psicóticos agudos diagnosticados recientemente, y la segunda, averiguar sí los

resultados de Drury y cols. (1996a) pueden ser replicados con una muestra pequeña tratada con TCC individual a corto plazo.

A partir de un grupo de 36 pacientes se seleccionaron a 21 que cumplían los siguientes criterios: 1) diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo según la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994); 2) haber recibido por primera vez tratamiento para su trastorno hacía menos de cinco años; 3) que en el momento del inicio del estudio estuvieran ingresados en una planta de psiquiatría de un hospital general por iniciar o tener una recaída sintomatológica.

Los pacientes fueron asignados al azar a un grupo que recibió TCC (diez pacientes de los cuales nueve terminaron el estudio) o a otro que recibió tratamiento psicoeducativo y terapia de apoyo (11 pacientes). La efectividad de los tratamientos fue valorada con la *escala breve de valoración psiquiátrica* (BPRS; Overall y Gorham, 1962) y las *escalas de valoración de síntomas psicóticos* (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrrier y Faragher, 1998). La duración de ambos tratamientos fue de cinco semanas o hasta que el paciente fuera dado de alta hospitalaria si este período era más corto. Una vez finalizado el tratamiento se llevaron a cabo cuatro sesiones de recuerdo (al mes, y a los dos, tres y cuatro meses de finalizado el tratamiento), con una fase de seguimiento a los dos años. Las evaluaciones fueron realizadas por un psiquiatra independiente al estudio y ciego respecto a los tratamientos aplicados.

Los resultados mostraron que ambos grupos de pacientes mejoraron significativamente con los tratamientos recibidos, pero no se encontraron diferencias significativas entre las medidas del BPRS y el PSYRATS. En relación con el primer tipo

de medidas, se observó que la reducción de síntomas en ambos grupos se produjo en las subescalas de *contenido inusual del pensamiento, grandiosidad y desorganización conceptual*, no apreciándose cambios en la subescala de alucinaciones. Respecto al PSYRATS también se evidenció en ambos grupos una reducción en todas las subescalas.

Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos en otras medidas como en el número de días pasados en el hospital, y a los dos años de finalizados los tratamientos, tampoco se encontraron diferencias en el número de recaídas y en el número de días pasados en el reingreso hospitalario (ver tabla 1).

Estos resultados indican o que ambos tratamientos son iguales de efectivos o que ninguno lo es. El carecer de un grupo de control sin tratamiento no nos permite llegar a conclusiones sobre la efectividad de cada uno de estos tratamientos, pues como en el caso del estudio de Drury, podríamos

sospechar que los resultados están sesgados por los efectos del tratamiento farmacológico. Ambos grupos recibieron tratamiento farmacológico pero no se especifican las cantidades de antipsicóticos ni tampoco si se mantuvieron constante a lo largo de todo el ensayo.

De todas formas, y a pesar de estos inconvenientes, los estudios de Drury y Haddock son trabajos que deben tenerse en cuenta, pues de alguna manera se comienza a cuestionar la creencia tradicional de que sólo el tratamiento farmacológico es útil con psicóticos en fase aguda, y abre la puerta a nuevos ensayos en los que se intenta subsanar las dificultades metodológicas antes expresadas y extraer conclusiones definitivas al respecto. De hecho, está en marcha en Gran Bretaña un estudio multicéntrico aleatorizado (el estudio SOCRATES) en el que se intenta comprobar la efectividad de estos procedimientos en pacientes psicóticos en su primera o segunda hospitalización. En

Tabla 1. Características de las intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes psicóticos en la fase aguda del trastorno.

ESTUDIOS	PACIENTES	TRATAMIENTO	GRUPO CONTROL	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Drury y colaboradores, 1996	Pacientes ingresados con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, según DSM-IV.	N = 20 TCC individual TCC grupal Sesiones con familias Programas de actividades	N = 20 Actividades voluntarias de ocio y tiempo libre de baja intensidad.	12 semanas Seguimiento a los nueve meses	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo de TCC mostró una reducción significativamente mayor en los síntomas positivos. - El grupo de TCC mostró una disminución significativamente mayor de la convicción. - A los nueve meses se mantenían los resultados. - El grupo TCC necesitó un tiempo más corto de recuperación. - No hubo diferencia entre los grupos en la reducción del pensamiento desorganizado y síntomas negativos.
Haddock y colaboradores, 1999	Pacientes ingresados con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, según DSM-IV.	N = 10 TCC individual	N = 11 Tratamiento psicoeducativo y terapia de apoyo.	5 semanas Seguimiento a los dos años	<ul style="list-style-type: none"> - No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, ni al finalizar el tratamiento, ni a los dos años de seguimiento, en medidas de severidad de los síntomas positivos, ni en ninguna de las dimensiones de los delirios. - Tampoco se encontró diferencia en el número de recaídas, ni en el tiempo pasado en el hospital.

este estudio participan 354 pacientes pertenecientes a once distritos sanitarios de Manchester y del norte de Inglaterra. Los pacientes son asignados al azar o a un grupo en el que se aplica TCC o a otro en el que se le aplica una terapia de apoyo o a un tercer grupo, en el que se aplica el tratamiento hospitalario rutinario (farmacológico). Este trabajo aun no se ha finalizado, y esperamos que los primeros resultados salgan a la luz durante el año 1999 (Haddock, Tarrier, Spaulding, Yusupoff, Kinney y McCarthy, 1998).

Eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes psicóticos en fase residual con síntomas positivos resistentes a la medicación

Los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados a pacientes psicóticos residuales se pueden clasificar en dos grupos: aquellos basados en enseñar estrategias de afrontamiento de los síntomas residuales como los delirios y alucinaciones auditivas (por ejemplo, Yusupoff y Tarrier, 1996) y los basados en la modificación de creencias, derivados de la terapia de reestructuración cognitiva de Beck (por ejemplo, Chadwick y Birchwood, 1996).

De ambos tratamientos se han realizado ensayos controlados aleatorizados, pero para una exposición más clara de los resultados obtenidos con estas técnicas los vamos a presentar separadamente en dos apartados distintos.

Procedimiento de potenciación de las estrategias de afrontamiento

En la literatura sobre el tratamiento de los síntomas psicóticos hay un enfoque que

cada vez está teniendo mayor aceptación, que consiste en enseñar a los pacientes estrategias y métodos para afrontar y reducir sus alucinaciones y delirios (por ejemplo, Fowler y Morley, 1989; Yusupoff y Tarrier, 1996, Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1997). Este método ha sido fundamentalmente desarrollado y sistematizado por Tarrier y sus colaboradores de la Universidad de Manchester y se ha denominado en la literatura científica como "Potenciación de las estrategias de afrontamiento" (*Coping Strategy Enhancement*, desde ahora CSE). A través de las técnicas CSE se intenta identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes de forma natural, y a partir de ahí, se les enseña a utilizar de forma sistemática esas mismas estrategias u otras nuevas, de forma que el paciente disponga de un repertorio amplio de modos de afrontar sus síntomas (para una descripción detallada de estas técnicas véase Tarrier, 1992, 1995).

