

**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL EN EL  
TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA POSITIVA  
DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS.  
UN ESTUDIO PRELIMINAR**

Juan Jesús Muñoz García, José María Manzano Callejo  
*Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios*  
Encarnación Navas Collado  
*Instituto Psiquiátrico José Germain*  
Juan Matías Santos García y Tomás Ortiz Alonso  
*Universidad Complutense de Madrid*

**Resumen**

Numerosos estudios experimentales avalan la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales junto con los tratamientos psicofarmacológicos en el tratamiento de la esquizofrenia. Aunque la mayoría de las investigaciones se centran en terapia individual se considera necesario profundizar en el conocimiento de la utilidad de la terapia grupal para estos síntomas.

En este estudio preliminar se ha utilizado una muestra final de 7 pacientes varones con diagnósticos del espectro psicótico ingresados en una unidad de larga estancia durante un promedio de 9 años aproximadamente y con un nivel de funcionamiento medio valorado a través de la EEAG de 59. Todos los participantes tenían al menos estudios primarios y recibían tratamiento psicofarmacológico que no varió durante el procedimiento terapéutico grupal. Se realizaron 26 sesiones de entre 45 minutos y una hora de duración basadas en técnicas cognitivo-conductuales (terapia racional emotiva, reestructuración cognitiva así como experimentos conductuales) y dirigidas, básicamente, a los delirios y las alucinaciones. Para la comprobación de los resultados se aplicaron un conjunto de pruebas al inicio y finalización del grupo que se centraban en los síntomas productivos (PSYRATS e IVI), síntomas en psicosis (PANSS) y actitudes hacia la medicación (DAI).

El tratamiento realizado supuso una mejoría significativa en el conjunto de síntomas positivos, psicopatología general, frecuencia de aparición de alucinaciones auditivas, cantidad de contenido negativo en las alucinaciones, frecuencia de ansiedad producida por las alucinaciones, intensidad de la

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Centro San Juan de Dios. Avenida San Juan de Dios, Nº 1, 28350. Ciempozuelos (Madrid). E-mail: [juanjesus.munoz@sjd.es](mailto:juanjesus.munoz@sjd.es); [juanjesusmunoz@yahoo.es](mailto:juanjesusmunoz@yahoo.es)  
*Fecha de recepción del artículo:* 03-05-2012.  
*Fecha de aceptación del artículo:* 11-07-2012

ansiedad y/o repercusiones de las alucinaciones en la vida diaria así como control ejercido sobre las voces. También hubo mejoras en las actitudes hacia la medicación, que expresarían un aumento del *insight*.

Estos resultados son concordantes con los de otras investigaciones y orientan hacia la necesidad de seguir profundizando en la investigación de la eficacia de este tipo de técnicas tanto en formato grupal como individual delimitando la utilidad de las mismas, tanto conjunta como aisladamente.

**PALABRAS CLAVE:** *terapia grupal cognitivo-conductual, síntomas positivos, terapia racional emotiva, rehabilitación cognitiva.*

### **Abstract**

Numerous experimental studies support the efficacy of cognitive-behavioural techniques, along with psychopharmacological treatments, in the treatment of schizophrenia. Although most investigations have focused on individual therapy, it is considered necessary to deepen the knowledge of the usefulness of group therapy for these symptoms.

The final sample used in this preliminary study consists of 7 male patients with diagnosis of psychotic spectrum disorders, admitted to a long-stay unit during an average of approximately 9 years, and with an average level of functioning of 59, as assessed by the GAF. All participants had at least primary education and received psychopharmacological treatment which did not vary during the group therapeutic procedure. There were 26 sessions of 45 to 60 minutes based on cognitive-behavioural techniques (rational emotive therapy, cognitive restructuring and behavioural experiments) and aimed basically at delusions and hallucinations. To test the results, a set of tests was administered at the start and at the end of the group; these tests focused on productive symptoms (PSYRATS and IVI), symptoms of psychosis (PANSS) and attitudes towards medication (DAI).

The treatment implemented led to a significant improvement in the overall positive symptoms, general psychopathology, frequency of auditory hallucinations, amount of negative content in hallucinations, frequency of anxiety caused by hallucinations, intensity of anxiety and/or impact of hallucinations in daily life, as well as control exerted over the voices. There were also improvements in the attitudes towards medication, which would denote an increase of *insight*.

These results are consistent with those of other studies, and they point towards the need to further deepen the investigation of the effectiveness of these techniques, in both group and individual format, by defining their usefulness, both jointly and separately.

