



## ¿Es eficaz la terapia cognitivo conductual para la psicosis?

*Salvador Perona Garcelán*  
*Servicio Andaluz de Salud*

Octubre 2017. Boletín Psicoevidencias nº 49. ISSN 2254-4046.

En las últimas tres décadas se han producido avances significativos en el tratamiento de los trastornos psicóticos. Anteriormente, los profesionales de la psicología consideraban que este tipo de trastornos no eran susceptibles de intervenciones psicológicas, y las terapias al uso en esos años (sobre todo de orientación psicodinámica) no habían demostrado resultados significativos<sup>1</sup>. Sin embargo, desde la década de los años setenta, coincidiendo con el auge de los procesos de reforma psiquiátrica en diferentes países de Europa y en Estados Unidos, se desarrollaron intervenciones psicológicas y psicosociales cuyo objetivo era entrenar a las personas con psicosis en habilidades instrumentales y sociales que les permitiesen vivir en la comunidad con un mínimo nivel de calidad de vida. No obstante, la intervención sobre los síntomas psicóticos positivos y negativos, y los procesos emocionales asociados a ellos, parecían ser únicamente objetivos de los tratamientos farmacológicos.

A partir de las décadas de los años 70 y 80, con el auge de las intervenciones de corte cognitivo y conductual, y su eficacia demostrada en trastornos tan variados como la ansiedad, depresión, obsesiones, etc., empezaron a aparecer de forma puntual estudios de caso único en el que se describían intervenciones cognitivo-conductuales en personas con ideas delirantes y alucinaciones<sup>2,3,4</sup>. Estos estudios además de mostrar resultados esperanzadores en síntomas psicóticos positivos, también demostraron, frente al escepticismo de los profesionales de la época, que estos procedimientos terapéuticos podían ser aplicados sin perjudicar a los pacientes. Además, en esos años en el contexto del modelo de Vulnerabilidad y Estrés de Zubin y Spring<sup>5</sup>, se produjo un incremento importante de la investigación psicológica sobre el estudio de la etiología de los síntomas psicóticos y los procesos emocionales con ellos relacionados. Todo esto, despertó el interés en numerosos clínicos e investigadores por las Terapias Cognitivo- Conductuales aplicadas a la psicosis (TCCp).

La TCCp surgió a partir de la terapia cognitiva de Beck, la cual fue originalmente desarrollada para el tratamiento de la depresión<sup>6</sup>. Una característica muy importante de la TCCp comparada con otras intervenciones psicológicas para la psicosis (por ejemplo, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales y remediación cognitiva) es que el terapeuta trabaja directamente con las creencias delirantes, no sólo desafiando las creencias sospechosas de desencadenarlas y mantenerlas (por ejemplo, creencias sobre el yo y otros), sino también cuestionando las creencias delirantes en sí mismas. Así mismo, también interviene sobre las alucinaciones, centrándose específicamente sobre



todas aquellas creencias (como delirios secundarios) que la persona mantiene sobre sus voces. Desde este marco terapéutico, el objetivo es intervenir sobre el malestar asociado con las voces a partir de la modificación de las creencias que la persona tiene sobre ellas<sup>7</sup>. Durante la década de 1990 y la primera del presente siglo, se desarrolló la TCCp de primera generación que, partiendo de la terapia cognitiva de Beck, presentaba variaciones en función de la primacía de determinadas estrategias terapéuticas: modificación de creencias, estrategias de afrontamiento<sup>8</sup>, y estrategias de normalización racional<sup>9</sup>. En los últimos años, se está empezando a hablar de TCCp de segunda generación, también denominadas como aproximaciones basadas en modelos causal-intervencionistas<sup>10</sup>. Este tipo de versiones de la TCCp basan la intervención sobre variables específicamente relacionadas con modelos teóricos contrastados empíricamente sobre la formación y mantenimiento de los síntomas psicóticos positivos, por ejemplo, estilos de pensamiento relacionados con la preocupación, pensamientos negativos sobre el yo, experiencias internas anómalas, y sesgos específicos de razonamiento como el saltar a conclusiones<sup>11</sup>.

## Estudios sobre la eficacia de la TCCp

Desde siempre, una característica muy importante de las tradiciones terapéuticas cognitivas y conductuales ha sido el estudio de la eficacia de las intervenciones. La preocupación de los terapeutas e investigadores ha sido evaluar si las intervenciones utilizadas son eficaces en la reducción o eliminación de los problemas de los pacientes, estudiar qué componentes terapéuticos son los realmente relevantes, así como comprobar si pueden ser utilizadas de forma generalizada en los sistemas sanitarios y estudiar la relación costo/beneficio de estas intervenciones. Para ello una herramienta fundamental son los ensayos controlados aleatorizados (ECA).