Hasta la fecha, Tarrier y sus colaboradores han realizado dos ensayos controlados descritos en tres publicaciones (Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff, Ugarteburu, 1993a, Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock, Morris, 1998; Tarrier, Wittskoski, Kinney, McCarthy, Morris y Humphreys, 1999).

En el primer estudio (Tarrier y cols., 1993a), se comparó la eficacia del CSE frente a la técnica de resolución de problemas (D´Zurilla y Golfried, 1971, desde ahora RP) y un grupo de sujetos en lista de espera. La hipótesis de partida era que en el grupo que se aplicaba el tratamiento CSE se produciría una mejoría directa en los síntomas psicóticos y tendría como efecto secundario la disminución de la psicopatología general y un incremento del funcionamiento social. En el grupo que se aplica-

ba la técnica de resolución de problemas se observaría un incremento del funcionamiento social, pero no tendría efecto directo sobre los síntomas positivos del trastorno.

La técnica de resolución de problemas fue elegida como grupo control ya que es un método de tratamiento de comprobada eficacia en un amplio rango de trastornos y además porque se suponía que tendría efectos positivos sobre los pacientes, pero no afectaría directamente a los síntomas psicóticos. La mitad de los sujetos de cada grupo comenzó la fase de tratamiento seis meses después de la otra mitad, lo que se los utilizó durante ese tiempo como grupo en lista de espera.

De una muestra inicial de 79 sujetos, se seleccionaron todos aquellos que tenían un diagnóstico de trastorno esquizofrénico según el DSM-III-R, y que habían estado experimentando síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) por al menos seis meses y no respondían al tratamiento farmacológico. Al final de este proceso de selección quedaron 27 sujetos, de los cuales 15 fueron asignados al azar al grupo que se aplicaba CSE y 12 al grupo que se aplicaba RP y de todos estos, 14 formaron parte del grupo de lista de espera.

El tratamiento duró cinco semanas, llevándose a cabo una evaluación que abarcaba la sintomatología positiva y negativa a través de la "Escala de Valoración Psiquiátrica" (PAS, *The Psychiatric Assessment Scale* de Krawiecka, Golberg y Vaughan, 1977) y el funcionamiento social a través de la escala de Birchwood, Smith, Cochrane y colaboradores (1990; SFS, *Social Functioning Scale*). Se realizaron medidas antes y después del tratamiento y el seguimiento a los seis meses.

Los resultados mostraron que todos los sujetos de los grupos CSE y RP mejoraron

significativamente tanto en la severidad de los síntomas como en el número de síntomas experimentados, mientras que en el grupo de lista de espera no se encontraron cambios significativos en las evaluaciones antes y después del tratamiento. Sin embargo, los sujetos del grupo CSE experimentaron una mayor mejoría que los del grupo RP, en concreto en las escalas de ansiedad y delirios de la PAS, no encontrándose diferencias significativas en las escalas de depresión, alucinaciones y síntomas negativos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al funcionamiento social (ver tabla 2).

A los seis meses de finalizado el tratamiento, las ganancias obtenidas por los grupos de CSE y RP se mantenían. Se observó que el grupo CSE había mejorado en mayor medida que el grupo RP si se comparaban las medidas obtenidas antes del tratamiento con las del seguimiento. Sin embargo, estas diferencias no eran significativas si se comparaban las medidas obtenidas en el postest con las del seguimiento. Esto demostró que una vez finalizado el tratamiento, aunque las ventajas del entrenamiento en estrategias de afrontamiento se mantenían, con el paso de tiempo no se acrecentaba los efectos de este procedimiento, es decir, el CSE tiene un efecto mayor a corto plazo, mientras que sus efectos disminuyen a largo plazo.

Tarrier y colaboradores intentaron averiguar si las mejoras obtenidas alcanzaban niveles clínicamente significativos. Para ello, establecieron el criterio de que una mejora o disminución de síntomas en más de un 50% podría ser considerado clínicamente significativo. El 60% de los pacientes de grupo de CSE frente al 25% del grupo de RP alcanzaron dicho criterio des-

pués del tratamiento. Estas diferencias no fueron significativas, aunque estaban muy cerca de alcanzar la probabilidad necesaria para la significación ($p=0.0653$). A los seis meses, solo el 42% del grupo CSE y el 36% del Grupo RP alcanzaron el criterio de mejoría clínica establecido por estos autores, no siendo significativas estas diferencias.

Estos resultados son interesantes y muestran que las estrategias de afrontamiento pueden ser un recurso terapéutico interesante para el abordaje de los síntomas psicóticos. Teniendo en cuenta que la duración de sus efectos es a corto plazo, tal vez puedan ser conceptualizadas como una estrategia más dentro de un procedimiento global de tratamiento de los síntomas psicóticos positivos, más que como un procedimiento terapéutico independiente.

Los resultados obtenidos no confirmaron la hipótesis de partida, y se comprueba que ambos tratamientos, CSE y RP, inciden en los síntomas psicóticos, más concretamente en los delirios, reduciéndolos o, en algunos pacientes, eliminándolos completamente. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, el tratamiento de resolución de problemas no mejoró el funcionamiento social. Este resultado es difícil de explicar desde un punto de vista teórico, y podríamos atribuirlos a los efectos inespecíficos del tratamiento.

En este sentido, Tarrier y cols. (1993b), en un segundo informe sobre este mismo trabajo, estudiaron los cambios específicos que ocurrían en los pacientes que eran entrenados en habilidades de afrontamiento y en resolución de problemas. Los resultados mostraron que el entrenamiento en estrategias de afrontamiento incrementaba las habilidades de afrontamiento, mientras que los pacientes entrenados en resolución de problemas incrementaban sus habilida-

des en ésta otra área, y curiosamente, mostraban una disminución en sus habilidades de afrontamiento. Portanto, hay pruebas de que estos tratamientos producen efectos muy específicos en los sujetos entrenados. Sin embargo, vemos que en los pacientes que fueron entrenados en RP, la ansiedad y las ideas delirantes también disminuyeron significativamente.

Tarrier y cols. (1993a) especularon que tal vez las técnicas de resolución de problemas produjeran alguna clase de cambio cognitivo que inhibiera los delirios (como por ejemplo, que la técnica en sí misma produjera un cambio en el foco de atención de los pacientes) o que varios efectos inespecíficos estuvieran operando, como por ejemplo, las expectativas de los pacientes respecto a la eficacia del tratamiento. Sin embargo, esta última hipótesis fue descartada en este mismo ensayo controlado, pues la variable expectativa fue sistematizada durante el tratamiento, comprobándose que no influía en los resultados. Por tanto, la pregunta de por qué funcionó en la misma orientación la técnica de resolución de problemas sigue abierta y sin solución, por lo que aún son necesarias nuevas investigaciones que aclaren este problema.

