



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado – Monografía

**Terapia Cognitivo Conductual para los síntomas positivos en Psicosis**

Estudiante: Noelia Pose

Docente tutora: Andrea Gonella

Docente revisor: Vicente Chirullo

Abril 2024 - Montevideo, Uruguay.

## Índice

<b>1 Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Conceptualización en Psicosis .....</b>	<b>6</b>
3.1 Criterio Diagnóstico.....	7
3.2 Etiología.....	8
<b>4 Terapia Cognitivo Conductual (TCC) .....</b>	<b>10</b>
<b>5 Terapia Cognitivo Conductual en Psicosis (TCCP) .....</b>	<b>13</b>
5.1 Objetivos y características de la TCCP .....	17
5.2 Modelos en TCCP .....	20
5.3 Terapias en TCCP .....	22
5.4 Intervenciones de la TCCP .....	24
5.5 Revisión bibliográfica sobre su eficacia .....	26
<b>6 Aplicabilidad de la TCCP en Uruguay .....</b>	<b>29</b>
<b>Reflexiones finales .....</b>	<b>34</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>37</b>

## 1 Resumen

A lo largo de la historia existe un amplio registro en la búsqueda de posibles tratamientos psicológicos para lograr la eficacia orientada a mejorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico de psicosis. La terapia cognitivo conductual (TCC) ha logrado demostrar ser efectiva para diversos trastornos, incluida la psicosis. Para el abordaje terapéutico de psicosis resulta fundamental la utilización de prácticas psicológicas basadas en la evidencia que puedan permitir mejorar todos los aspectos de la vida de los sujetos. El presente Trabajo Final de Grado, se propone revisar cómo trabaja la Terapia Cognitivo Conductual para los síntomas positivos en Psicosis (TCCP). La terapia se enfoca en la atención de las personas con psicosis, una patología que afecta significativamente la calidad de vida de los sujetos. La intervención, además de enfocarse en los síntomas, también está dirigida a favorecer el proceso hacia la recuperación global del sujeto. La terapia cognitivo conductual en psicosis (TCCP) a nivel general ha demostrado efectos positivos. Son diversas las investigaciones que han respaldado su eficacia en sujetos con psicosis, la cual supone un enfoque prometedor para el tratamiento, permitiendo mayor eficacia en los resultados. Al comienzo del trabajo se presentará una conceptualización en psicosis, una introducción a la terapia cognitivo conductual (TCC) y, por consiguiente, el desarrollo de la terapia cognitivo conductual en psicosis (TCCP).

Palabras claves: Psicosis, Síntomas Positivos, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Cognitiva para Psicosis.

## 2 Introducción

La psicosis es un conjunto de trastornos psiquiátricos en los cuales se ven afectados de manera significativa el comportamiento de los sujetos, la percepción, el estado de ánimo y los pensamientos (García et al., 2016). Pero también nos referiremos al término de Esquizofrenia, el cual, según García et al., (2016), es uno de los diagnósticos más comunes dentro de los trastornos psicóticos que existen. La esquizofrenia es una enfermedad crónica que logra causar un deterioro en el funcionamiento global del individuo que la padece (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007), dado que los síntomas impactan en el sujeto produciendo angustia, pérdida de productividad y una disminución de calidad de vida que afectan al sujeto y a su familia (Florit- Robles, 2006). El deterioro es ocasionado por las limitaciones que surgen en la vida de los sujetos, las cuales suelen afectar todas las áreas, tanto lo laboral, social como en lo personal (García et al., 2016).

Tradicionalmente, se han tratado los trastornos psicóticos de forma primordial desde los tratamientos farmacológicos (Gutiérrez López et al., 2012). En los últimos años, esta visión ha ido cambiando, y cada vez se enfoca más a un tratamiento multidisciplinar que implique un abordaje integral del sujeto que combine un tratamiento farmacológico y psicológico (Fernández & Abril, 2021). En este sentido, el modelo de tratamiento no es único, los sujetos no se ven afectados del mismo modo (Abeleira Padín, 2012), sino que el tratamiento debe adecuarse a cada persona, a su entorno familiar y su contexto, diseñando intervenciones terapéuticas en función de las necesidades de cada individuo (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002). Se convierte de suma importancia incluir terapias psicosociales que complementen el tratamiento farmacológico, teniendo como objetivo aliviar los síntomas, mejorar la adherencia al tratamiento, el funcionamiento social y, por ende, la calidad de vida, así como promover en el sujeto una vida independiente (Lemos Giráldez et al., 2010).

Según Vallina Fernández & Lemos Giráldez (2001), existen diversos tratamientos psicológicos que demostraron ser eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia junto a un tratamiento farmacológico adecuado correspondiente a cada sujeto. Estos autores describen como tratamientos psicológicos eficaces en primer lugar a las intervenciones familiares psicoeducativas, el entrenamiento de habilidades sociales, los tratamientos cognitivos conductuales y los paquetes integrados multimodales.

A través del presente trabajo monográfico, en el marco del Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, se propone una aproximación teórica al abordaje de los síntomas positivos en psicosis desde la terapia cognitiva conductual. Se tomarán los principales aportes de la TCC para psicosis, tomando según la bibliografía consultada autores como Fowler (1996), Perona-Garcelán & Cuevas-Yust (1995,1997,2002), Vallina Fernández & Lemos Giráldez (2001), entre otros, que aportaron al desarrollo y la investigación de la presente temática.

En este sentido, nos referimos a los síntomas positivos a los que reflejan un exceso o distorsión de las funciones psicológicas (Molina et al., 1999) en las que pueden estar reflejadas las cogniciones, las experiencias sensoriales y las conductas (Mueser, 1998). Para el tratamiento, específicamente, los antipsicóticos contribuyeron al tratamiento y el control de los síntomas positivos, pero existe evidencia de que en una gran parte de los sujetos no son completamente efectivos. Se estima que entre un 30 y 50% de los sujetos, aun recibiendo un adecuado tratamiento farmacológico, siguen persistiendo los síntomas positivos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001) además de tener en cuenta efectos secundarios y que algunos pacientes se resisten a tomar medicación a largo plazo (Perona Garcelán, 2002). La presencia de estos síntomas a lo largo del tiempo generan una perturbación que afecta la vida de los sujetos (Arévalo Ferrera, 2004).

En este contexto, los tratamientos de la TCC disponen a ser una herramienta más para la intervención en psicosis. Su objetivo en este aspecto es desarrollar estrategias para el manejo de los síntomas positivos, desde la comprensión y construcción de la experiencia psicótica (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007), además de promover la adaptación del paciente en la sociedad y mejorar su funcionamiento global (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007), transformándose en una de las posibles modalidades terapéuticas, dentro de un conjunto de métodos de tratamiento (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002).

### 3 Conceptualización en Psicosis

Según Barreira (2019), el término psicosis fue utilizado por primera vez en 1845 por Ernst Freiherr Von Feuchtersleben (1806-1849), decano de la facultad de medicina en Viena, para designar los signos de las patologías mentales. Feuchtersleben, percibiendo que no todo daño que ocurría en el sistema nervioso se traducía en enfermedad mental, planteó que toda psicosis era una neurosis, ya que sin los nervios como intermediarios no se podría exhibir ningún cambio psicológico, pero no toda neurosis era una psicosis. Así surge la introducción del concepto de psicosis al intentar separar los trastornos neurológicos de los trastornos psiquiátricos (Torres Ruíz, 2003).

Kraepelin en 1899 realizó una nosografía de las enfermedades mentales. Se fundamentó en una amplia observación de pacientes recogiendo tres manifestaciones diferentes de enfermedad mental, en la cual brevemente se destaca a la Hebefrenia, definida como la conducta desorientada, desorganizada e incongruente, la Catatonía como la falta de movimiento y estupor corporal y, por último, la Paranoia, puntualmente los delirios de persecución y grandeza, integrándose en una sola categoría de enfermedad a la cual llamó Demencia Precoz (Beck et al., 2010).

El carácter crónico de la enfermedad combinado con un curso degenerativo (Beck et al., 2010) llevó a Kraepelin a utilizar criterios de agrupabilidad para diferenciar las distintas patologías, es así como la demencia precoz formó parte de un grupo diferenciado de los estados de ánimo como lo son por ejemplo la Manía y la Melancolía (Barreira, 2019). Aunque esta terminología se fue modificando con el tiempo, la presencia de la categoría propuesta por Kraepelin fue parte de los posteriores manuales de clasificación de los trastornos mentales. Para Kraepelin, la demencia precoz se caracteriza por la presencia de un debilitamiento afectivo, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria, apatía, desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad, entre otros síntomas, es acompañada de ideas delirantes, alucinaciones y catatonía (Beck et al., 2010).

El término Esquizofrenia fue creado en el año 1911 por Eugen Bleuler, el cual presentó a la esquizofrenia como una familia de trastornos mentales (Beck et al., 2010).

A partir de esta terminología, el tratado de psiquiatría de Ey et al., (1978) define a la Esquizofrenia como:

(...) psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la

persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en su pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario (p. 473).

Según Barreira (2019), existe un vínculo entre los términos psicosis y esquizofrenia, se han planteado a lo largo de la historia como una relación de género a especie, es decir, que la esquizofrenia se presenta como un cuadro psiquiátrico específico dentro del campo genérico de las psicosis (p.7). Por este motivo, durante años diversas investigaciones se han encargado del estudio de las psicosis y las enfermedades mentales. La psicosis en la actualidad es un término utilizado en forma genérica, que abarca una variedad de trastornos con diversos orígenes, pero que en su sintomatología por lo general presentan ideas delirantes y alucinaciones (Ortuño & Gutiérrez-Rojas, 2011).

### **3.1 Criterio Diagnóstico**

Desde un enfoque categórico surgen sistemas de clasificaciones tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), los mismos comparten sistemas de clasificación que son elaborados a partir de datos empíricos desde una metodología descriptiva.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014), en su quinta y última edición, realiza modificaciones significativas en el diagnóstico en referencia a los anteriores manuales y la esquizofrenia pasa a encontrarse dentro de la categoría “El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Cabe destacar que la psicosis no es exclusiva de la esquizofrenia, como lo mencionamos anteriormente, la misma en el presente manual descrito aparece en una serie de categorías diagnósticas del trastorno psicótico (Rus Calafell & Lemos Giráldez, 2014).

En esta versión, los trastornos incluidos dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por anomalías en uno o más de los dominios sintomáticos más relevantes, incluyendo distorsión de la realidad, como pueden ser las alucinaciones y los delirios, la desorganización, los síntomas negativos, el deterioro cognitivo, el comportamiento psicomotor anormal y aspectos del humor (Rus Calafell & Lemos Giráldez, 2014). Para un diagnóstico de esquizofrenia, los signos del trastorno deben persistir durante al menos seis meses, dentro de los cuales se incluye un mes de síntomas de la fase activa, como pueden ser los delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado, y los síntomas negativos (DSM-V, 2014). Según el DSM-V (2014), es necesaria la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro en el funcionamiento en el área social y laboral, contemplando la

significativa variación en las características y presentación del cuadro, los cuales cambiarán según las particularidades de cada sujeto.