En el caso de la TCCp, el primer ECA se llevó a cabo por el equipo de Nicholas Tarrrier de la Universidad de Manchester a comienzo de la década de los noventa<sup>12</sup> y desde entonces se han realizado alrededor de 30 ensayos. Junto con los ECAs, otra herramienta fundamental para llegar a ese conocimiento son las revisiones sistemáticas o metanálisis (MT), las cuales consisten en técnicas estadísticas cuantitativas que nos permiten sintetizar, analizar y llegar a conclusiones a partir de los resultados obtenidos en todos los ECAs publicados. Hasta la fecha se han realizado alrededor de 20 MT, cuyas características y calidad metodológica es muy variada. Los primeros MT realizados sobre un número pequeño de ECAs<sup>13</sup>, presentaban una baja calidad metodológica según los criterios de la declaración CONSORT (Consolidate Standards of Reporting Trials<sup>14</sup>). Los MT posteriores han intentado con mayor o menor fortuna mejorar la calidad, pero aun así algunos de ellos presentan sesgos importantes que hacen difícil una valoración objetiva de los mismos. De hecho, en algunos de estos MT se ha encontrado una correlación negativa entre el tamaño del efecto de la TCCp y la calidad de los ensayos



medidos con la CTAM (*Clinical Trial Assessment Measure*) que es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de los ECAs basándose en la declaración CONSORT. Esto es, los ECAs en los que la TCCp obtiene tamaños del efecto más altos presentan una baja calidad<sup>15,16,17</sup>.

Teniendo en cuenta los MT publicados en los últimos 10 años en los que se ha hecho un intento por controlar los distintos sesgos que presentaban los primeros ECAs, hemos encontrado que en general la TCCp muestra tamaños del efecto<sup>a,18</sup> (TE) en un rango bajo y medio sobre la sintomatología psicótica positiva y negativa. Sin embargo, cuando en esos mismos MT se tienen en cuenta la calidad metodológica de los ECAs, los efectos disminuyen aún más o llegan a ser no significativos. Más concretamente, en el caso de los síntomas positivos y negativos se obtuvo un TE de 0.14 y 0.01 respectivamente en el MT de Turner et al.<sup>19</sup> y de 0.08 y 0.04 respectivamente en el MT de Jauhar et al.<sup>20</sup>. En cuanto a las alucinaciones, controlando el sesgo de enmascaramiento de las evaluaciones, se obtuvo un TE de 0.46 (rango bajo, van der Gaag et al.<sup>21</sup>) y 0.18 (TE no significativo, Jauhar et al.). En cuanto a los delirios, van der Gaag et al. obtuvieron un TE de 0.24 (rango bajo) y Mehl et al.<sup>22</sup> obtuvieron un TE no significativo (0.14).

La verdad es que estos resultados no son nada alentadores, si además añadimos las conclusiones del informe de la Cochrane realizado por Jones et al.<sup>23</sup> (pp. 34) en el que se afirma: “El uso de la TCCp se ha asociado con cierta reducción de los síntomas, especialmente los síntomas positivos de la esquizofrenia. Sin embargo, existe una variabilidad considerable en los resultados de los diversos estudios y, en la actualidad, no es posible afirmar ningún beneficio sustancial de la terapia cognitivo-conductual sobre otras terapias psicológicas”.

Teniendo en cuenta los estudios revisados en este trabajo, no deja de ser llamativo cómo en Reino Unido, por ejemplo, instituciones como la *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)<sup>24</sup> o la *British Psychological Society*<sup>25</sup> la proponen como una terapia de elección para el tratamiento de los síntomas psicóticos. Las evidencias que disponemos hasta la fecha no apoyan la consideración de la TCCp como terapia de elección para la psicosis.

<sup>a</sup> El tamaño del efecto es un índice, usualmente estandarizado, que indica la magnitud de una relación o efecto. Los puntos de corte para interpretar un tamaño del efecto son: 0.00-0.19 despreciable, 0.20-0.49 bajo, 0.50-0.79 medio y a partir de 0.80 alto.