**KEYWORDS:** *cognitive-behavioural group therapy, positive symptoms, rational emotive therapy, cognitive rehabilitation.*

## Introducción

Beck (1952) es el autor pionero en la aplicación del modelo cognitivo-conductual para el análisis y tratamiento de síntomas psicóticos a un paciente con un delirio resistente al tratamiento farmacológico con un diseño para treinta sesiones durante unos ocho meses. A su término, el paciente aprendió a cuestionarse y razonar sobre sus creencias erróneas cuando comenzaba a tener sospechas de que estaba siendo observado. Hole, Rush y Beck (2), publicaron otro trabajo sobre la aplicación cognitiva en ocho pacientes con ideación delirante que consiguieron explicar sus delirios como hipótesis cuestionables sobre el significado de ciertos acontecimientos, en lugar de verdades inamovibles.

A partir de estas bases empíricas, la mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales se han dirigido a tratar las alucinaciones en forma de voces, por ser éstas las que mayores molestias y sufrimiento producen. Al igual que con el delirio, el terapeuta hace una investigación completa sobre la frecuencia, la intensidad, la variabilidad, los eventos externos o internos que las precipitan, el contenido de las voces y las creencias que el paciente tiene sobre ellas (malevolencia, omnipotencia, benevolencia, etc.), indagando sobre los indicios que respaldan las creencias sobre las voces y las reacciones del paciente. En la terapia de síntomas positivos se utilizan técnicas de distracción, “reducción al absurdo” y/o registros (Beck y Rector, 2002).

Como resultados a destacar cabe señalar el estudio de Tarrier, Yusupoff y Kinnert (1998), consistente en un estudio aleatorizado, controlado y ciego con 87 pacientes con esquizofrenia crónica que recibieron el tratamiento convencional con antipsicóticos y controles por psiquiatras y que fueron repartidos en tres grupos: uno recibió terapia cognitiva-conductual (técnicas para prevenir recaídas, solución de problemas y estrategias para potenciar la adaptación al medio) otro tuvo tratamiento de apoyo y el último recibió su tratamiento habitual únicamente. Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos apareciendo menor sintomatología positiva, de menor intensidad y hasta ocho veces más probabilidad de presentar una mejoría del 50% de sus síntomas en el grupo de terapia cognitivo-conductual. Pinto, La Pia, Mennella, Giorgio y DeSimone (1999) realizaron un ensayo aleatorio controlado con 41 pacientes con historia de esquizofrenia refractaria al tratamiento antipsicótico divididos en dos grupos que fueron medicados con clozapina a dosis efectivas. El grupo con terapia cognitiva-conductual presentó la mayor reducción en las medidas de síntomas psicóticos globales y también positivos, manteniendo la mejoría en síntomas positivos y negativos frente a los controles a los seis meses.

Otro resultado es el de Sensky, Turkinggon, Kingdom, Scott, Scott et al. (6) en un estudio aleatorizado y controlado con 90 pacientes que tenían un

diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento farmacológico. Los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual mostraron reducciones significativas en las escalas de síntomas positivos y negativos, así como en la de depresión incluso a los 9 meses frente a los que no la recibieron. Por último, el trabajo de Turkington y Kingdon (2000) consistente en un ensayo aleatorizado, controlado y ciego con pacientes divididos en 2 grupos de los que uno recibía además de su tratamiento habitual la terapia cognitivo-conductual también mostró mejoría de los últimos frente a los primeros.

Por tanto, la terapia cognitivo-conductual supone un excelente complemento del tratamiento psicofarmacológico, encontrándose evidencias de su efectividad tanto en síntomas positivos como negativos, mejorando el *insight*, el cumplimiento terapéutico y la agresividad en pacientes esquizofrénicos (Rathod, Phiri y Kingdon, 2010). Así, en el Reino Unido se considera de forma estandarizada la utilización de terapia cognitivo-conductual junto al tratamiento antipsicótico como el tratamiento más eficaz en psicosis (Prytys, Garety, Jolley y Onwumere, 2010).

Nuestra objetivo es el de realizar un estudio preliminar encaminado a comprobar la utilidad de un programa de tratamiento mediante psicoterapia cognitivo-conductual grupal a lo largo de un periodo aproximado de 9 meses. La relevancia de este trabajo es por el bajo número de estudios con terapia grupal en esquizofrenia y, mucho menos, con muestras españolas. El programa de tratamiento cognitivo-conductual propuesto se basa en el modelo ABC – antecedentes, creencias y consecuencias-, de características racionales y emotivas y propuesto por Ellis (Ellis, 1980, 1985, 1989; Ellis y Grieger, 1981), en el abordaje de las posibles distorsiones cognitivas definidas por Beck (1976) y en el proceso de reestructuración en grupo abordando diversos parámetros relacionados con sintomatología positiva.