Desde un punto de vista metodológico, este ensayo controlado también plantea una serie de dificultades que no fueron desde nuestro punto de vista bien resueltos. Estos eran los siguientes:

- No se aplicó una metodología de doble ciego, o al menos de ciego simple, para asegurar la objetividad y validez de las medidas tomadas durante el estudio.
- Aunque la muestra inicial de pacientes que cumplían los criterios de esta investigación era relativamente amplia

(49 sujetos), fue alto el número de pacientes que se negaron a participar o que abandonaron durante la evaluación inicial (10 sujetos) y también los que se negaron a participar durante el tratamiento (12 sujetos) o durante el seguimiento (cuatro sujetos) (en total alrededor del 53%), lo que probablemente haya afectado a la validez externa y generalización de los resultados. - Por último, no se informa del control que se ejerció sobre la variable medicación.

Recientemente, Tarrrier y colaboradores (1998, 1999) han realizado otro ensayo controlado aleatorizado en el que se intenta comprobar la efectividad sobre los síntomas psicóticos de lo que ellos denominan *Terapia Cognitivo-Conductual Intensiva* junto con el cuidado de rutina, en el que se incluye el tratamiento farmacológico a niveles estables. El tratamiento cognitivo-conductual estaba formado por CSE y RP, junto con técnicas diseñadas para la prevención de recaídas. Con objeto de controlar los factores inespecíficos de la terapia, el grupo de control recibió terapia de apoyo junto con los cuidados de rutina.

Las hipótesis de este ensayo era que la terapia cognitivo-conductual sería superior a la terapia de apoyo y a los cuidados de rutina en los siguientes aspectos: 1) reduciendo los síntomas psicóticos positivos; 2) previniendo la exacerbación de los síntomas positivos y reduciendo las estancias hospitalarias; y 3) un mayor número de sujetos cumpliría los criterios de mejoría clínica definidos en el estudio anterior (Tarrrier y cols., 1993a).

De una muestra de 470 sujetos, 138 cumplieron los criterios para este estudio, de los cuales 87 aceptaron participar en el

ensayo. Los criterios de inclusión en el estudio eran que los pacientes tuvieran el diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo o trastorno delirante según los criterios del DSM-III-R, presencia de alucinaciones o delirios persistentes o ambos, durante un mínimo de seis meses, y al menos un mes de estabilización si habían experimentado una exacerbación de los síntomas durante este período, y que la medicación fuera estable.

Los sujetos fueron asignados a los grupos según un procedimiento de aleatorización por bloques estratificados en los que las variables de bloqueo eran la severidad de los síntomas (severidad baja y severidad alta medido a través de las puntuaciones de la PAS) y el sexo. Cada sujeto fue asignado a uno de los siguientes grupos de tratamiento: terapia cognitivo-conductual más cuidados de rutina (33 pacientes); terapia de apoyo más cuidados de rutina (26 pacientes); y cuidados de rutina sin ningún otro tipo de tratamiento (28 pacientes).

Se evaluó la sintomatología positiva a través de la BPRS y se llevaron a cabo medidas antes, después del tratamiento y a los doce meses de finalizada la intervención. La fase de tratamiento duró 10 semanas en las que se realizaron alrededor de 20 sesiones. Los evaluadores eran independientes y se procuró que fueran ciegos respecto a los tratamientos aplicados. Esto se intentó utilizando las siguientes estrategias:

- Despachos separados en diferentes partes del hospital para evaluadores y terapeutas.
- Utilización de procedimientos administrativos separados.
- Instruir a los pacientes para que no revelaran a los evaluadores detalles de los cuidados recibidos.

- Los datos de entrada fueron tomados independientemente de los evaluadores, usando un sistema de codificación múltiple para los grupos de tratamiento.

A la finalización del estudio se les pidió a los evaluadores que adivinasen el grupo al que pertenecía cada paciente. Se comprobó que los aciertos no eran superiores a los que serían conseguidos al azar, lo que sugirió que estos no conocían los tratamientos aplicados a cada uno de los pacientes, pudiéndose afirmar por tanto que eran ciegos a las distintas condiciones de este estudio.

Los resultados mostraron que los pacientes del grupo de terapia cognitivo-conductual exhibían una mejoría estadísticamente significativa respecto al grupo de terapia de apoyo, observándose además un ligero empeoramiento en los pacientes del grupo de cuidados de rutina. A los doce meses de seguimiento había una diferencia significativa entre el grupo de TCC y cui-

dados de rutina para los síntomas positivos, y una tendencia hacia la significación entre ambos grupos respecto a los síntomas negativos y entre el grupo de terapia de apoyo y el de cuidados de rutina, pero sin llegar a ser significativas (ver tabla 2).

En cuanto al índice de mejoría clínica definido en el trabajo anterior (TARRIER y cols., 1993a), 18 sujetos alcanzaron una mejora del 50%, tanto en el número de síntomas psicóticos como en la severidad de los mismos, lo cual fue considerado como indicador de una mejoría clínica importante. De todos ellos, 11 (33%) pertenecían al grupo de terapia cognitivo-conductual, cuatro (15%) pertenecían al grupo de terapia de apoyo y 3 (10.7%) pertenecían al grupo que recibió cuidados de rutina. Cuando se compararon estos resultados, se observó que la diferencia entre los grupos también era significativa. Cinco pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual y dos que recibieron terapia de apoyo al finalizar el tratamiento estaban comple-

Tabla 2. Características de las intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes psicóticos en la fase residual con síntomas positivos resistentes a la medicación. Procedimientos de potenciación de las estrategias de afrontamiento (CSE).

ESTUDIOS	PACIENTES	TRATAMIENTO	GRUPOS CONTROL	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
TARRIER y colaboradores, 1993 a y b	Pacientes en régimen ambulatorio, con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico según DSM-III-R.	N = 15 CSE	Grupo control 1: - N = 12 - Entrenamiento en RP Grupo control 2: - N = 14 - Lista de espera	5 semanas Seguimiento a los seis meses	- El grupo que recibió CSE mostró una mayor reducción, significativa en el número y severidad de los síntomas psicóticos, durante el tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. - En el grupo CSE se observó una mayor reducción en delirios y ansiedad. - No se encontró diferencia entre CSE y RP en depresión, alucinaciones y síntomas negativos.
TARRIER y colaboradores, 1998, 1999	Pacientes en régimen ambulatorio, con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico, esquizoafectivo o delirante según DSM-III-R.	N = 33 CSE + RP + Terapia de apoyo + Cuidados de rutina	Grupo control 1: - N = 26 - Terapia de apoyo + cuidados de rutina Grupo control 2: - N = 28 - Cuidados de rutina	10 semanas Seguimiento a los 12 meses	- El grupo experimental mostró una reducción significativamente mayor en el número y severidad de los síntomas psicóticos durante el tratamiento respecto a los dos grupos de control. - En el seguimiento, el grupo experimental mostró mayor mejoría en síntomas positivos respecto al grupo control 2, pero no respecto al número 1.

tamente asintomáticos, resultado que no se consiguió en ningún paciente del grupo de cuidados de rutina.

Para investigar qué variables podrían estar influyendo en la mejoría clínica de estos pacientes, se aplicó a los datos obtenidos un análisis de regresión logístico. Dicho análisis mostró que había tres variables que contribuían significativamente en la mejora de los pacientes: la asignación al grupo de terapia cognitivo-conductual, la duración de la enfermedad y la severidad de los síntomas. De esta forma se comprobó que los sujetos que recibían terapia cognitivo-conductual tenían ocho veces más probabilidades de mostrar una reducción de los síntomas del 50% o más, que los sujetos que solamente recibían cuidados rutinarios.