La Organización Mundial de la Salud (2018), en su Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE-11), caracteriza a la esquizofrenia por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas, afectación a nivel cognitivo, pérdida en la motivación, entre otras. Los criterios del CIE-11 requieren que los síntomas estén presentes durante un mes, síntomas psicóticos evidentes sin contar el deterioro del periodo no específico o de síntomas atenuados que pueden proceder a un episodio agudo. Es esencial para el diagnóstico la evidencia de un funcionamiento deteriorado y alterado, además de síntomas psicóticos persistentes (CIE-11).

### **3.2 Etiología**

En este aspecto, nos referiremos al término de esquizofrenia, en el cual existen varias teorías e hipótesis para explicar el origen. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), las investigaciones realizadas no han distinguido una causa única. En este sentido, podemos referirnos a que es considerada multicausal, puede deberse a la interacción entre factores genéticos, psicológicos y factores ambientales (Cuevas-Yust, 2006).

Los principales avances en las estrategias de tratamiento se han desarrollado y refinado basándose en el modelo de Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977). Este modelo sugiere que la esquizofrenia es el resultado de un conjunto de factores de predisposición biológica, de determinados procesos psicológicos y la influencia de estresores ambientales que pueden favorecer la manifestación de un episodio psicótico (Arévalo Ferrera, 2004).

Según Lemos Giráldez et al., (2010), la causa podría resultar de ciertas características adquiridas en el periodo de desarrollo temprano o de forma innata, pero que sometiendo al sujeto a circunstancias como posibles estresores pueden resultar del surgimiento de la patología (p. 301). En este sentido, el modelo concibe los síntomas psicóticos como el resultado de la combinación de la vulnerabilidad personal y los estresores ambientales, los cuales se derivan de situaciones o acontecimientos que pueden exacerbar la sintomatología (Lemos Giráldez et al., 2010).

En este contexto, para comprender y explicar las características de cada patología a nivel individual, es importante que la evaluación, la planificación y el diseño de la

intervención tenga en cuenta todos los diferentes factores implicados con la posibilidad de realizar acciones para formular el tratamiento adecuado para cada sujeto (Arévalo Ferrera, 2004). Este modelo ha favorecido el surgimiento de una variedad de modalidades de intervención orientadas a administrarse conjuntamente (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002). Un conjunto de métodos que incluyen tratamientos biológicos e intervenciones psicosociales, las cuales constituyen el centro del trabajo en rehabilitación psicosocial con el fin de que aumenten los beneficios y a su vez puedan adecuarse a las necesidades de cada sujeto (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002).

La TCC en este aspecto aborda la gravedad, el curso y el pronóstico de la esquizofrenia como el producto de la interacción de diversos factores, la vulnerabilidad, el estrés y las habilidades de afrontamiento (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007). En este sentido, la práctica de la TCC dentro del modelo de vulnerabilidad y estrés implica tener en cuenta todos los factores implicados de estrés, ya sea social, psicológico o biológico, que pueden incrementar la vulnerabilidad del sujeto, así como sus reacciones a nivel cognitivo y conductual (Cuevas- Yust, 2016). En lo que refiere a las propias experiencias psicóticas, las mismas suelen producir perturbaciones emocionales que pueden ser ansiedad o depresión. Además, son frecuentes las evaluaciones negativas a sí mismos, creencias negativas hacia el mundo y las demás personas. Todos estos factores, además de provocar sufrimiento, también mantienen la hipótesis de que son parte del desarrollo y mantenimiento de los propios síntomas psicóticos (Cuevas- Yust, 2016).

En síntesis, en relación con el surgimiento y el mantenimiento de los síntomas, la práctica de la TCC en psicosis se vuelve un aporte beneficioso, permitiendo al sujeto desarrollar estrategias para los síntomas desde la comprensión y la construcción de un sentido propio de la experiencia psicótica, incidiendo así en los factores de estrés y el sufrimiento emocional, para lograr una mejor calidad de vida y una adecuada adaptación al entorno social (Molina et al., 1999).

#### 4 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Los inicios de la TCC surgen a raíz de los aportes de la Terapia de la Conducta, la cual tiene como idea central el hecho de que toda conducta es aprendida y según los principios de aprendizaje puede ser modificada (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012). La terapia de la conducta desde su surgimiento se ha caracterizado por un estudio del comportamiento humano de forma directa y objetivamente observable (Mañas, 2012).

Bajo la premisa de que el pensamiento genera una modificación en la conducta y en el estado de ánimo de los sujetos, surgen diversas terapias cognitivas conductuales utilizando para su tratamiento diferentes enfoques de abordajes (Keegan y Holas, 2010).

Beck et al., (2010) definen a la terapia cognitiva como:

(...) un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (p. 13)

Según Mañas (2012), la terapia de la conducta proviene de tres generaciones u olas en diferentes periodos históricos.

l) Primera generación:

La primera generación, formada por la terapia comportamental, surge a principios del siglo XX en oposición al modelo tradicional psicoanalítico (Mañas, 2012). Eysenck (1952) afirmaba que el psicoanálisis no era más efectivo que la ausencia de tratamiento, este autor atribuía la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica sólo por su larga duración. Este primer movimiento, a diferencia del psicoanálisis, empleaba técnicas y procedimientos basados en evidencia intentando demostrar su eficacia en función de los resultados obtenidos (Pérez Álvarez, 2014).

En esta primera generación se destacan dos grandes teorías de aprendizajes relevantes (Mañas, 2012): el Condicionamiento Clásico y el Condicionamiento Operante. El Condicionamiento Clásico surge a partir de los experimentos realizados por el filósofo ruso Iván Petrovich Pavlov. Sus hallazgos demostraron la existencia de un proceso de aprendizaje basado en la asociación entre estímulos y respuestas. El Condicionamiento Operante, desarrollado por Burrhus Frederic Skinner, se refería a las conductas voluntarias que son emitidas con la finalidad de generar un cambio en el ambiente o en el organismo.

Sus hallazgos indicaron que las conductas que obtenían consecuencias positivas tenían más probabilidades de ser repetidas; por el contrario, las conductas que conllevan consecuencias negativas eran menos probables de ser repetidas (Mañas, 2012).

En esta primera generación, a pesar de los avances en las investigaciones, las intervenciones no fueron eficaces en el tratamiento de determinados problemas psicológicos, ya que se reducía a la mente a una metáfora de una “caja negra” lo cual podría significar que al no poder observarse no era posible tomarla en cuenta para analizar la conducta. Estas dificultades a las que se enfrentaron se debían a la falta de análisis empíricos con respeto al lenguaje y a la cognición humana (Mañas, 2012).

## II) Segunda generación:

La segunda generación surge en la década de los 60 (Pérez Álvarez, 2014), en la cual se comenzó a considerar el pensamiento y la cognición humana como motivo principal de la conducta (Mañas, 2012). Aunque en esta etapa se mantienen las técnicas del Condicionamiento Clásico y el Condicionamiento Operante (Mañas, 2012), el interés se vincula a los eventos cognitivos, siendo los mismos considerados causas directas del comportamiento, transformando el pensamiento como principal objetivo de la intervención. Todos los objetivos y técnicas aplicadas se centraron principalmente en la modificación, reducción, la eliminación y la alteración de los pensamientos o cogniciones en conjunto con emociones, recuerdos y creencias (Mañas, 2012).

Esta generación surge con el desarrollo de la Terapia Cognitiva a partir de los aportes del psiquiatra norteamericano Aaron Beck (Beck, 1963, 1967, 1979). Sus trabajos bajo el modelo cognitivo se enfocaron en buscar respuestas sobre los mecanismos específicos que dan lugar a los síntomas depresivos. Surge en 1967, a partir de sus investigaciones, la Terapia Cognitiva de la Depresión (Keegan, 2010), la cual considera que los trastornos mentales pueden ser generados y mantenidos por las cogniciones que refieren a los pensamientos y a las representaciones mentales que las personas les adjudican a los mismos.

Las técnicas cognitivas conductuales tratan de modificar las conceptualizaciones distorsionadas, considerar las pruebas de realidad y las creencias disfuncionales que subyacen a las cogniciones; las mismas pueden producir una mejoría en el estado de ánimo y en el comportamiento de forma permanente. El énfasis de la terapia cognitiva está puesto en la investigación empírica de los pensamientos y se implementa a través de la colaboración terapéutica (Beck, 2000).

Para Beck (2000) existen ciertos principios que subyacen a la aplicación de la terapia cognitiva. La terapia debe fundamentarse en términos cognitivos en una formulación dinámica del paciente y sus problemas; la misma debe estar orientada hacia objetivos concretos centrados en problemas determinados. La terapia debe estar enfocada en ayudar al paciente utilizando una variedad de técnicas para identificar y evaluar sus pensamientos, sus comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia. Para ello, la terapia debe ser educativa, pretende enseñarle al sujeto herramientas para poder aprender a trabajar sobre sus pensamientos y comportamiento con énfasis en la prevención de recaídas. Es importante una sólida alianza terapéutica, la cual se enfoca en una participación activa por parte del sujeto, enfatizando la colaboración. Para finalizar, destaca que las sesiones inicialmente se enfocan en el presente, son estructuradas y limitadas en el tiempo (p. 21-27).

Otro pionero de la Psicoterapia Cognitiva es Albert Ellis quien desarrolló la Terapia Racional (TR) (Ellis, 1958) con el fin de trabajar con los sujetos para reconocer y disputar las distorsiones en el pensamiento a través de técnicas cognitivas. Con los años incluyó técnicas emocionales y la denominó Terapia Racional Emotiva (TRE) (Ellis, 1962) y más recientemente Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) al incluir en sus intervenciones terapéuticas técnicas conductuales. Otro aporte fundamental que realizó es el modelo A-B-C para explicar la perturbación emocional. El autor considera que las consecuencias emocionales (C) surgen de las creencias (B) que se tienen sobre determinado acontecimiento (A). Por lo que, al disputar las creencias (B) sobre el acontecimiento (A), es posible modificar las consecuencias emocionales y conductuales (C).

Debido a que el campo se fue ampliando a diferentes áreas de tratamiento y que se probó su eficacia para diversos trastornos psicológicos, surgió una evolución hacia la tercera generación de terapias (Pérez Álvarez, 2014).

### III) Tercera generación:

La tercera generación proviene de la tradición de la terapia del comportamiento, pero se diferencia en que abandona el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de la primera generación, toma asunciones más contextualizadas, utiliza estrategias para implementar cambios de forma experimental para que los sujetos puedan ampliar la forma de modificar o tratar el objetivo (Mañas, 2012). El objetivo en esta generación es orientar al sujeto hacia un cambio comportamental, con el propósito de transformar su relación con el sufrimiento y normalizar sus experiencias negativas (Keegan y Holas, 2010).

Surgen nuevas terapias que comienzan a interesarse por cuestiones que anteriormente no fueron investigadas, específicamente ponen su énfasis en los procesos relacionados con la aceptación psicológica, los valores del paciente y terapeuta, el proceder dialéctico en la terapia, el autoconocimiento, la espiritualidad y la trascendencia (Mañas, 2007). El objetivo de estas terapias es reorientar al paciente hacia un cambio comportamental positivo, y que se pueda comprometer con la vida de acuerdo a sus valores (Keegan y Holas, 2010).

En la actualidad, según Garay (2016b), dentro de la TCC se incluyen diversos tratamientos con diferentes estrategias. Se plantea como característica principal la incorporación gradual de avances en el estudio y tratamiento de diversas patologías, así como también se considera la reformulación de algunos aspectos de los abordajes, pero conservando la importancia asignada a los factores cognitivos conductuales en su inicio y mantenimiento (Garay, 2016b).