## Método

### *Participantes*

Se contó con la participación inicial de un total de 8 pacientes varones diagnosticados de trastornos psicóticos (4 esquizofrenia paranoide, 2 residual y 1 trastorno delirante) según criterios DSM-IV-TR, ingresados en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos y que, posteriormente, fueron reducidos a 7 por la imposibilidad de un paciente de continuar con el programa psicoterapéutico dada la afectación comportamental que provocaba su sintomatología positiva. No había incapacitados y todos dieron su consentimiento para la participación en la

investigación que fue realizada siguiendo la declaración de Helsinki en su revisión del año 2000.

En el grupo final, la edad media era de 40,71 años, el periodo promedio de ingreso en el centro fue de 3337,14 días (algo más de 9 años) y la media de años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico inicial era de 7420 días (aproximadamente 20 años). Su nivel de funcionamiento global medido a través de la EEAG del DSM-IV-TR se situaba en un promedio de 59 puntos (afectación moderada).

### *Instrumentos*

Los participantes en el grupo psicoterapéutico completaron diferentes escalas al inicio y finalización del mismo. Dichas pruebas evaluaban signos y síntomas psicóticos así como aspectos específicos de sintomatología positiva y medidas indirectas del *insight* a través de las actitudes hacia la medicación:

- a) Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia (PANSS): elaborada por Kay, Fiszbein y Opler en el año 1997 (Kay, Fiszbein y Oler, 1987). Es una entrevista semiestructurada aplicada por un clínico y consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: 1) dimensional y 2) categorial y que conforman 4 escalas: a) PANSS-P (escala positiva), b) PANSS-N (escala negativa), c) PANSS-C (escala compuesta) y d) PANSS-PG (psicopatología general). Se puntúa con una escala Likert y habría puntos de corte y las puntuaciones directas obtenidas se transforman en centiles. Existe un estudio de las propiedades psicométricas de la escala con muestra española (16).
- b) Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI): elaborada por Hogan, Awad y Eastwood (1983). Prueba autoaplicada con ítems dicotómicos que evalúan la respuesta subjetiva a los neurolépticos. Se ha aplicado una versión breve formada por 10 ítems referidos al afecto percibido de la medicación. No existen puntos de corte definidos determinando las puntuaciones elevadas mejor efecto percibido de la medicación.
- c) Inventario de Interpretación de las Voces (IVI). Elaborado por Morrison, Wells y Nothard (2000). Prueba autoaplicada que consta de 26 ítems puntuables en escala Likert que evalúan la interpretación y/o reacción que tienen los pacientes esquizofrénicos ante las voces que escuchan y/o han escuchado. Comprende tres factores: 1) creencias metafísicas sobre

las voces, 2) creencias positivas sobre las voces e 3) interpretación sobre pérdida de control. No existen puntos de corte mostrando mayor gravedad los que tienen mayores puntuaciones.

- d) Escala de Evaluación de las Alucinaciones Auditivas (PSYRATS). Elaborada por Haddosck McCarron, Tarrier y Faragher (1999). Esta prueba heteroaplicada consta de 17 ítems que son el total de dos subescalas (alucinaciones auditivas y delirios) puntuables en escala Likert. Se ha utilizado la subescala que evalúa las alucinaciones y que se encuentra validada en español por González, Sanjuán, Cañete, Echánove y Leal (2003).
- e) Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Supone la asignación de una puntuación comprendida entre 0 y 100 (de peor a mejor funcionamiento global). Esta escala es el Eje V del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2000). La puntuación tiene en cuenta tanto aspectos clínicos como de desempeño psicosocial.

### *Procedimiento*

El estudio se ha realizado en un contexto clínico con un grupo de pacientes con diagnósticos del espectro psicótico. Como variables de selección para la terapia grupal se utilizaron: 1) la indicación en el plan de rehabilitación del usuario del grupo, 2) la preservación cognitiva (nivel de deterioro cognitivo mínimo o leve) y/o nivel de funcionamiento suficiente (intervalo EEAG mínimo de 50 a 59 o superior), 3) la presencia de sintomatología positiva que no impidiese la participación en un grupo así como 5) un mínimo de estudios primarios (ninguno había llegado a la universidad). Por último, todos estaban en tratamiento psicofarmacológico con diferentes neurolépticos, benzodiazepinas y/o antidepresivos no produciéndose variación en su pauta a lo largo del proceso grupal.