A los 12 meses de seguimiento esta ventaja no se mantuvo para los pacientes tratados con TCC sobre los otros dos grupos. Los pacientes que a los 12 meses mantenían una mejora igual o mayor al 50% fueron cinco (21.7%) en el grupo de TCC, cuatro (19%) en el grupo de terapia de apoyo y tres (11.5%) en el grupo de cuidados de rutina. Ante estos resultados, se realizó una medida de la significación clínica menos conservadora, aplicándose el criterio de mejoría clínica a partir de una reducción de los síntomas positivos de un 20% en relación con la línea base. Con esta aproximación, se encontró una diferencia cercana a la significación ($p=0.058$) entre los pacientes del grupo de cuidados de rutina y los pacientes de los otros dos grupos tomados conjuntamente, de forma que pocos pacientes del primer grupo alcanzaron estos niveles de mejoría.

Otro resultado interesante de este estudio es que al finalizar la intervención no se produjeron recaídas en los grupos que recibieron terapia cognitivo-conductual ni en

el que recibió terapia de apoyo. Sin embargo, cuatro pacientes (14%) que recibieron cuidados de rutina tuvieron al menos una recaída, permaneciendo un total de 204 días en el hospital. A los 12 meses, se produjeron las siguientes tasas de recaídas: seis pacientes (26%) en el grupo de TCC, cuatro pacientes (19%) en el grupo de terapia de apoyo y siete (27%) pacientes en el grupo de cuidados de rutina. Estas diferencias no fueron significativas.

Desde nuestro punto de vista, este trabajo es el mejor planteado desde un punto de vista metodológico. Se ha hecho un esfuerzo muy serio por controlar todas aquellas variables que pueden afectar a la validez interna del experimento. Por ejemplo, las muestras fueron asignadas al azar a cada uno de los grupos; se homogeneizaron los grupos a partir del nivel de severidad del trastorno y además se comprobó estadísticamente que no había diferencias entre los grupos antes del tratamiento; se planteó un procedimiento aciegosimple en el que el evaluador era independiente del experimento y además desconocía el tratamiento que se estaba aplicando a cada sujeto; la muestra de pacientes era más amplia que en el ensayo anterior y no eran sujetos voluntarios, sino sujetos de un área sanitaria con un pobre pronóstico; se intentó controlar los efectos inespecíficos del tratamiento añadiendo un tercer grupo de cuidados rutinarios; y las intervenciones estaban protocolizadas en un manual de tratamiento.

Sin embargo, la medicación no estuvo controlada en este estudio. No fue posible para el equipo de investigación administrar de forma constante el tratamiento de los pacientes ya que esto dependía de los psiquiatras de los servicios en los que eran atendidos los pacientes. De todas formas,

un análisis retrospectivo de los efectos de la medicación mostró que no había diferencias sistemáticas en las dosis que pudieran explicar las diferencias en los resultados entre los diferentes grupos.

En este sentido, podríamos hacer en este trabajo la misma crítica que se hizo anteriormente al de Drury y cols. (1996a), en el que se afirmaba también que no había diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos en cuanto a las dosis recibidas, pero poníamos en duda que esas diferencias, que eran a favor del grupo que recibió TCC, no tuvieran una relevancia clínica. Sin embargo, en este experimento el grupo que recibió mayor dosis de medicación fue el grupo de terapia de apoyo (517.75 mgs. en unidades equivalentes de clorpromacina), y el que recibió menor dosis fue precisamente el de TCC (425 mgs). Por lo que refuerza la hipótesis de la eficacia de la TCC y aleja las dudas respecto a la validez interna de este ensayo.

De todas formas, un problema de este estudio y de todos los realizados hasta la fecha, sigue siendo las dificultades de generalizar estos resultados a toda la población de pacientes psicóticos que padecen síntomas delirantes. El número de pacientes que se negaron a recibir el tratamiento o que abandonaron durante el ensayo fue considerablemente alto (66 pacientes, 48%) frente a los que sí terminaron el estudio (72 pacientes, 52%). Teniendo en cuenta que en el trabajo anterior de TARRIER y colaboradores (1993a) el porcentaje de pacientes que completaron el estudio fue del 47%, podríamos concluir que los resultados de este tipo de estrategias de intervención sólo pueden ser generalizables al 50% de la muestra de pacientes psicóticos que cumplen los criterios de inclusión en estos estudios.

Procedimiento de modificación de creencias

Como hemos comentado en otro lugar (Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999), desde el trabajo pionero de Beck (1952), se han desarrollado procedimientos y técnicas destinadas a modificar las creencias delirantes en pacientes psicóticos residuales (por ejemplo, Watts, Powell y Austin, 1973; Milton, Patwa y Hafner, 1978; Hartman y Cashman, 1983; Cuevas y Perona, 1997). Con los años, estos procedimientos se han ido refinando, de forma que actualmente se encuentran protocolizadas tres variantes de las técnicas de Modificación de Creencias, las desarrolladas por Kingdon y Turkington (1994), Fowler, Garety y Kuipers (1995) y por Chadwick, Birchwood y Trower (1996). Todos ellos constituyen adaptaciones de las técnicas cognitivo-conductuales desarrolladas por Beck, que han demostrado su eficacia en multitud de trastornos psicológicos (para una amplia revisión véase Caballo, 1991).

Los únicos trabajos realizados hasta la fecha son por un lado, el de Kuipers, Garety, Fowler y sus colaboradores descrito en tres publicaciones (Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington, Freeman y Hadley, 1997; Garety, Fowler, Kuipers, Freeman, Dunn, Bebbington, Hadley y Jones, 1997; Kuipers, Fowler, Garety, Chilholm, Freeman, Dunn, Bebbington y Hadley, 1998) y por otro, el de Sensky, Turkington, Kingdon y cols. (2000).

El ensayo realizado por Kuipers y cols. (1997, 1998) y Garety y cols. (1997), partió de los siguientes objetivos:

1. Reducir la angustia e interferencia que puede producir la sintomatología psicótica.

2. Reducir los trastornos emocionales tales como depresión y ansiedad, y modificar los esquemas disfuncionales existentes.
3. Promover la participación activa del paciente en la regulación del riesgo de recaída y su discapacidad social.

En este ensayo participaron 60 pacientes que fueron seleccionados de una muestra de 152 pacientes en función de siguientes criterios:

- Padecer actualmente y en los últimos meses, al menos un síntoma psicótico que fuera angustiante y resistente a la medicación.
- Recibir medicación estable en el último año.
- No consumir drogas o alcohol y no padecer de problemas orgánicos.

Estos sujetos fueron asignados mediante la técnica de bloques permutados aleatorizados a dos grupos. Uno estuvo formado por 28 pacientes de los cuales cuatro abandonaron durante el ensayo. Este grupo recibió tratamiento cognitivo-conductual basado en el manual de Fowler, Garety y Kuipers (1995). El otro grupo era de control, formado por 32 pacientes de los cuales siete también abandonaron durante el ensayo. Este grupo solamente recibió las atenciones rutinarias en su centro de tratamiento (medicación y seguimiento en la comunidad). La fase de tratamiento duró nueve meses y el seguimiento se realizó también a los nueve meses de finalizado el tratamiento.