Según Garay (2016b), la terapia cognitiva moderna desarrolló estrategias que favorecieron el diseño de intervenciones específicas que permiten adaptarse a las necesidades de los sujetos dirigidas a la modificación de problemas. En este sentido, la TCC comenzó a considerar los síntomas psicóticos al igual que cualquier otra manifestación de comportamiento humano, el cual podía ser lo suficientemente susceptible a una evaluación conductual y a un análisis funcional (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 1997).

Es a partir de la existencia de los nuevos aportes hacia la consideración de la concepción de la psicosis que pudieron diseñarse intervenciones específicas dentro de la TCC a las necesidades de cada paciente (Perona-Garcelán & Cuevas-Yust, 2002), es así como las diferentes técnicas cognitivo conductuales, tradicionalmente aplicadas a otros trastornos psicológicos, se adaptaron para utilizarlas en el tratamiento de la psicosis (p. 335).

## **5 Terapia Cognitivo Conductual en Psicosis (TCCP)**

Los primeros intentos de trabajar con los síntomas positivos se remontan a los comienzos de la utilización de los antipsicóticos de primera generación entre los años 1950 y 1960. Con ello surgió la expectativa de poder controlar las alucinaciones y los delirios, de esta forma lograr reducir la gravedad de los episodios psicóticos, disminuyendo la frecuencia de los mismos, mejorando su funcionamiento y aumentar la calidad de vida de los sujetos (Lemos Giráldez et al., 2010).

Liberman (1993), docente en Psiquiatría y director de un programa de rehabilitación psicosocial en la Universidad de California, planteó que la terapia de la conducta desde sus comienzos se abordó en este sentido referido al término esquizofrenia desde una perspectiva rehabilitadora. En cambio, el enfoque posterior fue distinto y le permitió al sujeto, por medio del aprendizaje de técnicas y estrategias, herramientas para afrontar los síntomas positivos (Sevilla & Pastor, 2006). En este sentido, el enfoque ya no se dirigió directamente a los síntomas, sino que se enfocó en trabajar en los cambios comportamentales centrados en el sujeto y en las situaciones (García Cabeza, 2008).

Según Beck et al., (2010), los precursores en lograr extender el modelo cognitivo a la esquizofrenia fueron diversos investigadores en el Reino Unido en la década de 1980 y 1990. Para su extensión, debieron adaptar los conocimientos que ya se habían adquirido anteriormente en otros tratamientos, además de recurrir a la evidencia que apoyaba al modelo cognitivo basado en que las creencias de los sujetos podían proceder de las reacciones emocionales y de las conductas. Los investigadores lograron obtener protocolos de tratamientos psicosociales centrados en los delirios, las alucinaciones y la adherencia al tratamiento farmacológico (Beck et al., 2010).

Según Cirici Amell (2003), más tarde Beck logró formular una adaptación de la terapia cognitiva que se utilizaba para la depresión y la ansiedad para adaptarla al tratamiento de la psicosis. La terapia fue desarrollada en diversas formas, enfocada en los diferentes síntomas y con énfasis en técnicas específicas (Garay, 2016b). El reconocimiento de la terapia permitió el desarrollo de un programa específico para el tratamiento de la psicosis. Según los diversos autores, la diferencia se encontraba en adaptar las intervenciones a las características y limitaciones de los pacientes a los cuales está dirigida la terapia (Vaernet, 2022).

El primer caso clínico utilizando las técnicas cognitivas en psicosis fue publicado por Aaron Beck en 1952; abordó el caso de un sujeto con delirio resistente al tratamiento farmacológico. El abordaje terapéutico residió en este caso en treinta sesiones (Vaernet, 2022). Cabe destacar que el proceso de terapia en psicosis puede llegar a contar con más sesiones que en otro tipo de intervención, pero más cortas en tiempo de lo habitual (Perona-Garcelán & Cuevas-Yust, 2002). Según Chadwick et al., (1996), es importante no apresurarse, los síntomas pueden ser complejos y requieren mayor tiempo para trabajar en su comprensión y en su correcta evaluación. Beck aplicó en sus intervenciones técnicas que consideraba efectivas en otras patologías, por ejemplo, trabajó con las ideas delirantes del paciente tomándolas como pensamientos automáticos, los mismos se definen como pensamientos que se manifiestan de forma espontánea. Los sujetos no son conscientes de

ellos, pero sí se ven afectados por las emociones que emergen (Beck et al., 2010). El resultado de la aplicación fue favorable, el paciente generó herramientas para cuestionar y razonar sobre sus creencias erróneas (Vaernet, 2022).

Posteriormente, Beck et al., 1979 realizaron un estudio con ocho sujetos diagnosticados con esquizofrenia, en el cual se buscaba responder si era posible discernir si los delirios de los pacientes desaparecen solo bajo la medicación o si los sujetos posiblemente desempeñan un rol activo en evaluar la validez de las creencias (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007). En este estudio se postuló que existía una interacción recíproca entre los delirios y los acontecimientos externos (Cirici Amell, 2003). Para estos investigadores, los delirios podían ser modificados si se tomaban como una hipótesis cuestionable sobre el significado de ciertos acontecimientos en lugar de verdades absolutas. Este estudio determinó que las creencias delirantes tenían un funcionamiento parecido a otras creencias y convicciones, podían ser modificadas por eventos externos y por intervenciones cognitivas, diferenciándose de otras creencias no delirantes en cuanto a la dificultad de ser modificadas (Cirici Amell, 2003).

Según Perona-Garcelán & Cuevas-Yust (2002), existía una serie de creencias provenientes del propio entorno conductual que desaconsejan el empleo de las técnicas conductuales y cognitivas en el tratamiento de los trastornos psicóticos. Por ese motivo, Beck no continuó hasta años más tarde en esta línea de trabajo. Fue muy escasa la literatura sobre la TCCP hasta entonces, provocando el abandono por un largo tiempo de las investigaciones referidas a esta temática. Esta serie de creencias estaban vinculadas a varios aspectos. En primer lugar, se planteaba que la base biológica de la enfermedad no la hacía accesible a la terapia de conducta, las especulaciones de que los síntomas psicóticos estaban adecuadamente tratados con medicación y la visión de que se trataba de un trastorno demasiado severo, no accesible a las terapias psicológicas (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Algunos de estos planteos también se referían al fracaso de otras terapias tradicionales en el tratamiento de la psicosis, la dificultad del contenido de las ideas delirantes, a la creencia de que este diagnóstico era una etiqueta genérica con síntomas considerados elementos constitutivos a la patología sin favorecer el desarrollo a posibles estudios (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Vallina Fernández & Lemos Giráldez (2001), afirmaron que en la década de 1990 se evidenció el retorno de los estudios y las investigaciones de la TCCP. Algunos de los aspectos que favorecieron al resurgimiento de la terapia fueron el crecimiento de la TCC en otras patologías como la depresión y la ansiedad, en segundo lugar, la comprobación de que los sujetos desarrollan sus propias estrategias de afrontamiento desde una utilización

espontánea de recursos cognitivos y conductuales para contrarrestar la angustia causada por los síntomas psicóticos. Por último, cabe destacar la constatación de que, a pesar del uso de los psicofármacos, un elevado porcentaje de sujetos continúan presentando dificultades derivadas de los síntomas clínicos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Según Fowler (1996), las intervenciones psicosociales en ese entonces demostraron no poder resolver la problemática relacionada con la sintomatología positiva psicótica, evidenciaron no considerar las experiencias subjetivas de la psicosis, las cuales estaban estrechamente relacionadas con la depresión, la ansiedad, la desesperanza y el riesgo de suicidio. En cambio, la terapia cognitiva con su enfoque en los síntomas psicóticos lograba a su vez disminuir el sufrimiento, en consecuencia así también reducir la ansiedad, depresión y el riesgo de recaídas (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Algunos autores plantean ciertas consideraciones básicas para poder abordar la TCC aplicada a la psicosis. Arévalo Ferrera (2004) propone comprender en primer lugar el modo de vida de las personas con psicosis como una forma de afrontamiento de la enfermedad, siendo apropiado centrarse en los síntomas psicóticos resistentes a la medicación y las alteraciones emocionales (p. 58). En segundo lugar, se plantea que la psicosis es experimentada por los sujetos como pensamientos y sentimientos alterados en los cuales no sería necesario ser explicada desde el modelo de enfermedad. Para Guinea Roca (2017), las experiencias psicóticas suelen atribuirse exclusivamente a una enfermedad y se tiende a buscar estrategias para distraerse o eliminarlas. La estrategia psicoterapéutica, según este autor, deberá enfocarse en utilizar estrategias de integración para que el sujeto logre conectar sus experiencias como percepciones diferentes al diagnóstico. Todos los sujetos afrontamos experiencias en la vida, referidas a situaciones de tristeza, decepciones y frustraciones. La diferencia con los síntomas psicóticos es encontrarse en una situación de desventaja debido a las posibles limitaciones funcionales (Guinea Roca, 2017). Por último, la necesidad de hacer un análisis profundamente individualizado, tomando en cuenta que en la formación de los síntomas psicóticos pueden estar implicados diversos procesos psicológicos (Arévalo Ferrera, 2004).

Para poder adaptar las técnicas tradicionales de la TCC en psicosis, también se consideraron algunos aspectos necesarios con respecto a las necesidades y características de los sujetos para formular una intervención más adecuada. Fowler (1996), en primer lugar, se refirió a la importancia de tener presente la complejidad y la heterogeneidad de cada sujeto en particular, teniendo en cuenta también la presencia de problemas asociados al contenido de los síntomas psicóticos. Se deben considerar también los problemas asociados a una posible existencia de déficits cognitivos, a una elevada sensibilidad

emocional y, para finalizar, la posible existencia de malas interpretaciones del terapeuta y de sus intervenciones. Todos estos aspectos se vuelven fundamentales para poder establecer una relación terapéutica.

Siguiendo la misma línea, también se plantean cambios necesarios de la TCC para su aplicación en psicosis. Fowler (1996) destaca la importancia de la instauración de una relación de carácter colaborativo entre el terapeuta y el paciente, la cual debe ser facilitada para mantenerse activa. Considera tener en cuenta que sea un proceso de evaluación más extenso que permita identificar la problemática formulando una correcta evaluación. Fowler (1996) también plantea el uso de métodos de análisis de sesión y de sostenimiento, permitiendo poder considerar la intervención dentro de límites tolerables para los sujetos. Y, por último, se menciona que se deben moderar las expectativas terapéuticas, teniendo presente la probable presencia de dificultades con respecto al procesamiento de la información y comprensión por parte del sujeto.

### **5.1 Objetivos y características de la TCCP**

Según Cuevas-Yust (2006), la TCCP primordialmente trata de resolver la perturbación emocional y aliviar el sufrimiento que producen los síntomas psicóticos en el sujeto a través de la reducción de los delirios y de las alucinaciones e incrementar también la tolerancia a la presencia de las experiencias psicóticas de manera que el sujeto logre distanciarse de ellas para lograr una mejor calidad de vida. Además, la TCCP se enfoca en la reducción del estrés (Cirici Amell, 2003), la ansiedad y la depresión (Cuevas-Yust, 2006), las cuales pueden derivar de múltiples factores que, brevemente para ser mencionados, pueden ser consecuencia del sentido que el sujeto establece a su padecimiento, a la construcción de creencias centrales desarrolladas desde su aprendizaje personal y de las dificultades propias de la vida (Cuevas-Yust, 2006).