Los pacientes fueron asignados al grupo terapéutico por un psiquiatra y/o psicólogo clínico. En el grupo, un psicólogo clínico se encargaba de dirigir las 26 sesiones (duración entre 45 minutos y 1 hora aproximadamente) programadas y descritas brevemente en la tabla 1. Especificar que las escalas heteroaplicadas, a saber, PANSS y PSYRATS, fueron completadas por los facultativos derivantes la semana previa al inicio del grupo terapéutico. Las sesiones se basaban en técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a diferentes aspectos relacionados con sintomatología positiva. El terapeuta utilizaba una

pizarra para la exposición de los contenidos y se aportaba a los sujetos una libreta o cuaderno para que recogiesen las informaciones oportunas.

**Tabla 1.** Comparativa en variables objeto de estudio

<b>Sesión</b>	<b>Contenido resumido</b>
1. Presentación del grupo	Se intenta establecer rapport con el conjunto de pacientes. Al final de la sesión se administra el IVI (Inventario de Interpretación de las Voces)
2. Continuación de la presentación	Se continua con el establecimiento del rapport y al final de la sesión los pacientes completan el DAI (Inventario de Actitudes hacia la Medicación)
3. Continuación de la presentación y toma de contacto con el modelo ABC	Se continua con el establecimiento del rapport y se presenta el esquema principal del modelo ABC con ejemplos “neutros” (no vinculados a psicosis)
4. Exposición del modelo ABC	Se continua explicado el modelo ABC y se estimula a los pacientes a poner ejemplos propios (intentando que no sean vinculados a las psicosis)
5. Distorsiones cognitivas I	Se explican y se trabaja con ejemplos las principales distorsiones cognitivas (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre-generalización y magnificación-minimización)
6. Distorsiones cognitivas II	Se continua con el trabajo en distorsiones abordando, esta vez, la personalización, pensamiento absolutista y/o dicotómico, las evaluaciones incorrectas y las actitudes disfuncionales sobre el placer vs. dolor
7. Distorsiones cognitivas III	Aplicación de las distorsiones aprendidas en las dos sesiones previas a ejemplos relacionados con psicosis. En principio, será el terapeuta quien ponga ejemplos para ir dando paso al conjunto de pacientes
8. Distorsiones cognitivas IV	Se continua con la exposición de ejemplos de distorsiones cognitivas que puedan implicar aspectos vinculados con la psicosis
9. Terapia racional emotiva de Ellis I	Se vuelve a recordar a los pacientes el modelo ABC de Ellis y se expone algún ejemplo relacionado con psicosis
10. Terapia racional emotiva de Ellis II	Se profundiza en el modelo ABC realizando un planteamiento del significado de ideas irracionales y exponiendo ejemplos de las mismas
11. Terapia racional emotiva de Ellis III	Los pacientes realizarán ejercicios de “papel y lápiz” con el modelo ABC intentando generar conductas alternativas que lleven a diferentes consecuencias ante situaciones problemáticas
12. Terapia racional emotiva de Ellis IV	Se trabajan aspectos moleculares del modelo, en concreto la conexión existente entre los antecedentes (A) y las consecuencias (C) a través de ejemplos
13. Terapia racional emotiva de Ellis V	Nuevamente se trabajan aspectos concretos pero ,en este caso, la conexión entre la creencia (B) y las consecuencias (C)
14. Terapia racional emotiva de Ellis VI	Se trabajará con el esquema ABC pero con ejemplos específicos de los pacientes. Se intentará que expongan situaciones vinculadas a sus propias interpretaciones delirantes. Sólo se pretenderá el registro de las situaciones