## No podemos mezclar churras con merinas

Si bien la evidencia disponible no apoya a la TCCp como terapia de elección para la psicosis, ¿cómo podemos entender los resultados encontrados en los MT publicados hasta la fecha? Desde mi punto de vista, para hacer una evaluación objetiva de la eficacia de la TCCp, habría que tener en cuenta lo siguiente:

1. En su origen, la TCCp fue diseñada para el abordaje de los trastornos depresivos. Las técnicas básicas, como el modelo ABC, la flecha descendente, el trabajo con esquemas, el debate socrático, la aplicación de pruebas de realidad, etc., se empezaron a aplicar en personas con psicosis sin una valoración de la adecuación previa de estas técnicas. Se partía del supuesto de que lo que es aplicable en unos trastornos es también aplicable en otros. No se hicieron, por tanto, estudios específicos para conseguir esa adaptación, por lo que podemos afirmar que no existe una terapia cognitiva para la psicosis, lo que tenemos es una *terapia cognitiva para la depresión adaptada a la psicosis*. Solo recientemente, es cuando se están empezando a ensayar procedimientos terapéuticos específicos para los trastornos psicóticos basados en modelos teóricos sobre la psicosis. Un ejemplo de ello lo tenemos en los ensayos controlados de TCC centrados en el abordaje de la preocupación<sup>26,27</sup>, la autoestima<sup>28</sup> y el sesgo de razonamiento centrado en el salto a las conclusiones<sup>29</sup>.
2. Un problema muy relevante en los ECAs sobre la eficacia de la TCCp es que han sido diseñados utilizando las mismas variables de resultados que en los ensayos para medir la eficacia de los psicofármacos. La meta de todos estos ensayos es la erradicación o la mejora de los síntomas de la psicosis, siguiendo el modelo de la TCCp como un “cuasineuroléptico”<sup>30</sup>. Sin embargo, los objetivos de la TCCp no son la reducción de los síntomas positivos y negativos en sí mismos, sino la eliminación o reducción de la perturbación emocional y la conducta disfuncional asociadas al trastorno psicótico. Por tanto, no deberíamos extrañarnos por los TE bajos o no significativos obtenidos en los MT encontrados en la literatura científica. La investigación cualitativa sobre los “ingredientes claves” de la TCCp<sup>31</sup> ha mostrado que su efecto principal, según las declaraciones de los mismos pacientes, consistiría en un incremento de la comprensión de la psicosis, una revaloración de las creencias perturbadoras y una normalización de la vida de la persona. Los pacientes con la terapia psicológica no experimentan necesariamente una reducción en la frecuencia o en el contenido angustiante de las experiencias psicóticas, sino más bien, consiguen mejorar las habilidades de afrontamiento y un mayor empoderamiento ante la psicosis y, en general, aprenden a vivir



con el trastorno. Por tanto, aunque la reducción de los síntomas es una meta importante, cuando se trata de estudiar los efectos de las TCCp, ésta es una meta errónea e incompleta. Futuros ensayos controlados deberían afinar las medidas de resultado para conseguir una valoración más exacta y comprensiva de los efectos de las terapias psicológicas.

3. Lo anterior nos lleva a cuestionarnos la idoneidad de los mismos ensayos controlados, tal como se han desarrollado hasta la fecha para evaluar la eficacia de la TCCp. Es evidente que estos procedimientos pueden ser idóneos para el estudio de la eficacia de los neurolépticos, pues de lo que se trata en este caso es medir el efecto de reducción de los síntomas, que es el objetivo del tratamiento farmacológico. Por tanto, en este contexto, el uso de una metodología basada en el resultado es lo más adecuado. En el caso de la TCCp, como decía antes, esto sería un objetivo lícito pero incompleto. La TCCp trabaja sobre procesos muy complejos de relación de la persona consigo mismo y con el entorno, por lo que medidas puntuales de resultados no tendrían la suficiente sensibilidad para captar estos procesos tan complejos. Desde mi punto de vista, habría que complementar los ECAs con estudios de corte cualitativo que permitieran acercarnos a esta meta. Además, sería también deseable desempolvar la vieja metodología de replicación intrasujeto, en la que la generabilidad de los datos no se obtiene por el tamaño de la muestra (como en los estudios estadísticos), sino a partir de la replicabilidad y constatación de los hechos conductuales.

En definitiva, aunque no sean muy alentadores los resultados obtenidos en los estudios realizados hasta la fecha sobre la eficacia de la TCCp, desde mi punto de vista, considero que tal como se han llevado a cabo, no podemos llegar a una conclusión clara sobre este tema. Los procedimientos metodológicos al uso no son adecuados para la consecución de este objetivo. Por ello considero que es necesario emplear metodologías más sensibles para captar y evaluar una actividad tan compleja como la psicoterapéutica. Pero eso ya es otra historia.