Los resultados mostraron que el grupo que recibió la TCC experimentó al finalizar el tratamiento una mayor mejoría que el grupo control en la sintomatología

psicótica medida a través del BPRS. Concretamente se observó un mayor cambio en las sub-escalas de *Susplicacia*, *Contenido inusual del pensamiento* y *Alucinaciones* de este instrumento.

No se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos en relación con las medidas valoradas a través del PQ (convicción, preocupación y ansiedad sobre el delirio y frecuencia, intensidad y ansiedad respecto a las alucinaciones), ni en el inventario de depresión de Beck y tampoco en el funcionamiento social (SFS de Birchwood y colaboradores, 1990), aunque en las dos primera medidas se observó una tendencia a favor del grupo de TCC.

En el seguimiento a los nueve meses de finalizado el tratamiento, se apreció que la mejora en los síntomas psicóticos se mantuvo en el grupo TCC, mientras que los pacientes del grupo control habían empeorado ligeramente en las medidas obtenidas a través del BPRS. Respecto a las medidas de autoinforme se encontraron que el grupo TCC mejoró significativamente en la ansiedad producida por las ideas delirantes y en la frecuencia de alucinaciones. En las otras medidas de autoinforme no se encontraron diferencias significativas, pero como en las medidas posttest, había una tendencia a obtener mejores resultados en el grupo TCC (ver tabla 3).

Como en el trabajo de Tarrier, los autores de este estudio se plantearon el definir criterios para valorar la significación clínica de los resultados. Definieron como *cambio clínico fiable* cualquier mejoría o empeoramiento mayor o igual a cinco puntos en el BPRS y como *cambio clínico amplio*, una mejoría o empeoramiento mayor o igual a diez punto en el BPRS. En este sentido, mientras que en el grupo de TCC el 21% y el 29% alcanzaron una *me-*

jería clínica amplia y una mejoría clínica fiable respectivamente, en el grupo de control se alcanzaron solamente el 3% y el 28% respectivamente. En total, el 50% de los sujetos a los que se le aplicó la TCC alcanzaron los criterios de mejoría clínica frente al 31% de los sujetos del grupo control.

En el seguimiento, el 65% de los pacientes del grupo de tratamiento mostraron una *mejora clínica fiable*, comparado con el 17% del grupo control. Ninguno de los pacientes de ambos grupos alcanzaron los criterios de *mejoría clínica amplia*. Esto es, al cabo de los nueve meses el grupo que recibió terapia psicológica mantuvo su mejoría clínica, mientras que el grupo control empeoró ligeramente.

Una vez más, un problema relevante de este trabajo es que la variable medicación no pudo ser controlada por los experimentadores. El examen de los datos de línea base demostraron que no había diferencias en las dosis de medicación entre ambos grupos. Sin embargo, al final del ensayo, tuvieron que ser aumentadas dichas dosis a un mayor número de pacientes del grupo control, mientras que a dos pacientes del grupo de TCC y a ninguno del grupo control les fue disminuida. Esto quiere decir que a medida que el ensayo avanzaba, un mayor número de pacientes del grupo control pasaba a tomar altas dosis de medicación y muy pocos de ellos, recibieron bajas dosis en comparación con el grupo de TCC. En el seguimiento también se produjeron más cambios de medicación en el grupo control con relación al grupo que recibió la TCC (en cinco pacientes del grupo control frente a dos pacientes del grupo de TCC).

Por último, hemos de citar el trabajo de Sensky, Turkington, Kingdon y colabora-

dores (2000), quienes realizaron un ensayo aleatorizado con doble ciego, cuyo objetivo era valorar la eficacia de la TCC (según el manual de Kingdon y Turkington, 1994) en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos con síntomas resistentes a la medicación frente a un grupo control, en el que los pacientes eran invitados a participar en actividades de ocio y tiempo libre. Los criterios de inclusión fueron: 1) tener un diagnóstico de trastorno esquizofrénico según la CIE-10 (OMS, 1992) y 2) padecer angustia causada por los síntomas positivos durante al menos 6 meses, a pesar de los adecuados intentos realizados de controlarla empleando la medicación antipsicótica estándar.

Los pacientes recibieron intervenciones individuales durante nueve meses, y fueron valorados antes y después del tratamiento, realizándose el seguimiento a los nueve meses. De los 90 pacientes que cumplían los criterios de inclusión en el ensayo, 78 (87%) finalizaron el estudio.

Los resultados mostraron una mejora significativa respecto al pretest en ambos grupos, valorados a través de la *Escala de valoración psicopatológica* de Asberg y colaboradores (1978, *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*, CPRS), pero no se encontraron diferencias significativas entre ellos. En el seguimiento, la mejora en el grupo de TCC se mantuvo, siendo esta vez, a los nueve meses de finalizada la intervención significativamente mayor que la del grupo control, en las medidas obtenidas a través de la CPRS y en la subescala de Anhedonia de la *Escala de evaluación de síntomas negativos* de Andreasen (1982, *Scale for the Assessment of Negative Symptom*, SANS). Los grupos no se diferenciaron en la cantidad de medi-

cación antipsicótica recibida durante el tratamiento y seguimiento, pero se observó una tendencia en el grupo control a recibir más medicación (ver tabla 3).

Conclusiones

Aunque hasta la fecha son pocos los estudios controlados realizados sobre la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales, el panorama que se presenta al analizar detenidamente los resultados de dichos estudios es muy complejo.

Este tipo de intervenciones se ha aplicado para reducir y aliviar los síntomas psicóticos positivos (alucinaciones y delirios) en pacientes en estado agudo o residual. En los primeros, los resultados de los dos únicos estudios realizados son contradictorios y además presentan una serie de problemas metodológicos que hace que las conclusiones a las que podamos llegar a través de ellos tengamos que tomarlas con mucha precaución.

Como hemos comentado anteriormente, Drury y cols. (1996a) concluyeron que la TCC reduce la sintomatología psicótica positiva de pacientes en estado agudo del trastorno, acelerando la velocidad de recuperación y el alta hospitalaria. Sin embargo, Haddock y cols. (1998) no fueron capaces de replicar los resultados de Drury, no consiguiendo demostrar que la TCC produjera resultados significativos respecto al grupo de control.

Si comparamos detenidamente los procedimientos utilizados en ambos ensayos, encontramos una diferencia fundamental que podría de alguna manera arrojar algo de luz a estos resultados conflictivos. Esta consiste en el grupo de control. Mientras que en el estudio de Drury se estimulaba a los pacientes de dicho grupo control a que participaran voluntariamente en actividades de ocio, en el estudio de Haddock se les sometió a otros tipos de intervenciones psicológicas como es la psicoeducación y la terapia de apoyo. Es

Tabla 3. Características de las intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes psicóticos en la fase residual con síntomas positivos resistentes a la medicación. Procedimiento de Modificación de Creencias.