15. Terapia racional emotiva de Ellis VII	Utilizando el efecto facilitador del grupo se pretende que los usuarios trabajen con las situaciones registradas en la situación previa y generen creencias y consecuencias alternativas tanto para sus interpretaciones como para las de los demás
16. Terapia racional emotiva de Ellis VIII	Se trabajará específicamente con las creencias (B) realizando una sesión grupal de reestructuración cognitiva y fomentando la participación del conjunto de pacientes. Para ello, se seleccionarán un par de delirios de pacientes con menor resistencia al abordaje de los mismos. También se recurrirá a “experimentos conductuales”
17. Terapia racional emotiva de Ellis IX	Se siguen trabajando elementos de la sesión previa intentado dar cabida a algún paciente más
18. Terapia racional emotiva de Ellis X	Se refuerza a los pacientes por el trabajo realizado y se repasan los principales conceptos aprendidos (tanto vinculados a los sesgos cognitivos como al modelo ABC)
19. Convicción y mantenimiento de las ideas delirantes	Se pregunta a los pacientes cuál es el nivel de seguridad que le dan a su creencia principal (referido a la delirante) asignando una puntuación del 1 al 10 (el polo mayor es máxima seguridad). Asimismo, se abordan los argumentos que hacen mantener esta creencia. A través del feedback grupal y la reestructuración se abordarán estos aspectos, utilizando estas técnicas en el conjunto de sesiones restantes
20. Afecto hacia las ideas delirantes	Se abordan las emociones vinculadas a las creencias delirantes intentando generar nuevas alternativas (tanto de interpretación como de afecto).
21. Conductas relacionadas con las ideas delirantes	En este caso se trabaja con las conductas generadas a partir de las ideas delirante procediendo a la génesis de alternativas de respuesta
22. Carácter de las voces	Se aborda el tipo de voces que presenta el paciente (imperativas, críticas, insultantes, etc.) así como sus consecuencias intentando generar alternativas y fomentando la participación de todos independientemente de que no tengan actualmente o no hayan tenido la sintomatología
23. Exclusividad de la creencia delirante	Mediante la reestructuración y el feedback grupal se trabaja con la posibilidad de que la creencia de un paciente sea compartida por otros. Es importante orientar a los pacientes hacia la realidad y no dejar posibilidad al reforzamiento de sus creencias delirantes a través del grupo
24. Preocupación y sistematización de las creencias delirantes	Volviendo a utilizar la escala Likert del 1 al 10 se cuestiona acerca del nivel de preocupación que conlleva la creencia. Asimismo, se intentará hacer ver a los usuarios cuáles tienen creencias más sistematizadas y bajo el prisma de realizar un abordaje reestructurador de las mismas
25. <i>Insight</i> de la creencia delirante	Sesión en la que se aborda la singularidad de las creencias de los pacientes, las evidencias que apoyan sus ideas, su percepción de la necesidad de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico y, en su defecto, sintomatología accesoria (por ejemplo: ansiedad).
26. Comienzo del cierre grupal	Aplicación del IVI y del DAI aportando un <i>feedback</i> individualizado del trabajo grupal realizado

*Análisis de datos*

Para la comprobación de la efectividad del programa psicoterapéutico grupal propuesto se han medido diferentes variables al inicio y finalización de la implementación de las técnicas cognitivo-conductuales grupales (ver tabla 2). También se han realizado diferentes pruebas no paramétricas consistentes en contrastes de homogeneidad para dos muestras relacionadas (Wilcoxon en el caso de variables cualitativas ordinales y pruebas de McNemar en el caso de variables dicotómicas).

**Tabla 2.** Comparativa en variables objeto de estudio

Dimensiones	Variable	Cuestionario
Psicopatológica	Síntomas Positivos (PANSS-P)	PANSS
	Síntomas Negativos (PANSS-N)	
	Psicopatología General (PANSS-PG)	
Alucinaciones auditivas	Creencias metafísicas sobre las voces	IVI
	Creencias positivas sobre las voces	
	Interpretación sobre la pérdida de control	
	Puntuación total	
	Frecuencia de aparición	PSYRATS
	Duración	
	Localización	
	Intensidad (volumen)	
	Grado de convicción del origen de las voces	
	Cantidad de contenido negativo de las voces	
Frecuencia de contenido negativo de las voces		
Frecuencia con la que producen ansiedad		
Intensidad de la ansiedad		
Repercusión en la vida diaria causada por las voces		
Control sobre las voces		
Puntuación total		
Actitudes hacia la medicación	Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo	DAI
	Me siento raro/a, como un zombi con la medicación	
	Tomo medicación por decisión mía	
	La medicación hace que me sienta más relajado/a	
	La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a	
	Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a	
	Me siento más normal con la medicación	
	Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones	
	Mis pensamientos son más claros con medicación	
Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo		

Puede comprobarse como en el caso de las escalas PSYRATS y DAI se ha preferido trabajar con los ítems específicos además de con la puntuación final en la escala. Esto se ha realizado dada la gran información cualitativa contenida en cada uno de ellos y por la necesidad de realizar un análisis más molecular de los elementos que pueden variar a raíz de nuestras intervenciones.