La TCCP permite al sujeto desarrollar estrategias para el manejo de los síntomas positivos desde la comprensión y construcción de un sentido propio de la experiencia psicótica, favoreciendo la prevención de recaídas, la inclusión social y también facilitando el proceso global de la rehabilitación psicosocial (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002).

Son diversos los autores que brindan su visión sobre el enfoque de la TCCP. En líneas generales, Garay (2016a) plantea que la terapia también busca poder lograr en los sujetos mayor conciencia de enfermedad a través de la psicoeducación de forma individual, grupal o familiar. En segundo lugar, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico o psicológico en las diversas formas de intervención. Las intervenciones deben contar con

una red compuesta de múltiples factores, un trabajo que esté formado con un equipo multidisciplinario que disponga de una comunicación fluida y un acuerdo de objetivos. En tercer lugar, y fundamentalmente el trabajo con las ideas delirantes de los sujetos, fundamentalmente se pone hincapié en una buena relación terapéutica enfocada en el vínculo con el sujeto, los acuerdos sobre los objetivos y las tareas (Garay, 2016a). En síntesis, los objetivos de la terapia serán determinados por una indagación funcional y una conceptualización particular de cada caso de acuerdo a la problemática presentada por los sujetos (Garay, 2016a), ya que esta intervención no se presenta como un plan estandarizado (Perona-Garcelán & Cuevas-Yust, 2002). En este sentido, las intervenciones dentro de sus variantes específicas propias de cada terapia comparten etapas, las cuales fueron propuestas por Garety et al., (2000).

<b>Tabla 1</b>
<i>Etapas de la TCCP</i>
<p>Alianza terapéutica y la evaluación.</p> <p>Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales.</p> <p>Desarrollo de una nueva comprensión de la experiencia psicótica.</p> <p>Intervención de los delirios y alucinaciones.</p> <p>abordaje sobre el afecto y las autoevaluaciones negativas.</p> <p>Manejo de riesgo de recaídas e inclusión social.</p>

Nota: Etapas de la TCCP extraídas de los autores Garety et al., (2000).

En primer lugar, la alianza terapéutica y la evaluación. El primer objetivo es alcanzar una relación terapéutica de carácter colaborador construyendo un vínculo de confianza (Cuevas-Yust, 2006). En esta primera fase, un aspecto que consideran fundamental para el desarrollo del tratamiento es establecer un acercamiento flexible, aceptando las emociones y las creencias desde la perspectiva del sujeto (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Según Perona-Garcelán & Cuevas-Yust (2002), es aconsejable comenzar y dedicar tiempo en los primeros encuentros a temas de interés del sujeto sin comenzar con evaluaciones demasiado estructuradas. En este sentido, es importante asegurarse que el sujeto se sienta en un espacio confortable, en el cual se indica si es necesario que se regule el tiempo o el tipo de abordaje que se realice para fortalecer la alianza y aumentar el compromiso por parte del paciente. Será de modo progresivo que se podrá acceder a las necesidades y problemas concretos que posteriormente serán objetivos en la terapia (Cuevas-Yust, 2006).

En lo que se refiere a la evaluación, se plantea que el terapeuta de forma gradual podrá ir introduciendo entrevistas de evaluación más estructuradas (Lemos Giráldez et al., 2010). Se enfocará en un análisis teniendo en cuenta el contexto, las circunstancias personales del sujeto y la historia, específicamente del trastorno enfocado en eventos y experiencias, delineando intervenciones específicas a las posibles necesidades de cada paciente (Perona-Garcelán & Cuevas-Yust, 2002). En esta etapa, de ser necesario, se podrán administrar escalas diagnósticas que permitan obtener una valoración de la severidad de los síntomas. También se valorarán los recursos personales y la competencia con la que cuenta el paciente. Luego de varias sesiones de evaluación, se podrán establecer los objetivos terapéuticos preliminares, los cuales deben ser relevantes para el paciente con expectativas realistas para lograr mejores resultados en la terapia (Perona-Garcelán & Cuevas-Yust, 2002).

En segundo lugar, desarrollar estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales. Las estrategias de afrontamiento se enfocan en enseñar al paciente de manera individualizada el empleo de estrategias con el fin de reducir la frecuencia, la intensidad y duración de los síntomas psicóticos, además de la perturbación que los síntomas le ocasionan. Se enfocará en potenciar y enseñar nuevas habilidades relacionadas con las conductas de los sujetos (Perona-Garcelán & Cuevas-Yust, 2002).

En tercer lugar, desarrollar una nueva comprensión de la experiencia de la psicosis. En esta fase es muy importante trabajar con el paciente para que pueda reevaluar sus creencias y construya un nuevo modelo explicativo que sea aceptable para su realidad y logre obtener experiencias que le aporten mayor sentido (Perona-Garcelán & Cuevas-Yust, 2002). Se abordan las experiencias personales del sujeto y desde una perspectiva educativa se intenta trabajar sobre los conocimientos de la patología (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Se debe generar una formulación sobre los factores de vulnerabilidad, en este sentido, se deben tener en cuenta los acontecimientos posiblemente generadores de estrés que pueden haber precipitado episodios, además, contar con una aproximación a la evaluación de los procesos que pueden estar manteniendo los síntomas psicóticos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). En este sentido, una diferente forma de concebir la experiencia psicótica puede ayudar a disminuir las actitudes de negación, permitiendo así una mejora en el funcionamiento general del sujeto, facilitando el desarrollo de estrategias útiles para manejar los síntomas y reducir el riesgo de recaídas (Cuevas-Yust, 2006).

En cuarto lugar, la intervención en los delirios y las alucinaciones. Algunos autores refieren a que los síntomas positivos se pueden abordar directamente desde un estilo

socrático, el cual, según Beck et al., (1976) es una técnica en la cual el terapeuta guía al sujeto con estratégicas preguntas para que sea este quien llegue a la conclusión más adecuada para el mismo. Según Perona-Garcelán & Cuevas-Yust (2002), las creencias y pensamientos de todas las personas por lo general son hipótesis, a veces acertadas o erróneas, pero que intentan dar una explicación a los sucesos que suceden. Desde un enfoque cognitivo, los delirios pueden entenderse como inferencias fundamentalmente arbitrarias sobre sí mismo y los demás, que, por lo general, no están basadas en evidencias (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). En este sentido, se busca obtener evidencias que sostienen las creencias disfuncionales que tiene el sujeto sobre sí mismo, sus experiencias internas y/o el entorno. Se enfoca en la reformulación del delirio, en este sentido se considera como una respuesta más adaptativa y una forma diferente que pueda dar sentido a las experiencias de los sujetos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

En quinto lugar, trabajar con el afecto y con las autoevaluaciones negativas. La experiencia de la psicosis puede propiciar evaluaciones personales negativas, abordar esta área permite trabajar en los procesos de autoestima, ansiedad, depresión y el mantenimiento de los síntomas psicóticos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

En sexto lugar, manejar el riesgo de recaída y la inclusión social. En esta etapa se busca generar, desde una perspectiva psicoeducativa, conocimientos sobre los aspectos personales de vulnerabilidad que pueden desencadenar en el sujeto un episodio psicótico. En esta fase también está implicado el entrenamiento para identificar signos y síntomas que pueden prevenir recaídas. Mejorar el desarrollo personal y reducir la gravedad de la patología es un objetivo en común de las diversas terapias en TCCP. También se ve involucrado el trabajo frente a la desesperanza del sujeto, las percepciones de estigma y el aislamiento social (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Estos componentes deben ser considerados como una posible guía de trabajo en los cuales se deben aplicar en forma flexible de acuerdo a la situación y necesidades de cada sujeto (Cuevas y Perona, 1995). Cabe destacar que durante todo el proceso terapéutico se deberá tener presente la adherencia al tratamiento, respetando las decisiones de los sujetos, brindando información relevante, aplicando técnicas de motivación y considerando programas de seguimiento más amplios y accesibles para los sujetos (Cirici Amell, 2003).

## **5.2 Modelos de TCCP**

En los últimos años, han surgido formulaciones teóricas cognitivas acerca de la génesis y el mantenimiento de los síntomas positivos de la psicosis, permitiendo la correcta elección de los tratamientos, propiciando el desarrollo de técnicas específicas de acuerdo a

un análisis individualizado de cada sujeto (Arévalo Ferrera, 2004). Keegan & Garay (2007) presentaron presuntos modelos centrales que formaron parte de las investigaciones en TCC para psicosis: el modelo de Chadwick y el modelo de Wykes.

El modelo de Chadwick utiliza el modelo ABC tomado de la Terapia Racional Emotiva conductual de Albert Ellis (1962), la cual está basada en la idea de que las emociones y las conductas de los sujetos son producto de las creencias y de la interpretación que realicen de la realidad (Ellis, 1962). A partir de allí se forma la teoría A-B-C de las reacciones emocionales y conductuales (Keegan & Garay, 2007). Esta teoría mantiene la hipótesis de que los sujetos no reaccionan directamente de manera emocional o conductual ante los acontecimientos que suceden, sino que más bien los sujetos causan sus propias reacciones dependiendo de la forma en que interpretan los acontecimientos que experimentan (Amorós, 1990).

En este modelo se diferencian las situaciones activantes en A, las creencias en B y las consecuencias en las que se encuentran las respuestas emocionales y conductuales en C. El modelo adaptado a los síntomas psicóticos según Chadwick se desarrolla de la siguiente manera; en A se ubican las alucinaciones como hechos activantes, en B se ubican las ideas delirantes como una interpretación de los hechos, mientras que en C se incluyen las respuestas emocionales y conductuales secundarias a la interpretación delirante ubicada en B (Keegan & Garay 2007). El empleo del modelo ABC podría generar una explicación acerca del origen y el mantenimiento de los síntomas positivos, la cual puede utilizarse de manera eficaz para desarrollar una propuesta de tratamiento para los mismos.

El modelo de Wykes, bajo el nombre de la Terapia de Rehabilitación Cognitiva por sus siglas en español (TRC), según De la Higuera & Sagastagoitia (2006), es un procedimiento terapéutico estructurado diseñado para abordar los déficits cognitivos más relevantes de la esquizofrenia como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. El objetivo es recompensar los obstáculos cognitivos más significativos de la patología. Su abordaje se desarrolla de forma individual y se orienta de acuerdo con la evaluación neuropsicológica inicial tanto de las potencialidades como los déficits de los sujetos (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006).

Brevemente, el programa se articula en torno a tres módulos. El primer módulo de cambio cognitivo, diseñado para la función atencional con tareas variadas, contiene ejercicios destinados a la percepción y a los procesamientos de patrones estímulares simples y también los de mayor dificultad. El segundo módulo involucra a la memoria. Las tareas están diseñadas para abordar la memoria a corto y largo plazo, con especial énfasis

en la memoria de trabajo, en las cuales se utilizan ejercicios con estímulos bajo modalidades sensoriales. Por último, el módulo de planificación, en esta fase se encuentra la función de la atención. Las tareas incluidas demandan al sujeto el procesamiento dirigido, la secuenciación y la estructuración de la respuesta (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006).