ESTUDIOS	PACIENTES	TRATAMIENTO	GRUPOS CONTROL	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Kuipers, Garety y colaboradores, 1997 y 1998	Pacientes en régimen ambulatorio, con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico, esquizoafectivo y delirante según DSM-III-R.	N = 28 TCC según manual de Fowler, Garety y Kuipers, 1995.	N = 32 Cuidados de rutina	9 meses Seguimiento a los 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo que recibió TCC experimentó una mayor mejoría que el grupo control en medidas de severidad de los síntomas positivos. - No hubo diferencia significativa entre ambos grupos en medidas dimensionales de los delirios y alucinaciones, en el funcionamiento social y tampoco en el estado de ánimo. - En el seguimiento se mantuvieron estos resultados.
Sensky, Turkington, Kingdon y colaboradores, 2000	Pacientes en régimen ambulatorio, con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico, según CIE-10.	N = 45 TCC según manual de Kingdon y Turkington, 1994.	N = 45 Actividades de ocio y tiempo libre y discusión individualizada de temas neutrales.	9 Seguimiento a los 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Después del tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. - En el seguimiento se encontró que los pacientes que recibieron TCC habían disminuido significativamente los síntomas positivos y la anhedonia respecto al grupo control.

decir, en el segundo caso, el grupo control no era precisamente una condición de *no-tratamiento*, lo cual probablemente explique la falta de diferencias entre condiciones. Tal vez si se hubiera incluido en el estudio de Haddock un tercer grupo de control, en el que no se aplicase tratamiento psicológico sistemático, los resultados obtenidos hubieran sido similares a los obtenidos por Drury.

Por otro lado, tampoco son comparables los tratamientos etiquetados como cognitivo conductuales. En el trabajo de Drury, el grupo de técnicas incluidas bajo el epígrafe de TCC, eran intervenciones específicas dirigidas a combatir los síntomas psicóticos positivos en un contexto individual y también grupal, así como intervenciones psicoeducativas para los familiares, mientras que en el de Haddock eran solamente intervenciones de corte individual, pero de índole muy variadas. Esto hace que ambos ensayos no sean totalmente comparables.

En los estudios controlados realizados para comprobar la eficacia de la TCC en pacientes con síntomas psicóticos positivos residuales resistentes a la medicación, hemos encontrados dos tipos de procedimientos: uno es la CSE, es decir, entrenar a los pacientes conductas que les permitan afrontar con éxito sus ideas delirantes y sus alucinaciones, y el otro procedimiento es el denominado *modificación de creencias*, cuyo objetivo es la eliminación de las creencias subyacentes a los síntomas que explicarían la carga emocional y la angustia que producen.

Con respecto a la CSE hemos podido comprobar que este grupo de técnicas produce una mejoría en relación con los grupos sin tratamiento (lista de espera) o tratamientos de rutina (tratamiento farmacológico

y seguimiento en la comunidad). Su efectividad se ha comprobado fundamentalmente en las ideas delirantes, no estando demostrada en el caso de las alucinaciones.

No obstante, su eficacia tampoco está tan clara respecto a otras técnicas psicológicas como las de *resolución de problemas* (Tarrier y cols., 1993a) o las terapias de apoyo (Tarrier y cols., 1998). En el primero de los trabajos citados de Tarrier, aunque las diferencias entre tratamientos eran significativas en el postest, en el seguimiento desaparecieron dichas diferencias entre las técnicas de afrontamiento y resolución de problemas. Ello hizo que en el segundo ensayo realizado por estos autores, las combinaran en un solo paquete de tratamiento, consiguiendo potenciar sus efectos respecto a los grupos de control. Sin embargo, también en el seguimiento las diferencias entre los grupos de tratamientos psicológicos (CSE y RP frente a la terapia de apoyo) desaparecieron, aunque los sujetos que recibieron ambos tratamientos mejoraron en mayor medida que los del grupo control sin tratamiento.

Las técnicas de modificación de creencias del estudio de Kuipers y cols. (1997a y b, 1998), y Sensky y cols. (2000), a diferencia de los trabajos citados anteriormente, se han estudiado en relación con grupos de control en los que sólo se aplicaban los cuidados básicos y de rutina. Los resultados del primer estudio mostraron que las técnicas de modificación de las creencias mejoran en mayor medida los síntomas psicóticos positivos que los cuidados de rutina. Sin embargo, en el trabajo de Sensky y cols., no se encontraron diferencias significativas entre esos grupos en el postest en medidas de severidad de los delirios y las alucinaciones (aunque tendían a la significación). Sin embargo, se

observó en ambos trabajos que en el seguimiento a los 9 meses, las diferencias entre grupos control y experimental se acrecentaron, llegando a ser claramente significativas en cuanto a las medidas de severidad del trastorno (BPRS y CPRS). Esto es, los sujetos que recibieron la TCC mejoraron su sintomatología, consiguiendo disminuir la severidad de sus delirios y alucinaciones.

Como en los estudios descritos anteriormente, la TCC es superior a los cuidados de rutina o al no-tratamiento, sin embargo, lamentablemente, no tenemos hasta la fecha, información de si las técnicas de modificación de creencias son superiores a otros tratamientos psicológicos como la CSE, RP o la terapia de apoyo.

Hemos de destacar como una característica común a todos estos ensayos, que los efectos de la intervención sólo se apreciaron en los síntomas positivos, no observándose cambios significativos en los síntomas negativos y el funcionamiento social. Este es un dato interesante, pues nos indica que probablemente las variables que mantienen los síntomas positivos y negativos del trastorno tal vez sean distintas, así como que la mejora en la sintomatología positiva no afecta necesariamente al funcionamiento social de los sujetos. Por todo ello, en el trabajo clínico diario es necesario desarrollar y diseñar tratamientos dirigidos no solamente a eliminar los síntomas negativos y mejorar el funcionamiento social, objetivos tradicionales de la rehabilitación psicosocial, sino compatibilizar las estrategias rehabilitadoras con los enfoques dirigidos también al tratamiento de los síntomas positivos residuales. Sobre todo teniendo en cuenta que nuestra propia experiencia clínica nos muestra en algunas ocasiones, que puede existir una interacción funcional entre ambos tipos de sínto-

mas (Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1995). Si esto fuera posible, dotaría al trabajo de los psicólogos clínicos de una nueva dimensión, superando las perspectivas parcializadoras y artificiales de los actuales enfoques rehabilitadores (rehabilitación versus clínica; trabajar las discapacidad versus los síntomas), planteando un nuevo enfoque integral del tratamiento psicosocial de las personas diagnosticadas de esquizofrenia.