### Resultados

La comparación entre la evaluación pre y postratamiento de las variables analizadas muestra resultados favorables en cuanto a la utilidad de las intervenciones cognitivo-conductuales realizadas. Pese a las limitaciones del estudio hay aspectos como el alto nivel de institucionalización o la edad media de los usuarios que invitan a pensar que las intervenciones realizadas podrían tener una influencia significativa en los resultados obtenidos.

En la tabla 3 se presenta la comparación en las variables psicopatológicas medidas mediante la PANSS. Aparecen diferencias significativas en la puntuación total en síntomas positivos –PANSS-P- al comparar la medida pretratamiento con la postratamiento [19,29 vs. 14,43;  $Z_W = -2,371$ ;  $p \leq 0,05$ ]. También habría una mejora en psicopatología general –PANSS-PG- [43,00 vs. 35,86 vs. 11,58;  $Z_W = -2,366$ ;  $p \leq 0,05$ ] y no en síntomas negativos –PANSS-N-.

**Tabla 3.** Pruebas  $Z_{Wilcoxon}$  para la comparativa en variables objeto de estudio

Variables	Pretratamiento		Postratamiento		Análisis	
	Media	DT	Media	DT	$Z_{Wilcoxon}$	p
Escala Positiva (PANSS-P)	19,29	5,85	14,43	4,31	-2,371	$p \leq 0,05$
Escala Negativa (PANSS-N)	19,86	3,80	18,14	4,15	-0,962	$p = 0,336$
Psicopatología General (PANSS-PG)	43,00	8,69	35,86	10,78	-2,366	$p \leq 0,05$

Respecto a las alucinaciones auditivas (ver tabla 4), las puntuaciones en el IVI señalan mejoría en creencias metafísicas de las voces [28,71 vs. 17,14;  $Z_W = -2,371$ ;  $p \leq 0,05$ ], en “interpretación sobre pérdida de control” [10,14 vs. 6,29;  $Z_W = -2,207$ ;  $p \leq 0,05$ ] y en la puntuación total en la prueba [52,57 vs. 34,86;  $Z_W = -2,366$ ;  $p \leq 0,05$ ]

**Tabla 4.** Pruebas  $Z_{Wilcoxon}$  para el Inventario de Interpretación de las Voces (IVI)

Variables	Pretratamiento		Postratamiento		Análisis	
	Media	DT	Media	DT	$Z_{Wilcoxon}$	p
Creencias metafísicas sobre las voces	28,71	12,35	17,14	7,45	-2,371	$p \leq 0,05$
Creencias positivas sobre las voces	15,57	5,71	12,71	9,92	-0,813	$p = 0,416$
Interpretación sobre pérdida de control	10,14	5,69	6,29	2,98	-2,207	$p \leq 0,05$
Puntuación total en IVI	52,57	18,40	34,86	19,55	-2,366	$p \leq 0,05$

De la misma forma, en la escala PSYRATS han aparecido mejoras significativas (ver tabla 5) referidas a la frecuencia de aparición de las alucinaciones auditivas [1,29 vs. 0,29;  $Z_W = -1,890$ ;  $p \leq 0,05$ ], la cantidad de contenidos negativos de las mismas [1,14 vs. 0,43;  $Z_W = -1,890$ ;  $p \leq 0,05$ ], la frecuencia con que producen ansiedad [1,29 vs. 0,43;  $Z_W = -2,121$ ;  $p \leq 0,05$ ], la intensidad de la ansiedad asociada [1,43 vs. 0,43;  $Z_W = -2,070$ ;  $p \leq 0,05$ ], las repercusiones en la vida diaria de esta sintomatología [1 vs. 0,29;  $Z_W = -1,890$ ;  $p \leq 0,05$ ], el control ejercido sobre las voces [2 vs. 0,57;  $Z_W = -2,041$ ;  $p \leq 0,05$ ] y, de forma general, la puntuación global en la escala [12,86 vs. 4,43;  $Z_W = -2,041$ ;  $p \leq 0,05$ ].