En dicho programa, a modo de ejemplo, se plantea una serie de ejercicios de papel y lápiz que se encuentran jerarquizados en el inicio desde un nivel básico y van aumentando gradualmente su complejidad en función del avance del paciente. Esta técnica se centra exclusivamente en la rehabilitación de la función cognitiva y brinda estrategias cognitivas en las cuales el sujeto no puede formular por sí mismo (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006).

### **5.3 Terapias en TCCP**

Se ha evidenciado un registro de diversas terapias cognitivas conductuales aplicadas a la psicosis, algunas cuentan con un soporte experimental sólido que lograron contar con una avalada eficacia, siendo reconocidas e incluidas en manuales de tratamiento (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Estas terapias suelen estar basadas en los modelos cognitivos conductuales con adaptaciones específicas que proporcionan intervenciones psicológicas diseñadas y validadas para los pacientes con psicosis. Las intervenciones suelen aplicarse en situaciones concretas, son estructuradas (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001), entre ellas varían según su duración y la frecuencia de sesiones dependiendo de las necesidades de cada sujeto, operan con formatos directivos, protocolizados y de duración limitada (Guinea Roca, 2017).

Según la bibliografía consultada, seleccionaremos para presentar en la Tabla 2 las principales terapias en TCCP, las cuales, según Vallina Fernández & Lemos Giráldez (2001), están basadas en diversos estudios experimentales que evidencian su eficacia y validez, como por ejemplo se destaca la reducción de los síntomas abordando el afrontamiento de los mismos, la prevención de recaídas, el enfoque sobre el cumplimiento de la intervención, las relaciones interpersonales, la obtención de habilidades para una vida independiente, y la reducción de estrés con el fin de mejorar la calidad de vida de los sujetos (Guinea Roca, 2017). Las presentes terapias han logrado demostrar generar resultados positivos tras su aplicación en aspectos concretos, en este sentido, algunas se muestran efectivas y están adaptadas a trabajar sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas (Chadwick et al., 1996), en cambio, otras están diseñadas con objetivos más concretos como por ejemplo abordar la adherencia al tratamiento farmacológico (Kemp et al., 1997).

Tabla 2

*Características de las principales terapias en TCCP*

Terapia Conductual (Kingdon & Turkington, 1994)	Terapia cognitivo conductual para la psicosis (Fowler et al., 1995)	El tratamiento psicológico de la esquizofrenia (Birchwood & Tarrier, 1995)	Terapia cognitiva para delirio, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996)	Estrategias de afrontamiento para alucinaciones y delirios (Yusupoff, 1996)	Terapia de cumplimiento (Kemp et al., 1997)
<p>Trabaja con la relación entre el paciente y el terapeuta.</p> <p>Explicación del trastorno</p> <p>Análisis en los antecedentes psicóticos.</p> <p>Evaluación de la realidad.</p> <p>Abordaje de los síntomas psicóticos residuales y los síntomas negativos.</p> <p>Prevención de recaídas y sesiones de refuerzo.</p>	<p>Inicia desde el contacto y evaluación.</p> <p>Aplica estrategias cognitivas conductuales para los síntomas psicóticos.</p> <p>Busca generar una conceptualización de la patología en colaboración con el paciente.</p> <p>Trabaja sobre las asunciones disfuncionales que el sujeto tiene sobre sí mismo.</p> <p>Prevención de recaídas e inclusión social.</p>	<p>Se enfoca en la recuperación.</p> <p>Incluye el trabajo con conciencia de enfermedad.</p> <p>Tratamiento para los síntomas psicóticos positivos.</p> <p>Aborda las creencias y el escape de convicciones.</p>	<p>Inicia seleccionando un problema.</p> <p>Propone evaluar las consecuencias emocionales y conductuales.</p> <p>Evalúa antecedentes y creencias.</p> <p>Formulación del modelo ABC y el desarrollo psicológico evolutivo.</p> <p>Establece metas en conjunto con el paciente y plantea el desafío de las creencias.</p>	<p>Incluye el abordaje de los determinantes de los síntomas.</p> <p>Trabaja con las reacciones emocionales frente a las voces o las creencias delirantes.</p> <p>La eliminación de estrategias de afrontamiento desadaptativas.</p> <p>La provisión de condiciones de entrenamiento realistas.</p> <p>El uso de recurrencia de síntomas para los cambios adaptativos en la conducta interpersonal y estilo de vida.</p>	<p>En la primera fase se aborda la historia de enfermedad, valoración del tratamiento, medicación, recaídas, reconocer malas experiencias y las ventajas de implicarse en el tratamiento.</p> <p>La segunda fase presenta la ambivalencia ante el tratamiento, predecir incumplimiento, considerar la globalidad de los síntomas, beneficios de la medicación, desarrollar discrepancia.</p> <p>La última fase plantea el mantenimiento del tratamiento y contacto, prevención a largo plazo y reconocimiento de signos de recaída.</p>

Nota: Características de las principales terapias en TCCP extraídas de los autores Vallina Fernández & Lemos Giráldez (2001) y Partarrieu, A. (2010).

Las presentes terapias, aunque estén desarrolladas y enfocadas en diversos aspectos (Guinea Roca, 2017), cuentan con el objetivo en común de trabajar con herramientas para enfrentar los síntomas psicóticos, mejorando de esta forma la calidad de vida de los sujetos. Cabe mencionar que el proceso de aplicación en cualquiera de las intervenciones mencionadas requieren una adaptación a la complejidad y gravedad de la patología (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

#### 5.4 Intervenciones de la TCCP

Existe un amplio rango de estrategias cognitivas conductuales que pueden aplicarse en este sentido referido a la esquizofrenia (Mueser, 1998), se describirán las intervenciones que se utilizan frecuentemente con mayor eficacia (Infante Reyes et al., 2017).

<b>Tabla 3</b>
<i>Intervenciones de la TCCP</i>
Entrenamiento de las habilidades sociales.
Terapia familiar conductual.
Entrenamiento de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales.
Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas.
Tratamientos para los delirios y el tratamiento de las alucinaciones.

Nota: Intervenciones de la TCCP extraídas de los autores Infante Reyes et al., (2017).

El entrenamiento de las habilidades sociales forma parte de un proceso de intervención con el fin de enseñar de forma sistemática nuevas habilidades interpersonales (Mueser, 1998), basadas en un conjunto de técnicas basadas en el aprendizaje social (Infante Reyes et al., 2017). El entrenamiento se debe adaptar a las necesidades y a las limitaciones de cada sujeto considerando una intervención prolongada (Castillo Alarcón et al., 2016).

La terapia familiar conductual tiene como objetivo disminuir el estrés de todos los miembros de la familia del paciente y así mejorar la capacidad de todos los integrantes mediante psicoeducación y el control del curso de la enfermedad (Mueser, 1998). Esta terapia se enfoca en mejorar la comunicación entre todos los miembros de la familia con el objetivo de enseñar habilidades que permitan generar herramientas para la solución de problemas. Se divide en etapas: la evaluación familiar, educación sanitaria de la enfermedad y el tratamiento, el entrenamiento en las habilidades de comunicación, el entrenamiento en solución de problemas y el enfoque de problemas específicos (Infante Reyes et al., 2017).

El entrenamiento de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales tiene como objetivo enseñar habilidades de afrontamiento que amplíen la serie de habilidades que ya poseen los sujetos, disminuyendo el malestar y mejorando su autoeficacia (Mueser, 1998). En este sentido, se requiere un análisis en profundidad del síntoma psicótico, se reconocen las condiciones en las cuales surgieron los síntomas, cuáles fueron las reacciones y las consecuencias que se manifestaron en el sujeto (Infante Reyes et al., 2017). Se trabaja con la identificación de estrategias de afrontamiento que suele utilizar el sujeto y la selección de estrategias que utiliza, ya sea conductual, cognitiva o de modificación de los estímulos sensoriales. Esta terapia se enfoca en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos, con el fin de que el sujeto pueda contar con herramientas que se adapten mejor a la situación de cada sujeto (Infante Reyes et al., 2017).

Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas. En este sentido, el consumo de sustancias puede poner en riesgo los efectos de la medicación antipsicótica aumentando el riesgo de recaídas (Mueser, 1998). La terapia se encuentra basada frente a la alianza terapéutica, la misma debe enfocarse en la aceptación de la experiencia del sujeto y la colaboración mutua para resolver la problemática que se presenta (Infante Reyes et al., 2017). Se emplean diferentes técnicas, tanto educativas como cognitivas conductuales (Mueser, 1998), se abordan también comorbilidades como la ansiedad y la depresión. Se aborda la identificación de situaciones estresantes que pueden desencadenar los síntomas, promoviendo el entrenamiento para aumentar las habilidades sociales del sujeto (Infante Reyes et al., 2017).

El tratamiento cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones tiene como objetivo entrenar a los sujetos en técnicas para el manejo de sus experiencias psicóticas, reestructuración sobre las creencias y dar sentido a los síntomas (Castillo Alarcón et al., 2016).

Tratamiento para los delirios. En esta intervención se abordan las ideas delirantes; permite trabajar con las creencias previas de los sujetos y sus preocupaciones latentes. En una primera etapa, se aborda el sistema de creencias del sujeto, se analizan los eventos dentro de los síntomas psicóticos y las situaciones que puedan permitir que se originen y mantengan las ideas delirantes. También se trabaja con las consecuencias que implican las situaciones de delirio, ya sean emocionales o conductuales (Infante Reyes et al., 2017).

Para finalizar, el tratamiento de las alucinaciones. En esta intervención se realiza una indagación sobre todas las características de las alucinaciones, como puede ser el contenido, frecuencia, la intensidad y las variables. También se abordan los eventos externos o internos que pueden precipitar los síntomas y las creencias que el sujeto tiene sobre ello (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007). Se indaga sobre las causas que mantienen posiblemente las creencias acerca de las voces y la reacción que el sujeto tiene frente a ello. Se cuestiona el contenido de las creencias y las posibles explicaciones alternas al sujeto (Infante Reyes et al., 2017).

### **5.5 Revisión bibliográfica sobre eficacia**

Se encuentran diversas revisiones teóricas frente a las investigaciones en TCCP que lograron evidenciar su eficacia, destacando sus limitaciones y los posibles aspectos de mejoras para aumentar la efectividad de las intervenciones. Brevemente, de forma teórica y descriptiva, presentaremos algunas revisiones que efectuaron análisis y comparaciones de investigaciones para obtener datos sobre los resultados de la intervención en TCCP.

Rothod et al., (2008), en una revisión sistemática de la literatura con la finalidad de describir y actualizar la evidencia sobre la TCC como terapia para los síntomas resistentes a la medicación en esquizofrenia, destacan que si bien los estudios revisados se diferenciaban en varios factores como la duración de las intervenciones, el número de sesiones, las intervenciones que se compararon y los resultados posteriores a la intervención y durante el seguimiento, lograron constatar los beneficios, los cuales la formulan como una terapia eficaz complementaria a la medicación antipsicótica en el tratamiento de estos síntomas. Según los datos recabados, la mayoría de las revisiones no solo se centraron únicamente en los síntomas resistentes, sino que lograron dar cuenta del impacto general que la TCC logra tener en la psicopatología en general de los sujetos con esquizofrenia (Rothod et al., 2008).