---

## Referencias

<sup>1</sup> Malmberg, L. y Fenton, M. (2003). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database System Review*, (3):CD001360.

<sup>2</sup> Watts, F.N., Powell, G.E. y Austin, S.V. (1973). Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.

<sup>3</sup> Hartman, L.M. y Cashman, F.E. (1983). Cognitive-behavioral and psychopharmacology treatment of delusional symptoms. *Behavior Psychotherapy*, 11, 50-61.



- <sup>4</sup> Chadwick, P.D.J. y Birchwood, M.J. (1994). The omnipotence of voices: a cognitive approach to hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- <sup>5</sup> Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- <sup>6</sup> Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press.
- <sup>7</sup> Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996): *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- <sup>8</sup> Tarrier, N., Harwood, S., Yusupoff, L., Beckett, R. y Baker, A. (1990). Coping strategy enhancement (CSE): A method of treating residual schizophrenic symptoms. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 283-293.
- <sup>9</sup> Turkington, D. y Kingdon, D. (1996). Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. En G. Haddock y P.D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.
- <sup>10</sup> Kendler, K.S. y Campbell, J. (2009). Interventionist causal models in psychiatry: repositioning the mind-body problem. *Psychological Medicine*, 39(6), 881-887.
- <sup>11</sup> Freeman, D. y Garety, P. (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1179-89.
- <sup>12</sup> Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. y Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162(4), 524-532.
- <sup>13</sup> Rector, N.A. y Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5), 278-87.
- <sup>14</sup> Begg, C., Cho, M., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Olkin, I., Pitkin, R., Rennie, D., Schulz, K.F., Simel, D. y Stroup, D.F. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA*, 276, 637-639.
- <sup>15</sup> Tarrier, N. y Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1377 - 1401.
- <sup>16</sup> 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), 523-37.
- <sup>17</sup> Hazell, C.M., Hayward, M., Cavanagh, K. y Strauss, C. (2016) A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review*, 45, 183-192.
- <sup>18</sup> Rivera de los Santos, F. (2017). Convivencia del nivel de significación y tamaño del efecto y otros retos de la práctica basada en la evidencia. <http://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/83-convivencia-del-nivel-de-significacion-y-tamano-del-efecto-y-otros-retos-de-la-practica-basada-en-la-evidencia/file>, consultado el 20/09/2017; 17:38.
- <sup>19</sup> Turner D.T., van der Gaag M., Karyotaki E. y Cuijpers P. (2014). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 171(5):523-38.
- <sup>20</sup> Jauhar, S., McKenna, P.J. Radua, J. Fung, E. Salvador, R. y Laws, K.R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry*, 204 (1), 20-29.
- <sup>21</sup> Van der Gaag, M., Valmaggia, L. y Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156, 30–37.



- <sup>22</sup> Mehl, S., Werner, D. y Lincoln, T.M. (2015). Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1450.
- <sup>23</sup> Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A. e Irving, C.B. (2014). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4: CD008712.
- <sup>24</sup> NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. London: National Institute for Clinical Excellence, 2014.
- <sup>25</sup> Cooke, A. (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia: Why people sometimes hear voices, believe things that others find strange, or appear out of touch with reality, and what can help*. Londres: British Psychological Society, Division of Clinical Psychology. <http://www.understandingpsychosis.net/>.
- <sup>26</sup> Foster, C., Startup, H., Potts, L. y Freeman, D. (2010). A randomised controlled trial of a worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions. *Journal Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 45–51.
- <sup>27</sup> Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., et al. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry*, 2, 305–313.
- <sup>28</sup> Freeman, D., Pugh, K., Dunn, G., Evans, N., Sheaves, B., Waite, F., et al. (2014). An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: the potential benefits of enhancing self-confidence. *Schizophrenia Research*, 160, 186–192.
- <sup>29</sup> Waller, H., Emsley, R., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G. y Fowler, D., et al. (2015). Thinking well: a randomised controlled feasibility study of a new CBT therapy targeting reasoning biases in people with distressing persecutory delusional beliefs. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 82–89.
- <sup>30</sup> Birchwood, M. y Trower, P. (2006). Cognitive Therapy for Command Hallucinations: Not a Quasi-Neuroleptic. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 1-7.
- <sup>31</sup> Berry C, y Hayward M. (2011). What can qualitative research tell us about service user perspectives of CBT for psychosis? A synthesis of current evidence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 487–94.