**Tabla 5.** Pruebas  $Z_{Wilcoxon}$  para la Escala de Evaluación de las Alucinaciones Auditivas (PSYRATS)

Variables	Pretratamiento		Postratamiento		Análisis	
	Media	DT	Media	DT	$Z_{Wilcoxon}$	P
Frecuencia de aparición	1,29	1,49	0,29	0,76	-1,890	$p \leq 0,05$
Duración	1,00	1,41	0,43	0,79	-1,633	$p = 0,102$
Localización	0,71	0,95	0,29	0,49	-1,342	$p = 0,180$
Intensidad (volumen)	0,43	0,53	0,29	0,49	-1,000	$p = 0,317$
Grado de convicción del origen de las voces	1,29	1,11	0,71	0,76	-1,633	$p = 0,102$
Cantidad de contenido negativo de las voces	1,14	1,46	0,43	0,79	-1,890	$p \leq 0,05$
Frecuencia de contenido negativo de las voces	1,29	1,60	0,29	0,49	-1,633	$p = 0,102$
Frecuencia con la que producen ansiedad	1,29	1,38	0,43	0,79	-2,121	$p \leq 0,05$
Intensidad de la ansiedad	1,43	1,40	0,43	0,79	-2,070	$p \leq 0,05$
Repercusión en la vida diaria causada por las voces	1	1,16	0,29	0,76	-1,890	$p \leq 0,05$
Control sobre las voces	2	1,73	0,57	0,79	-2,041	$p \leq 0,05$
Escala de Evaluación de las Alucinaciones Auditivas (PSYRATS)	12,86	11,16	4,43	6,21	-2,041	$p \leq 0,05$

Al analizar las actitudes hacia la medicación de los pacientes del grupo psicoterapéutico (ver tabla 6); sólo se han encontrado diferencias significativas en las respuestas al ítem “la medicación hace que me sienta más relajado” [ $X^2_{McNemar} = -6,000$ ;  $p \leq 0,05$ ].

Como último dato destacable, se encontró una mejoría significativa en la puntuación EEAG de los participantes del grupo [59 vs. 65,57;  $Z_W = -2,321$ ,  $p \leq 0,01$ ].

**Tabla 6.** Pruebas  $X^2_{McNemar}$  para el Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI)

Variables	Pretratamiento		Postratamiento		Análisis	
	Falso	Verdadero	Falso	Verdadero	$X^2_{McNemar}$	p
Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo	2	5	2	5	0,000	p=1,000
Me siento raro/a, como un zombi con la medicación	5	2	2	5	0,000	p=0,375
Tomo medicación por decisión mía	5	2	1	6	-2,828	p=0,125
La medicación hace que me sienta más relajado/a	7	0	1	6	-6,000	p≤0,05
La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a	4	3	2	5	-1,000	p=0,625
Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a	6	1	3	4	-2,121	p=0,250
Me siento más normal con la medicación	4	3	4	3	0,000	p=1,000
Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones	6	1	3	4	-1,441	p=0,375
Mis pensamientos son más claros con medicación	6	1	4	3	-1,000	p=0,625
Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo	6	1	2	5	-2,828	p=0,125

## Discusión

El tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos es, en muchas ocasiones, la única intervención tenida en cuenta para el paciente con esquizofrenia y más en un medio institucional. Sin embargo, la terapia cognitiva-conductual es una herramienta útil para mejorar y promover la

adaptación del paciente a su entorno, para controlar sus síntomas y para mejorar su funcionamiento global (Jones, Cormac, Silveira da Mota y Campbell, 2008).

Nuestros resultados son similares a los de otros autores (Pinto et al., 1999; Sensky et al., 2000; Tarrier et al., 1998; Turkington et al., 2000) en cuanto a obtener una mejoría global en el desempeño psicosocial y en síntomas psicóticos en general, así como en síntomas positivos (delirios/alucinaciones). Refiriéndonos específicamente a las alucinaciones, las mejorías se refieren a la menor frecuencia de aparición de las alucinaciones auditivas, la menor cantidad de contenido negativo, la disminución de la frecuencia con que producen ansiedad, la menor intensidad de la ansiedad asociada con menor repercusión en la vida diaria de esta sintomatología, mejor control ejercido sobre las voces y, de forma general, la puntuación global en la escala que valora esta sintomatología. También ha habido mejoras en el control percibido sobre las voces e interpretaciones acerca de su origen o procedencia. Al analizar las actitudes hacia la medicación de los pacientes del grupo psicoterapéutico y su evolución tras la terapia grupal; se han encontrado diferencias significativas en un ítem relacionado con modificación de las actitudes y, tácitamente, aumento del *insight*. En todo caso, aunque apriorísticamente sería esperable un mayor aumento del *insight* o mayor significación de los cambios producidos por la mejora en síntomas positivos, la egosintonía del pensamiento psicótico merma la *auténtica* concienciación, siendo ésta *sustituida* por la mejora global de funcionamiento y/o disminución específica de síntomas. De la misma manera, no podemos especificar qué técnicas concretas son las que han producido los efectos significativos hallados pero sí señalar que ha habido una cierta modificación de la valencia de las creencias delirantes hacia una influencia más neutra o más benigna algo habitual en este tipo de estudios (Muñoz y Ruiz, 2007).