Por otro lado, es importante estudiar si la TCC puede incrementar la sintomatología psicótica positiva o aumentar el riesgo de recaídas. De hecho, se ha comprobado en estudios controlados, que el riesgo de exacerbación de los síntomas en pacientes esquizofrénicos en tratamiento con terapias de orientación psicodinámica es muy alto (para una exhaustiva revisión sobre el tema véanse Gomes-Schwartz, 1984; Mueser y Berenbaum, 1990). Por los datos aportados en los estudios revisados en el presente trabajo, no tenemos pruebas de que la TCC empeore el cuadro clínico de los pacientes que participaron en estos estudios. Kuipers y cols. (1997), por ejemplo, informaron que solamente el 3% de los sujetos que participaron en su estudio empeoraron con la TCC, frente al 9% de los sujetos del grupo de control. Lo que si parece más claro es que en dos de los estudios revisados (Haddock y cols., 1998 y Tarrier y cols., 1998) se aporta información de que este tipo de tratamientos no previene el número de las recaídas y reingresos de los pacientes que fueron tratados con la TCC frente a los de los grupos de control.

Un tema que no ha sido abordado con suficiente profundidad en estos estudios es la finalización del tratamiento. En algunos de ellos, esto no se ha tenido en cuenta (por

ejemplo, Tarrier y cols., 1993a; Drury y cols., 1996; Sensky y cols., 2000) y en otros se ha planificado la retirada gradual del tratamiento, aplicando lo que podemos denominar como sesiones de *recuerdo* (Kuipers y cols., 1998; Haddock y cols., 1998; Tarrier y cols., 1999). Estas consisten en sesiones con una periodicidad mensual, cuyo objetivo es revisar los progresos del paciente una vez terminado el tratamiento, repasar las estrategias de afrontamiento aprendidas durante la terapia y poner en práctica estrategias de prevención de recaídas. Es llamativo que un tema tan importante como éste y del cual pueden depender los resultados del tratamiento, no hayan sido estudiado con mayor detalle. Kuipers y cols. (1998), por ejemplo, sólo aplicaron sesiones de recuerdo a aquellos sujetos que presentaban algún problema después de terminar la terapia, y Haddock y cols. (1998) y Tarrier y cols. (1999), planificaron una sesión de recuerdo al mes durante los cuatro meses posteriores a la finalización del tratamiento. Sin embargo, esta variable no ha sido sistematizada para conocer su peso en el mantenimiento de los resultados de la intervención.

Desde nuestro punto de vista, el tratamiento de los trastornos psicóticos no debe conceptuarse necesariamente como una fase limitada en el tiempo, en el que una vez finalizado, tienen que haberse modificado en el paciente todas aquellas variables subyacentes a su trastorno de forma estable. Más bien debemos plantear la terapia como el aprendizaje de nuevas formas de relacionarse con su entorno y sus propios síntomas, con lo cual la recuperación no es *una cosa* que se consigue o no, sino un proceso continuo sujeto a cambios. Por ello, el seguimiento de la terapia debe ser considerado tan importante como la inter-

vención, y no como una mera evaluación de los resultados obtenidos. Por tanto, sería interesante investigar también el cómo llevar a cabo las sesiones de recuerdo durante el seguimiento, con qué periodicidad, qué estrategias pueden ser más útiles, etc.

De todas formas, este campo de trabajo está todavía en un nivel incipiente, y las conclusiones que podemos extraer son aún provisionales. Todavía son necesarios nuevos ensayos con diseños que superen las dificultades metodológicas que han presentado los realizados hasta la fecha. Estos problemas son los siguientes:

1. Los evaluadores no son ciegos respecto a las condiciones experimentales y control. Este problema fue evidente en los ensayos de Drury y cols. (1996a), Tarrier y cols. (1993a) y Kuipers y cols. (1997).
2. La severidad de los síntomas previos a la intervención no estaba homogeneizada en los grupos experimentales y control. En el trabajo de Tarrier y cols. (1993a) los pacientes del grupo CSE mostraban antes de la intervención mayor número de síntomas y severidad de los mismos que los pacientes del grupo control.
3. No ha sido posible en estos estudios controlar las dosis de medicación que reciben los pacientes durante el tratamiento y el seguimiento. Por ejemplo, en el estudio de Drury y cols. (1996), los pacientes del grupo experimental recibieron más medicación al final del estudio que los pacientes del grupo control, lo cual nos lleva a poner en duda la validez interna del ensayo. Sin embargo, en otros trabajos, como el de Kuipers y

- cols. (1997), los pacientes del grupo experimental tanto al final del tratamiento como en el seguimiento, recibieron menos medicación que los grupos de control. Todo ello, si bien apunta, a que la TCC pueda ser considerada más efectiva que el grupo de no-tratamiento, el problema sigue siendo el mismo, y es que no podemos deducir de forma concluyente que nuestra variable independiente sea la responsable de todos los cambios en la variable dependiente.
4. Otro problema importante con el que nos tropezamos al revisar los datos de estos estudios, es que se basan en muestras pequeñas de sujetos. Esto se agrava mucho más si analizamos el número de sujetos que abandonan el tratamiento al comienzo, durante el tratamiento o en el seguimiento. Esto por un lado restringe el poder de las pruebas estadísticas empleadas y por otro lado, no permite generalizar los resultados a toda la población de pacientes con síntomas psicóticos.
 5. Hemos de señalar también la duración de los tratamientos empleados en estos ensayos. Por lo general, la duración oscilaba entre cinco semanas (Haddock y cols., 1998) y nueve meses (Kuipers y cols., 1997; Sensky y cols., 2000). Como se puede suponer, esta variabilidad en el tiempo de aplicación de los tratamientos hace que sea difícil el comparar estos estudios entre sí. Además, teniendo en cuenta la gravedad de este tipo de trastornos y su cronicidad, tal vez la duración de los tratamientos sea insuficiente

para poder apreciar de forma clara su efectividad. Por ello, es necesario realizar estudios en los que los pacientes sean sometidos a tratamientos más largos.

6. Por último, también hay que destacar que los efectos de los tratamientos se han valorado durante períodos de tiempo muy breves, no permitiéndonos conocer si dichos efectos son duraderos o desaparecen al poco tiempo de finalizada la intervención. Por ello, sería deseable realizar estudios en los que los seguimientos se prolonguen durante varios años.

De estos trabajos surgen preguntas respecto a qué factores pueden estar explicando los resultados en aquellos casos en los que los síntomas disminuyen o desaparecen. Desde un punto de vista meramente teórico, las estrategias cognitivo-conductuales parten de la base de que los cambios se producen porque se modifican los esquemas cognitivos disfuncionales subyacentes de los pacientes. Sin embargo, nos preguntamos ¿por qué se consiguen resultados parecidos con otras estrategias no diseñadas para la modificación de las creencias básicas como por ejemplo, la terapia de apoyo, las estrategias de afrontamiento o las técnicas de resolución de problemas?

Por otro lado, teniendo en cuenta que teóricamente las medidas de convicción y preocupación con las ideas delirantes y la ansiedad provocadas por las mismas, son las variables dependientes más sensibles a los efectos de las estrategias cognitivas, ¿por qué precisamente estas medidas son las menos afectadas por los tratamientos? (véase por ejemplo el trabajo de Kuipers y cols.). Lógicamente si las intervenciones

cognitivas van dirigidas a la reducción de la convicción de las creencias, esta variable sería la más afectada, sin embargo, ¿por qué solamente se ha podido demostrar que la TCC influye principalmente en las medidas globales de severidad de los síntomas como el BPRS o el CPRS y no en medidas específicas de cambio de creencias como es la convicción?