Tarrier (2005) desarrolló una revisión de investigaciones con el objetivo de demostrar la evidencia que respalda a la TCCP como un posible tratamiento y también

describir algunas de las cuestiones relacionadas con la implementación de este tratamiento en la clínica. Realizaron una revisión de 20 ensayos controlados de TCCP utilizados directamente para reducir los síntomas positivos, en los que se incluyeron 739 pacientes tanto en fase aguda, en los cuales se presenta una sintomatología grave, como pacientes crónicos, los cuales presentan remisiones y exacerbaciones sintomatológicas, y en algunos casos un deterioro progresivo. Estos estudios compararon grupos que recibieron TCC frente a grupos que recibieron solo terapia de control, los cuales fueron llevados a cabo en diversos países, 16 se han llevado a cabo en el Reino Unido, uno en Canadá, uno en los Países Bajos, uno en Italia y uno en Estados Unidos. En los estudios revisados se menciona que se evidenció cierta variación en cuanto a la frecuencia y duración en el que se aplican las intervenciones, algunas intervenciones implementaron sesiones dos veces por semana durante 3 meses en comparación con otras que aplicaron sesiones semanales o quincenalmente durante 9 meses, en ambos formatos los resultados fueron positivos frente a los beneficios obtenidos. La evidencia recogida demostró que la TCC reduce los síntomas positivos persistentes en pacientes crónicos y puede tener efectos modestos para acelerar la recuperación en pacientes en fase aguda. No ocurrió lo mismo con las tasas de recaídas, ya que los resultados obtenidos no presentaron una disminución significativa. Esta revisión evidencia que la TCCP muestra ser un tratamiento complementario eficaz y sugiere que puede utilizarse en la práctica clínica habitual con buenos resultados (Tarrier, 2005).

Otro estudio, en este caso Wykes et al., (2008) revisaron un total de 35 estudios realizados hasta el año 2006 acerca de la TCCP. Las características de las investigaciones incluyen como participantes a la mayoría de sujetos con diagnóstico de esquizofrenia. Se comparó la intervención de TCC con un grupo de control y fueron incluidos varios síntomas, entre ellos los síntomas positivos. En esta revisión buscaron analizar los resultados al finalizar las intervenciones y se limitaron a brindar datos sobre el seguimiento de las intervenciones a largo plazo. Concluyeron que es una intervención con efectos beneficiosos, se obtuvieron resultados significativos sobre la mejora de los síntomas positivos de la esquizofrenia. Uno de los aspectos importantes en este estudio mostró que la TCCP puede generar efectos más amplios, puede impactar en otras áreas afectadas de los sujetos aunque no sean los objetivos específicos de la terapia, como la reducción de ansiedad y depresión. Una de las recomendaciones que surgen de esta investigación para optimizar los efectos de la terapia es proporcionar una formación específica en los modelos clínicos que tienen más éxito, además de la existencia de estudios de seguimiento a largo plazo sobre la durabilidad de los efectos del tratamiento (Wykes et al., 2008).

Por otro lado, Turner et al., (2014), con el objetivo de proporcionar más información sobre la eficacia relativa de las intervenciones psicológicas para la psicosis, evaluaron en un metaanálisis 48 ensayos de diferentes intervenciones psicológicas para la psicosis, incluyendo a 3.295 participantes. La categorización de las intervenciones dio lugar a que se pudieran comparar diferentes modalidades de intervención psicológica, las cuales incluyeron asesoramiento de apoyo, terapia cognitiva, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales en formato grupal, individual y combinado en sesiones individuales y grupales. Como resultado, obtuvieron que la TCC, además de ser la que mayor proporción de estudios en formato individual utilizó, fue significativamente la más eficaz en comparación a otras intervenciones combinadas para reducir los síntomas positivos (Turner et al., 2014).

Por último, Burns et al., (2014), revisaron 16 artículos publicados de 12 ensayos controlados aleatorios con 639 participantes evaluando la eficacia de la TCC en los síntomas resistentes a la medicación antipsicótica. De éstos, 552 finalizaron la evaluación después del tratamiento. Como resultado, esta revisión concluyó que la TCC fue eficaz para la reducción de síntomas positivos de los trastornos psicóticos, además de que las mejoras se mantuvieron durante el seguimiento. Se observaron ventajas tanto en los síntomas positivos como para el estado sintomático global (Burns et al., 2014).

En conclusión, además de obtener resultados favorables en la aplicación de la TCCP para los síntomas positivos en psicosis, los estudios remarcan la necesidad de futuras investigaciones para un mayor conocimiento acerca del efecto de la TCCP, de la misma forma seguir indagando en los estudios y revisiones que hay existentes, con lo cual puedan permitir profundizar en la temática con el fin de poder dar cuenta de su eficacia y sus limitaciones. En este sentido, las revisiones visibilizan la falta de datos sobre su impacto en el curso clínico de la enfermedad, como las recaídas, además de la variación en cuanto a la frecuencia y duración de las intervenciones que se presentaron en las revisiones. Un gran porcentaje de las revisiones coinciden con la eficacia de la TCCP, destacando sus beneficios no solamente en los síntomas positivos sino que demostró poder mejorar otras áreas afectadas del sujeto. Si bien algunos de los estudios revisados son en formato grupal, se resalta la necesidad de adaptar cada tratamiento, reconociendo que cada paciente requiere una aproximación única y específica para su atención.

## 6 Aplicabilidad de la TCCP en Uruguay

En Uruguay, en el año 2007, la ley N°18.211 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), instalando un proceso de reforma estructural del sistema sanitario, el cual implicó cambios importantes en cuanto a los procesos de atención, de gestión y de financiamiento de participación activa y organizada de la sociedad (Ginés, Porciúncula & Arduino, 2005).

En este contexto de reforma de la salud, la inclusión de psicoterapias como política sanitaria de alcance universal para determinados grupos poblacionales se realizó en el año 2011 a través del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM) del SNIS que establece acciones y metas concretas para la asistencia en salud mental. En el año 2017 se aprueba la Ley 19.529 de Salud Mental y en el año 2020 el Plan Nacional de Salud Mental del Uruguay (PNSM, 2020-2027) (MSP, 2020).

El PIPSM incluye por primera vez a las psicoterapias como parte de los recursos en salud, en el cual se pretende la accesibilidad para todos los usuarios, enfocada en la creación de un servicio que intenta brindar cambios en diferentes aspectos de la conducta de los sujetos, aportando beneficios en la familia y a la sociedad (PIPSM, 2011). Según Bernardi et al., (2004), "Las psicoterapias consisten en un conjunto de procedimientos técnicos que se sustentan en conocimientos teóricos relativos a cuestiones de orden etiológico, psicopatológico y terapéutico sobre los problemas a los que se dirigen" (p. 101). La psicoterapia se basa en la relación humana entre los pacientes y los profesionales, utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos que promuevan el cambio, busca aliviar el sufrimiento y también favorecer el desarrollo del sujeto y sus vínculos (Bernardi et al., 2004).

En el año 2012, la Asociación Americana de Psicología (APA) publicó una Resolución sobre el Reconocimiento de la Eficacia de la Psicoterapia. El propósito de la práctica basada en la evidencia es promover las prácticas psicológicas efectivas y mejorar

la salud pública, la calidad y costo-beneficio de las intervenciones clínicas mediante la aplicación de conocimientos científicos. En psicoterapia, el interés se enfoca en poder integrar la evidencia al ejercicio clínico, la importancia de reconocer cuáles son las terapias con apoyo empírico y cuáles son los aportes de las investigaciones (De Vicente & Castilla, 2012).

La implementación de la PIPSM implicó desafíos frente a las condiciones y el contexto de las prácticas psicoterapéuticas que tradicionalmente se desarrollaban en el país. Se encontraron escasos antecedentes, lo cual implicó la necesidad de revisar las prácticas utilizadas para adaptarlas a la región. Se debió realizar una recolección de información basada en el conocimiento de las prácticas fundamentadas en la evidencia, la importancia de la fijación de prioridades, de revisión bibliográfica y de fijación de criterios que dieron el resultado de la implementación del plan (PIPSM, 2011).

Según Bernardi et al., (2004), la investigación en psicoterapia se ha desarrollado crecientemente frente al sistema de atención, del proceso y de los resultados obtenidos de la psicoterapia (p. 115). Como también lo indica el PIPSM (2011), es importante considerar el monitoreo que permita favorecer el seguimiento y adecuación de las necesidades que puedan surgir, de esta forma, permitiendo optimizar las intervenciones que aumenten la eficacia de las mismas. Se plantea como un campo dinámico, el cual está sujeto a las renovaciones que considere necesarias con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones e introducir las modificaciones necesarias en situaciones que así lo requieran (PIPSM, 2011).

Los abordajes del PIPSM buscan aliviar el sufrimiento de las personas e intentan favorecer su desarrollo y fortalecer los vínculos. Ofrece una amplia gama de modalidades psicoterapéuticas basadas en la relación profesional y humana entre los técnicos y los usuarios. Se incorporan diversos abordajes que incluyen a la familia del paciente y su entorno, ya que no se considera a la salud no como fenómeno individual, sino directamente vinculado con el entorno familiar y social (PIPSM, 2011).

El Plan plantea tres modos de abordaje, brevemente de forma de introducción, el modo 1, el cual implica acciones de prevención y promoción. El modo 2 brinda tratamientos de psicoterapia individual, de pareja, familia o grupal, incluyendo psicoterapias individuales y está dirigido también a grupos poblacionales específicos. El modo 3, donde vamos a detenernos a continuación, realiza acciones de rehabilitación, atención individual o grupal a personas con diagnóstico de consumo problemático de sustancias y/o trastornos psiquiátricos severos y persistentes (PIPSM, 2011). En el modo 3, como mencionamos

anteriormente, la atención psicoterapéutica está orientada a la rehabilitación. Dentro de su población objetiva se encuentran los usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMS), los cuales comprenden a sujetos con diagnóstico de Psicosis y Trastorno Bipolar (PIPSM, 2011). La PIPSM está enfocada en que sea accesible para todos los usuarios. En este sentido, la inclusión de los sujetos con diagnóstico de psicosis en sus prácticas genera una accesibilidad que hasta entonces se había convertido en acceso limitado (Guinea Roca, 2017).

Por años se mantuvo la convicción de que la psicoterapia no era adecuada para los sujetos con diagnóstico de psicosis, para ese entonces se establece que el tratamiento farmacológico debe ser suficiente bajo la creencia de que la patología era de origen totalmente biológico. En cambio, los estudios en los que se aplicó psicoterapia individual en sujetos con psicosis demostraron que los resultados eran significativamente positivos. La psicoterapia lograba resultados similares a los que ocurrían con otras patologías (Amell, 2003). Dentro de la presente diversidad de prácticas psicoterapéuticas para psicosis existe un conjunto de objetivos que, según Harding y McCrory (2009), comparten la reducción de los síntomas psicóticos, la comprensión que el sujeto tiene sobre sí mismo y la vida, mejorar las relaciones personales, abordar las estrategias de afrontamiento y también promover el desarrollo personal de los sujetos.

La PIPSM además está enfocada en lograr cambios en diferentes aspectos de la conducta que benefician no solo al paciente sino también a la familia y a la sociedad. En este sentido, según Cirici Amell (2003), la psicoterapia en sujetos diagnosticados con psicosis logra beneficios incrementando la motivación, su compromiso terapéutico, reduce las convicciones delirantes, disminuye el retraimiento emocional y atenúa el malestar psicológico. Puede aportar el incremento de la comprensión sobre la patología, trabajar sobre los procesos complejos en la relación con el sujeto y el entorno. Se considera que si se incluye psicoeducación e intervención familiar de manera estructurada, se puede lograr un efecto positivo en el cumplimiento del tratamiento, además de generar beneficios directos al entorno y a la sociedad (Gutiérrez et al., 2008).