Por otro lado, cabría preguntarse si los síntomas negativos son una barrera para la terapia cognitiva. Aunque los resultados de este trabajo preliminar y otros refuerzan la idea de la impermeabilidad de la sintomatología negativa a estos procedimientos (Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987; Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington et al., 1997; Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff et al., 1993; Tarrier et al., 1998), lo cierto es que aún no se dispone de evidencia suficiente que descarte la utilidad de estas técnicas para estos síntomas, apareciendo incluso investigaciones que señalan una mejoría de los mismos (Turkington, Kingdon, Rathod, Hammond and Pelton, 2006).

A modo de conclusión diríamos que, tanto la literatura científica existente como los resultados hallados en este estudio preliminar acerca de la eficacia de una intervención grupal sobre sintomatología positiva en pacientes con trastorno esquizofrénico y basada en técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales; orientan hacia la ya mostrada utilidad de estas técnicas (D'Amato,

Bation, Cochet, Jalenques, Galland et al., 2010; Jones et al., 1987; Pilling et al., 2002; Pinto et al., 1999; Sensky et al., 2000; Tarrier et al., 1998; Turkington et al., 2000).

En la investigación realizada, el trabajo grupal parece, cuanto menos, tan útil como el individual, si bien somos conscientes de las limitaciones concernientes al tamaño muestra y de las relativas al control de posibles variables extrañas. No obstante, se considera necesario profundizar en la investigación de esta línea de trabajo, respecto a la eficacia de estas intervenciones grupales con diseños experimentales que incrementen la fiabilidad y validez de los resultados expuestos. También sería útil ampliar la línea de investigación con terapia cognitivo-conductual hacia la eficacia en sintomatología negativa sobre todo al examinar resultados en que incluso con procedimientos breves aplicados por personal de enfermería se produjeron mejoras significativas tanto en síntomas positivos como negativos (Turkington et al., 2006).

Actualmente se está realizando un trabajo con una muestra más amplia y generando grupos de comparación sin psicoterapia cognitivo-conductual maximizando el control de variables que pudieran influir en los resultados. El reto futuro más inmediato es aumentar las posibilidades de generalización de los resultados y, sobre todo, comprobar la durabilidad de los mismos al seguimiento a medio y largo plazo.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. revised*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rector, N. A. (2002). Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 39-48.
- Brett-Jones, J., Garety, P. A. y Hemsley, D. R. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- D'Amato, T., Bation, R., Cochet, A., Jalenques, I., Galland, F., Giraud-Baro, E., Pacaud-Troncin, M., Augier-Astolfi, F., Llorca, P. M., Saoud, M. y Brunelin, J. A. (2010). Randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 125, 284-290.
- Ellis, A. (1980) *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Ellis, A. (1985) *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum Press.
- Ellis, A. (1989) *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- González, J. C., Sanjuán, J., Cañete, C., Echánove, M. J. y Leal, C. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: la Escala PSYRATS. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 10-17.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. y Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-888.
- Hogan, T. P., Awad, A. G. y Eastwood, M. R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13; 177-183.
- Hole, R. W, Rush A. J. y Beck, A. T. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, 42, 312-319.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I. y Campbell, C. (2008). Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca *Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, Hadley C. (1997) London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis, I: effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Morrison, A. P., Wells, A. y Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78.
- Muñoz, F. J. y Ruiz, S.L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (1), 98-110.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric Properties of the Positive and negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53, 31-40.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32,763-782.
- Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D. y DeSimone, L. (1999). Cognitive behavioral therapy and clozapine for clients with treatment refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1999; 50:901-904.
- Prytys, M., Garety, P. A., Jolley, S., Onwumere, J. y Craig, T. (2010) Implementing the NICE guideline for schizophrenia recommendations for psychological therapies: a qualitative analysis of the attitudes of CMHT staff. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(1), 48-59.

- Rathod, S., Phiri, P. y Kingdon, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*; 33,527-536.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott J. L. y Siddler, R (2000). A randomized controlled trial of cognitive- behavioral therapy for persistent symptoms on schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57,165-172.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. y Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients, I: outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162,524-532.
- Tarrier, N., Yusupoff, L. y Kinney, C (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317,303-307.
- Turkington, D. y Kingdon, D. (2000) Cognitive behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry*; 177,101-106.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. y Mehta R. (2006) Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40.