No obstante, estos datos son contrarios a los obtenidos en los estudios que se han realizado bajo una metodología experimental de caso único (véase Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999). En estos últimos, se utilizaron como variables dependientes medidas específicas para medir los resultados del tratamiento sobre la convicción, la preocupación y la ansiedad provocada por las ideas delirantes y, en todos ellos se consiguieron la reducción de estas variables en un alto porcentaje. ¿Por qué se producen resultados distintos en función de la metodología usada?

Con el nivel de conocimientos que disponemos actualmente, estas son preguntas que difícilmente pueden ser contestadas. Consideramos que es necesario replicar estos estudios con una metodología más depurada, pero además diseñar investigaciones que nos permitan tener más información sobre los mecanismos de actuación de estas terapias y de los procesos involucrados en las mismas. Esto último probablemente sea difícil de lograr con este tipo de estrategias, pues se centra el análisis de las varianzas de los datos grupales, en detrimento del análisis de los datos obtenidos en cada caso individual, tanto en aquellos sujetos en el que el tratamiento es efectivo como en aquellos en los que no lo es. Por ello, sería deseable volver a estudios experimentales de caso único que faciliten el análisis directo de los sujetos, y en el que

se puedan obtener numerosas observaciones bajo distintas condiciones experimentales (Arias Holgado, Fernández Serra y Perona Garcelán, en prensa).

Por último, teniendo en cuenta las limitaciones de estos estudios, nos gustaría finalizar este trabajo resumiendo las conclusiones a las que podemos llegar sobre la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales sobre los síntomas psicóticos:

1. La TCC puede reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada a ellos en mayor medida que la no-aplicación de tratamiento alguno. Sin embargo, no se ha demostrado que sus efectos sean superiores a la de otras estrategias psicológicas.
2. La información de que disponemos sugiere que la TCC es más efectiva sobre los síntomas psicóticos positivos residuales resistentes a la medicación, no estando aún nada claro que puedan ser útiles en los pacientes con sintomatología aguda.
3. La TCC no produce un empeoramiento de los síntomas psicóticos positivos, pero tampoco reduce el riesgo de recaídas en estos pacientes.
4. La TCC tiene un efecto débil sobre los síntomas negativos y el funcionamiento social.
5. Parecer ser que la TCC es más efectiva con las ideas delirantes que con las alucinaciones auditivas.
6. No hay pruebas hasta la fecha, de que el efecto de la TCC sea debido a su influencia específica sobre las creencias disfuncionales de los pacientes.
7. Por último, no hay evidencias sobre qué estrategia cognitivo-conductual

(CSE, RP o modificación de creencias) puede ser más efectiva con los síntomas psicóticos.

Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (tercera edición revisada)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición)*. Washington, DC.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1325-21.
- Andreasen, N.C. (1984). *The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa.
- Arias Holgado, M.F.; Fernández Serra, F y Perona-Garcelán, S. (en prensa). Investigación básica y aplicada en psicología: El Análisis Experimental de la Conducta y el Análisis Conductual Aplicado como expresión paradigmática de una tradición histórico-metodológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The social functioning scale. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1996). Cognitive Therapy for voices. En G. Haddock y P.D. Slade: *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Londres: Routledge.
- Chadwick, P. y Lowe, C.P. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 225-232.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas, C. y Perona, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes en un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 275-291.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y McMillan, F. (1996a). Cognitive Therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- Drury, V., Birchwood, M. y Cochrane, R. (pendiente de publicación). Cognitive Therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial IV. Differential predictors of response to treatment.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Fowler, D. y Morley, S. (1989). The cognitive behavioural treatment of hallucinations and delusions: a preliminary study. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 267-282.
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psy-*

- chosis. *Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., Hadley, C. y Jones, S. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- Gomes-Schwartz, B. (1984). Individual psychotherapy of schizophrenia. En A. Bellack (Ed.): *Schizophrenia: treatment, management and rehabilitation*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrrier, N., y Faragher, E.B. (1998). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) *Psychological Medicine*.
- Haddock, G., Tarrrier, N., Morrison, A., Hopkins, R., Drake, R. y Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (en prensa).
- Haddock, G., Tarrrier, N., Spaulding, W.; Yusupoff, L., Kinney, C. y McCarthy, E. (1998). Individual Cognitive-Behaviour Therapy in the Treatment of Hallucinations and Delusions: A Review. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 821-838.
- Hartman, L.M. y Cashman, F.E. (1983). Cognitive-behavioural and psychopharmacology treatment of delusional symptoms: A preliminary report. *Behavior Psychotherapy*, 11, 50-61.
- Johnson, D.A.W. (1996). Peer review of "Cognitive Therapy and recovery from acute psychosis". *British Journal of Psychiatry*, 169, 608-609.
- Johnson, W.G., Ross, J.M. y Mastria, M.A. (1977). Delusional Behavior: An attributional analysis of development and modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 421-426.
- Kingdon, D.G. (1998). Cognitive behavioural therapy of psychosis: complexities in engagement and therapy. En N. Tarrrier, A. Wells y G. Haddock (Eds) *Treating complex cases. The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester: Wiley.
- Kingdon, D.G. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chilholm, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. y Hadley, C. (1998). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. y Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Krawiecka, M., Goldberg, D. y Vaughan, M. (1977). A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 299-308.
- Lindsley, O.R. (1959). Reduction in rate of vocal psychotic symptoms by differential positive reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 2, 269.

- Mueser, K.T. y Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? *Psychological Medicine*, 20, 253-262.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir, J.M. y cols. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- McGlashan, T. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, (suplemento 384:5), 147-152.
- Milton, F., Patwa, K. y Hafner, R.J. (1978). Confrontation vs. Belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.
- OMS (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Overall, J.E. y Gorham, T. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reprints*, 10, 799-812.
- Perona, S. y Cuevas, C. (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos. Una revisión. *Psicologemas*, 10(20), 225-256.
- Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*, 9(1), 33-45.
- Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1999). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: I. Revisión de los diseños experimentales de caso único aplicados al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología*, 17(1-2), 31-48.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M. y Barnes, T.R.E. (2000). A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57 (2), 165-172.
- Shapiro, M.B. (1961). A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 151-155.
- Shepherd, M.; Watt, D.; Falloon, L. y cols. (1989). The natural history of schizophrenia: a five year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine* (suplemento monográfico número 15).
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. En M. Birchwood y N. Tarrier: *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Tarrier, N. (1995). Tratamiento y modificación de los síntomas psicóticos positivos residuales. En M. Birchwood y N. Tarrier: *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., Ugarteburu, I. (1993a). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.

- Tarrier, N., Sharpe, I., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. (1993b). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: II. Treatment specific changes in coping and problem solving skill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5-10.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. y Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J. y Humphreys, L. (1999). The durability of the effects of cognitive-behaviour therapy in the treatment of chronic schizophrenia: Twelve months follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 174, 500-504.
- Yusupoff, L. y Tarrier, T. (1996). Coping Strategy Enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock y P.D. Slade: *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Londres: Routledge.
- Watts, F.N., Powell, G.E. y Austin, S.V. (1973). Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.