En Uruguay, en el año 2023, se realizó un estudio integrado por instituciones públicas con el objetivo de analizar la interacción en el organismo de un fármaco con el fin de ajustar las dosis y disminuir efectos secundarios asociados a la medicación. Se recabaron datos que indican que son más de 30.000 personas que padecen esquizofrenia en nuestro país y que el 30% no responde a los antipsicóticos convencionales, lo cual se denomina esquizofrenia resistente. Los datos que arroja la presente investigación comparten la evidencia de que es un alto porcentaje de sujetos en los cuales los

antipsicóticos no son completamente efectivos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Esta investigación, si bien se centra en los fármacos, resalta la importancia de realizar estudios de manera interdisciplinaria para tratar problemas de salud mental en el país y abrir puertas a futuros tratamientos personalizados con mejores resultados para los pacientes.

Según Bernardi et al., (2004), existe evidencia a favor de diferentes formas de psicoterapia, aunque no todas cuentan con la cantidad de estudios exhaustivos, como es en el caso de la TCCP. Para estos autores existe evidencia en cuanto a la eficacia, efectividad y eficiencia de la psicoterapia, de igual manera se considera imprescindible seguir mejorando la calidad de las psicoterapias existentes enfocadas en la constante capacitación, investigación y formación continua de los profesionales (p.108). Para poder considerar una psicoterapia sustentada empíricamente, debe estar basada en la comparación con resultados formulados en investigaciones con grupos de control (Bernardi et al., 2004).

Son diversos los estudios controlados que en los últimos años han demostrado que la TCC es una intervención eficaz para los trastornos psicóticos (Cuevas-Yust, 2006). Su evidencia y eficacia permitió que el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) incluyera a la terapia cognitiva en su práctica clínica con la categoría de tratamiento recomendado para la esquizofrenia (Keegan & Garay 2007).

En este aspecto, la PNSM (MSP, 2020) remarca la importancia de “contar con información actualizada y de buena calidad que permita conocer en forma permanente las características de la población, la magnitud de los problemas de salud mental y sus factores asociados, así como la respuesta del sistema” (p.71). Así como se plantea, conocer las necesidades de los sujetos puede permitir ajustar de manera más efectiva los servicios psicoterapéuticos a las necesidades individuales de cada persona. Tomando en cuenta la evidencia empírica demostrada y la experiencia clínica de la TCCP, la misma podría aportar relevantes beneficios para los pacientes, sus familias y la sociedad. En este sentido, el desarrollo e incremento de investigaciones debería ser considerado en nuestro país, así como lo plantea el artículo 10 de la Ley de Salud Mental N° 19.529, remarcando la importancia de promover investigaciones en el campo de la Salud Mental (Uruguay, 2017).

Cabe destacar que existe una creciente multiplicación y diferenciación de los ámbitos de formación en psicoterapia en Uruguay, tanto a nivel privado como universitario. También cuenta con un importante desarrollo basado en las diferentes corrientes que se desarrollan en distintos ámbitos de intervención, las publicaciones científicas y las investigaciones, la participación de las instituciones educativas y los organismos que están

relacionados con psicoterapia (Bernardi et al., 2004). A medida que el reconocimiento de las intervenciones en psicoterapia aumenta, se logra contribuir a la eficacia de los tratamientos, además de beneficiar el surgimiento de nuevos recursos (Guinea Roca, 2017), destacando la importancia de tener una considerable evidencia de sus efectos (Bernardi et al., 2004) que se logre a través de las investigaciones obtener datos más certeros sobre sus beneficios.

Cómo Bernardi et al., (2004) plantean en este sentido, ninguna psicoterapia puede ofrecer un tratamiento efectivo considerado aisladamente. Dadas las circunstancias y las necesidades de los sujetos, para la efectividad de la psicoterapia se debe tener una amplia comprensión de los trastornos y las características de los sujetos (p. 109). La alta complejidad y heterogeneidad de la psicosis hace a la misma requerir de un amplio rango de intervenciones desde un enfoque de equipo multidisciplinario con capacidad para dar respuesta a las diversas necesidades de evaluación, de tratamiento y de cuidado, que se adapte a las características individuales de cada individuo (Fowler, 1996). En este sentido, incluir TCCP podría formar parte de un recurso más de intervención complementando los diversos tratamientos, que a su vez pueda aportar desde su visión y conocimientos a las necesidades de cada sujeto en particular (Arévalo Ferrera, 2004).

Hasta donde se pudo indagar, no se encontraron antecedentes de profesionales que utilicen estos procedimientos ni la existencia de investigaciones sobre la TCCP en nuestro país, siendo escasa también la investigación en la región. Frente a la formación de esta temática, no se encontró registro en nuestro país, lo cual, según García et al., (2016), las investigaciones que hacen referencia a la formación en TCCP en la región tampoco dejan en claro si son específicas en TCC para psicosis. Sin embargo, sí existe información más consistente sobre la utilización de los manuales de tratamiento como herramienta para las intervenciones en TCCP (García et al., 2016).

En síntesis, nuestro sistema de salud ofrece, desde el PIPSM a las psicoterapias como parte de los recursos en salud, entre ellas, una amplia gama de modalidades psicoterapéuticas en la cual se incorporan diversos abordajes, aunque aún se visibiliza la necesidad de incorporar intervenciones que logren ser eficaces comprendiendo a las necesidades de los sujetos dirigidas a mejorar los resultados. Los desafíos que se presentan están referidos a la necesidad de seguir profundizando a través de las investigaciones la evidencia de la eficacia y las posibilidades de implementar la TCCP en nuestro país. Abordar estos desafíos es fundamental para poder generar su implementación, garantizando que los sujetos reciban un tratamiento efectivo, accesible y adecuado a las necesidades de cada persona.

## Reflexiones finales

La psicosis, como la hemos abordado en el presente trabajo, es un trastorno mental grave que afecta a una gran parte de la población mundial. En un Uruguay, el porcentaje de sujetos que no responden a los antipsicóticos refleja la necesidad de incrementar la especificidad de las teorías y la eficacia de los tratamientos en estos síntomas, que logren abarcar la heterogeneidad del trastorno con el fin de ampliar los conocimientos (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002), considerando un amplio abordaje biopsicosocial e individual de los sujetos, ya que hasta la actualidad, la psicosis sigue siendo un desafío tanto para los sistemas sanitarios como para la sociedad en general, debido a su alta prevalencia a nivel mundial, y a su impacto negativo en la salud y productividad de las personas.

En este aspecto, es necesario considerar incorporar intervenciones que sean de utilidad como complemento a las intervenciones farmacológicas y promuevan un mejor control sobre los síntomas, favorecer la adherencia al tratamiento y generar herramientas de integración para el sujeto en su medio (Molina & Ruiz Cala, 2007). La TCCP presenta un conjunto de técnicas diversas, que toma en cuenta los objetivos, las limitaciones y las posibilidades de cada sujeto con la finalidad de que cada uno pueda recibir una apropiada intervención, tomando en cuenta sus características y sus necesidades.

El presente modelo de tratamiento implica generar una nueva visión acerca de los síntomas positivos en psicosis, considerando de suma importancia los factores psicológicos de los síntomas y, por ende, la importancia del tratamiento adecuado para los mismos. En este sentido, el abordaje de la psicosis desde la TCC implica la comprensión de los mecanismos de desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicóticos, como resultado surge el diseño de intervenciones clínicas que puedan tratar de manera adecuada y eficiente los síntomas de acuerdo a las necesidades de cada sujeto. Una de las

características fundamentales de este enfoque, y que explica en parte el interés de abordar la psicosis desde esta perspectiva, es la relevancia que presta a la investigación acerca de la eficacia de sus intervenciones, que buscan comprobar su impacto positivo en la salud mental (Keegan y Holas, 2010). Frente a esta situación, se han registrado diversos trabajos enfocados en el estudio específico de los síntomas psicóticos (Perona Garcelán, 2002). En este aspecto, las intervenciones psicológicas de carácter cognitivo conductual constituyeron una prometedora alternativa complementaria al tratamiento farmacológico, implican un cambio en el modo de abordar y experimentar la psicosis, demostrando efectividad y potenciando el tratamiento convencional (Gutiérrez et al., 2008). La eficacia de las intervenciones cognitivas conductuales en psicosis lograron alcanzar beneficios significativos en la disminución de la gravedad y los síntomas fundamentalmente positivos, además de la adherencia a la intervención farmacológica (Castillo Alarcón et al., 2016). El propósito, además de trabajar en los síntomas psicóticos, debería apuntar también a mejorar la calidad de vida de los sujetos y restablecer las funciones afectadas (Lemos Giráldez et al., 2010). Además del abordaje de los síntomas psicóticos, la TCCP también demostró en diversos estudios que modificando estos síntomas también se podían producir cambios en otras áreas afectadas de los sujetos, (Arévalo Ferrera, 2004) como la reducción del sufrimiento, la ansiedad y la depresión. En este sentido, también considera en su abordaje el riesgo de recaídas y la integración social (Cuevas y Perona, 1995).

En general, es escaso el conocimiento que se tiene frente a la TCCP (Muñoz & Ruiz, 2007). Aunque las investigaciones existentes sobre la terapia han sido extensas y existe evidencia de su eficacia para tratar los síntomas positivos en psicosis, donde no solo los síntomas objetivos se redujeron sino también la psicopatología en general, no todos los ensayos registrados han sido metodológicamente adecuados, ya que en muchos casos se trataron de trabajos de caso único o realizados con grupos de pocos participantes (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Según la bibliografía revisada sobre su eficacia, han surgido algunas consideraciones a destacar en cuanto a las limitaciones de la TCCP. Algunas revisiones plantean que la terapia no es útil para todos los sujetos en los que se aplicó dicha intervención. Está registrado que no puede aplicarse de forma aislada sin contar con una intervención multidisciplinaria. Algunas de las revisiones coinciden en que la frecuencia y duración varían según las intervenciones, ya que estas se encuentran determinadas por las limitaciones de un ensayo clínico, pero es importante seguir indagando en este aspecto ya que hay poco registro de su intervención a largo plazo. Se desconoce su aplicación a grandes grupos de pacientes, la existencia de pocos registros del mantenimiento de los

resultados a largo plazo, asimismo con la tasa de recaídas y, para finalizar, no se han registrado aún en detalle las características de los sujetos que respondieron efectivamente a la TCCP (Arévalo Ferrera, 2004). Según Rothod et al., (2008), también es necesario diseñar estudios que puedan compararse directamente con otras intervenciones psicológicas para comprobar las verdaderas diferencias o poder descifrar los componentes más efectivos de la TCCP. Aunque diversas investigaciones de evaluación sobre la TCCP han obtenido resultados favorables (Guinea Roca, 2017), es necesario que las futuras investigaciones tengan presentes las limitaciones y sigan explorando la efectividad de las intervenciones.

Es propicio entonces dar cuenta que, como todo tratamiento, la subjetividad está implicada según el padecer singular de cada sujeto, y a su vez muchas veces las muestras de los estudios son escasas, pudiendo no comprobar en su totalidad la eficacia de la terapia. Como lo plantean Derito & Monchablon (2011), el tratamiento integral de las psicosis ha de ser a partir de un proceso conveniente a la singularidad de cada sujeto, desde donde se consideren las diversas opciones de tratamiento de acuerdo a las necesidades individuales. En este sentido, es fundamental tener en cuenta las intervenciones tanto a nivel individual como familiar y grupal.

Permitiendo llegar a conclusiones más certeras respecto a la efectividad de la TCCP (Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002), los próximos desarrollos también deberían seguir fortaleciendo el proceso de adaptación de las intervenciones a las diversas características del trastorno y a sus diferentes etapas, las cuales puedan facilitar las evaluaciones y las intervenciones para poder lograr beneficios y formatos más accesibles para todos los sujetos (Gutiérrez et al., 2008).

Resulta importante tanto a nivel académico como social contribuir aportando conocimientos con el objetivo de fomentar otro modelo de intervención posible, que puede ser beneficioso tanto para los sujetos, su entorno y también a la sociedad. Promover el desarrollo de diferentes modalidades de tratamientos que puedan incluirse en nuestro sistema de salud permitiría aumentar los recursos de abordaje, teniendo en cuenta fundamentalmente su continua evaluación de eficacia que permita los beneficios esperados para los sujetos. Quizás sea necesario promover la aplicación de aquellas técnicas que hayan demostrado mayor eficacia según las investigaciones registradas, teniendo en cuenta los manuales de tratamiento para seguir profundizando en esta intervención con el objetivo de generar aportes significativos en nuestro país.

En conclusión, la TCCP demuestra ser una terapia prometedora para el tratamiento de la psicosis, ajustándose a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta la complejidad del trastorno, pero sin dejar de resaltar que existe una necesidad de aumentar la eficacia de las investigaciones y que las intervenciones a futuro se puedan ajustar cada vez más a la comprensión global de los sujetos. Para ello, es imprescindible contar con los recursos necesarios para que los esfuerzos se centren en alcanzar los objetivos individuales de cada sujeto y así poder desarrollar competencias que logren mejorar la calidad de vida de las personas.

### Referencias

- Abeleira Padín, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos de Tomás*, 4,151-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
- American Psychiatric Association. APA. (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Médica Panamericana.
- Amorós, V (1990). Psicoterapia Racional emotiva. *Revista De Psicología*, 8(2), 103-116. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6829/6963>
- Arévalo Ferrera, J. (2004). El tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(2), 56-63. <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-pdf-13073462>
- Barreira, A. (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología E Historia De La Ciencia*, 4(1), 5–32. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/article/view/23002/27889>
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N. & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia: teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa, 2000. Barcelona, España.

- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutte, J. & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68 (2), 99-146. [http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02\\_guia.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf)
- Burns, A., Erickson, D. & Brenner, C. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv.*
- Cabezas Pizarro, H & Lega, L, I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación* , 30 (2), 101-109. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44030207>
- Castillo Alarcón, P., Bellido Cuéllar, M. & Ventura González, A. (2016). Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Revista de enfermería y salud mental*, 5,15-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6147731>
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Wiley.
- Cirici Amell, R. (2003). Psicosis y terapia cognitiva. *Anales de Psiquiatría*, 19 (4), 162-171. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=624698>
- Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24(1), 267-292. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/106/108>
- Cuevas-Yust, C. & Perona-Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas-Yust, C. & Perona-Garcelán, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 275-291. <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3849/3704>
- Cuevas-Yust, C. & Perona-Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*, 13(3), 307-342. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/78490.pdf>

- De la Higuera Romero, J. & Sagastagoitia Ruiz, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24(1), 245-266.  
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84730/11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De Vicente, A. & Castilla, C. (2012). Las intervenciones son eficaces y rentables- Resolución de la APA. *Infocop*, 26-28. <http://www.cop.es/infocop/pdf/2150.pdf>
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas y terapias cognitivas conductuales. Desclée de Brouwer.  
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/304ecb650075d21dd0e2ed615276c34d.pdf>
- Derito, M. Monchablon, A. (2011). Las psicosis. Buenos Aires, Argentina: Editorial Inter-Médica.S.A.I.C.I.  
<http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Las%20Psicosis.pdf>
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1978). Tratado de psiquiatría. (8° Ed). Barcelona: Masson.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Fernández, J. & Abril, E. (2021). Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: un estudio de revisión sobre su eficacia. *Pro Sciences Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 5(41), 362-372.  
<https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/452/503>
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1), 223-244.  
<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104/106>
- Fowler D. (1996)Terapia cognitivo-conductual: Un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. En: Aldaz JA, Vázquez C, editors.Esquizofrenia:

Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación. Madrid: Siglo XXI, 187-204.

- Garay, C. (2016a). Las Psicosis. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, XXII (2), 78-79. [https://issuu.com/clepios/docs/clepios70\\_\\_1\\_](https://issuu.com/clepios/docs/clepios70__1_)
- Garay, C. (2016b). Terapia Cognitivo-Conductual y Psicofarmacología. Una Guía para Combinar Tratamientos en Salud Mental. Buenos Aires. [https://www.academia.edu/81054050/Garay\\_Terapia\\_cognitivo\\_conductual\\_y\\_psicofarmacolog%C3%ADa](https://www.academia.edu/81054050/Garay_Terapia_cognitivo_conductual_y_psicofarmacolog%C3%ADa)
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (1), 9-25. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352008000100002>
- García, H., Hurtado, L., Quemada, G., Nogueras, M., Bordallo, A., Martí, G., Millán, C., Rivas, G & Morales, A. (2016). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/1gpc\\_psicosis\\_completa.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/1gpc_psicosis_completa.pdf)
- Garety, P., Fowler D, Kuipers, E (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull*, 26 (1) , 73-86.
- Ginés, M., Porciúncula, H. & Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129-150. [http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03\\_1\\_asm.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf)
- Guinea Roca, R. (2017). La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (131), 207-226. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/12.pdf>
- Gutiérrez C., Ocampo, S & Gómez, F. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 164-174. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615420013.pdf>
- Gutiérrez López, M., Sánchez Muñoz, M., Trujillo Borrego, A., & Sanchez Bonome, L. (2012). Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Revista de la*

*Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 225-245.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n114/02.pdf>

Harding K & Macrory D. (2009). *Psychotherapy and Rehabilitation. A comparison between psychotherapeutic approaches and psychiatric rehabilitation for persons with serious and persistent mental illness*. En: Alanen Y, González de Chávez M, Silver A, Martindale B, editors. *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychosis. Past, Present and Future*.

Infante Reyes, D., Pozo Romero, H., Rojas Márquez, R. (2017). *Terapias cognitivo-conductuales con farmacología para la esquizofrenia*. I Congreso Virtual Internacional de Psicología.  
<https://psiquiatria.com/trabajos/1COMU10PSICO2017.pdf>

Keegan, E. (2010). *Escritos de Psicoterapia cognitiva*. Editorial Eudeba.

Keegan, E. & Garay, C. (2007). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia*. *Revista Argentina de psiquiatría*, XVIII, 423-427.  
[https://www.researchgate.net/publication/5579579\\_Cognitive-behaviour\\_therapy\\_of\\_schizophrenia](https://www.researchgate.net/publication/5579579_Cognitive-behaviour_therapy_of_schizophrenia)

Keegan, E. & Holas, P. (2010). *Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice*. En Carlstedt, R. (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine. Perspectives, Practices and Research*. New York, EEUU: Springer. 605,630.  
[https://www.researchgate.net/publication/259574814\\_Cognitive-behavior\\_therapy\\_Theory\\_and\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/259574814_Cognitive-behavior_therapy_Theory_and_practice)

Lemos Giráldez, S., Vallina Fernández, Ó., Fernández Iglesias, P., Fonseca Pedrero, E. & Paíno, M. (2010). *Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis*. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a08.pdf>

Ley N° 19.529 de 2017. *Ley de Salud Mental*. 19 de septiembre de 2017. D.O. N° 29.786 <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Mañas, M. (2012). *Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación*. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/21755>

Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud*.

<https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.

[https://www.psicologos.org.uy/Plan\\_Nacional\\_Salud\\_Mental.pdf](https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf)

Molina, E., Martínez de Salazar, A., Ibañez Salmerón, J. & Sánchez, M. (1999). Aproximaciones psicológicas al tratamiento de las esquizofrenias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(3), 181-201.

<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-1999-DAA20989-5981-5BDD-445E-7B8AE0405316/PDF>

Mueser, K. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia en Caballo, V, *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, 611,632).

<https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>

Muñoz Molina, F. Ruiz Cala, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(1), 98-110.

<https://www.redalyc.org/pdf/806/80636108.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). Trastornos mentales.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Ortuño, F & Gutiérrez-Rojas. (2011) Psicosis. *Enfermedades del ánimo y psicosis*, 84, 5693-5702. <https://www.academia.edu/68075752/Psicosis>

Partarrieu, A. (2010). Acercamiento a los tratamientos cognitivo conductuales para el tratamiento de los delirios y las alucinaciones. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-031/165.pdf>

Pérez Álvarez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid, Vallehermoso: Síntesis, S.A.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=649155>

- Perona Garcelán, S. (2002). Estado actual de la psicología cognitiva en el estudio y abordaje de los delirios. *INFORMACIÓ PSICOLOGICA*, (79), 22–31.  
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/507/444>
- Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P. & Turkington, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract*, 14(1), 22-33.
- Rus Calafell, M. & Lemos Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 89-93.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906966>
- Sabatés, J & Garay, C. (2016) Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Investigaciones en psicología*, 21(3), 67-77.  
[https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos\\_completos/anio21\\_3/sabates.pdf](https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio21_3/sabates.pdf)
- Schiera, A. (2023, 24 noviembre). Estudio uruguayo mejora tratamiento de esquizofrenia resistente - Institut Pasteur. Institut Pasteur. 67-68.  
<https://pasteur.uy/2023/estudio-uruguayo-mejora-tratamiento-de-esquizofrenia-resistente/>
- Sevilla, J., & Pastor, C. (2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia. *INFORMACIÓ PSICOLOGICA*, (87), 55–67.  
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/312/265>
- Tarrier, N. (2005). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom*, 74 (3), 136-44.  
[https://web.archive.org/web/20170810145014id\\_/https://keats.kcl.ac.uk/pluginfile.php/596171/mod\\_resource/content/1/CBT%20review%20Tarrier%202005.pdf](https://web.archive.org/web/20170810145014id_/https://keats.kcl.ac.uk/pluginfile.php/596171/mod_resource/content/1/CBT%20review%20Tarrier%202005.pdf)
- Torres Ruíz, A. (2003). Nacimiento y evolución de los conceptos de neurosis y psicosis. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 36(1), 28-30.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2003/nnp031e.pdf>
- Turner, D., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies.

*Am J Psychiatry*, 171:523-38.  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2013.13081159>

Vaernet A, M. (2022). Terapia cognitivo conductual en la Esquizofrenia. *SINOPSIS*, 42, 21-25.  
[https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART12684/terapia\\_cognitivo\\_conductual.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART12684/terapia_cognitivo_conductual.pdf)

Vallina Fernández, Ó. & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3), 345-364.  
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72713302.pdf>

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. y Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537.

Wykes, T. (2014). Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia. *Evidence Based Mental Health*, 17(3), 67-68.  
<https://mentalhealth.bmj.com/content/ebmental/17/3/67.full.pdf>