

## **Título: Terapia Cognitivo Conductual en Esquizofrenia**

Autor: Dr. Hernández Lira Nicolás Alejandro

Palabras clave: Esquizofrenia, Terapia Cognitivo Conductual, Tratamiento, Alucinaciones, Delirios

Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México, México,  
direccion@incosame.com.mx

### **INTRODUCCIÓN**

Uno de los fundamentos teóricos de la Psicoterapia Cognitivo – Conductual es la premisa de que los sentimientos, la conducta y los pensamientos se influyen entre sí, y que estos tres no son consecuencias inevitables de acontecimientos anteriores o exteriores, un ejemplo de esto es una alucinación en donde la persona que la sufre busca darle una interpretación a partir de sus creencias, lo que conlleva a una emoción y a una conducta, y a más pensamientos.

Las técnicas de modificación de creencias o de reestructuración cognitiva desde una terminología más clásica, se deriva de los trabajos de Beck (1983) y Ellis (1992), en el que siguen un sistema y un procedimiento muy parecidos a los utilizados en otros trastornos como en la depresión y la ansiedad. La diferencia fundamental se encuentra en el especial énfasis que se pone a la relación terapéutica como marco fundamental para lograr el cambio y en una mayor flexibilidad en la aplicación de las técnicas cognitivas, conductuales y emocionales para la Esquizofrenia. En este sentido, con personas que son especialmente vulnerables a las contingencias sociales y que por lo general no suelen hacer una demanda específica al psicólogo (más bien son llevados por los familiares o mandados por otro profesional), no se puede aplicar estrictamente el mismo encuadre terapéutico que con otros pacientes, hay que llevar a cabo una mayor flexibilidad en cuanto a la periodicidad de las citas, la duración de las sesiones, la aplicación de las técnicas, etc; además de hacer énfasis en dedicarle el tiempo a “cultivar” la relación dentro de un marco negociado entre paciente y terapeuta (Hernández y Sánchez, 2007).

Las principales estrategias cognitivo – conductuales para la esquizofrenia que hasta la fecha tienen mayor apoyo empírico (Perona, Cuevas, Vallina y Lemos. 2003), son:

1. Las dirigidas a enseñar al paciente una variedad de estrategias para afrontar las experiencias relacionadas con el trastorno, las reacciones emocionales, conductuales y de pensamiento disfuncionales y lograr amortiguar o disminuir los síntomas del trastorno, evitando así consecuencias desadaptativas o disfuncionales.
2. Las técnicas destinadas a la modificación de las creencias delirantes. Se interviene sobre las inferencias y las evaluaciones personales, elaborando paciente y terapeuta una interpretación diferente que dé un nuevo sentido a la experiencia de los síntomas.
3. El reconocimiento de señales propias que indiquen una posibles recaídas y la estabilización de los logros alcanzados durante la terapia.

Intervenciones cognitivo – conductuales para el delirio y la alucinación.

Una línea de intervención para la alucinación y el delirio que más se ha desarrollado en los últimos años, ha sido la de enseñar a los pacientes estrategias para afrontar sus síntomas. Esta intervención consiste principalmente en diseñar programas de entrenamiento individualizados para acrecentar las habilidades y competencias de auto-manejo de los síntomas, o sea; a la autogeneración activa de procedimientos cognitivos y conductuales que aborden directamente los síntomas mencionados o al menos disminuya la angustia asociada a los mismos. Este diseño de programas requiere previamente que los pacientes ya manejen una conciencia de enfermedad previo.

Algunos planteamientos realizados por Byrne, Trower, Birchwood, Meaden y Nelson (2003), desde esta perspectiva para el tratamiento de las alucinaciones y los delirios son:

1. se conceptúan los delirios como inferencias, es decir; afirmaciones que hace el paciente sobre sí mismo, su entorno o su alucinación y que pueden ser adaptables al medio o no.
2. Lo anterior implica que el terapeuta debe de dirigir sus esfuerzos a identificar y modificar las creencias evaluativas desadaptativas (juicios o valoraciones que el sujeto hace sobre sí mismo y los demás), tomando en cuenta las creencias del paciente que son las que utiliza para interpretar la alucinación.
3. La terapia cognitiva de los delirios y las alucinaciones es un proceso que consiste, por un lado; en el análisis de las evidencias que mantiene las inferencias y las

evaluaciones negativas del sujeto, y por otro; en crear un marco alternativo que le permita comprender y explicar su realidad de una forma adaptativa y socialmente aceptada.

La terapia Cognitivo – Conductual se enfoca principalmente en la conciencia del nivel cognitivo – experiencial, en el tratamiento de los delirios y las creencias, por eso se enfatiza un nivel de análisis común, un razonamiento compartido a partir de las alucinaciones y delirios del paciente (Alford y Beck, 1994).

Existen además tres características de las alucinaciones que se plantean desde la Psicoterapia Cognitivo – Conductual, y que tienen relación con la interpretación que hace el sujeto de su alucinación: la omnipotencia, la malevolencia o benevolencia y la incertidumbre (Chadwick, Birchwood y Trower 1996).

La reacción del sujeto ante dicho evento (alucinación), depende del propósito y la identidad que cada persona otorga a sus voces, para que están ahí, y si es forzoso el obedecerlas (omnipotencia). Esta creencia es la que se trabaja en Psicoterapia Cognitivo – Conductual, si la voz es omnipotente no se puede dejar de obedecerla, si es malevolente entonces se presenta para causarnos un daño, y viceversa; si esta es benevolente, entonces está ahí para ayudarnos, pero en ocasiones; existe la incertidumbre, la cual es generada porque la voz indica algo que no parece para ayudar, sino más bien contradice un principio básico de supervivencia (como lo sería el que la voz le indique que se quite la vida). La intervención debe dirigirse a cada una de estas creencias centrales y aunque solo se logre modificar una o dos de dichas creencias, por lo general es suficiente para producir resultados positivos en términos de reducción de ansiedad y trastorno.

Existe una conexión entre la interpretación de las alucinaciones y los esquemas del individuo, pues es utilizando estos; que le da un significado a lo que le acontece, es de ahí donde toma los recursos para manejar la experiencia de su alucinación y de ahí que se desarrollan las conductas y los pensamientos correspondientes. Se ha encontrado que el significado que los individuos asignan a sus voces hace comprensible su afecto y la conducta de afrontamiento; pero si las creencias no se toman en cuenta las respuestas parecen incomprensibles o incongruentes (Caballo 1997).

Varios autores (Caballo, 1997; Chadwich, Sambroke, Rasch y Davies, 2000; Garety, Fowler y Kuipers, 2000), proponen varios planes de tratamiento para las alucinaciones y los delirios coincidiendo en que en un principio se definen las creencias junto con las pruebas empleadas que ha utilizado el paciente para mantenerlas, y se discute de qué manera cualquier malestar y perturbación atribuidos a las alucinaciones es consecuencia realmente de las creencias que sostiene el individuo, considerando a las creencias como posibilidades que pueden ser o no reales, nunca negándolas o tachándolas de incorrectas. Después de conocer las creencias, se cuestionan las pruebas de cada creencia empezando con las evidencias que el paciente considera menos importantes para posteriormente cuestionar la creencia central directamente, señalando ejemplos de inconsistencia e irracionalidad a la vez que se ofrecen explicaciones alternativas de los acontecimientos.

Es imprescindible hacerle notar al paciente que el contenido de las alucinaciones tiene que ver con su propia historia, esto les da la certeza del dominio que puede llegar a tener sobre su síntoma.

Siguiendo la idea de estos autores, se debe de intervenir primeramente con el delirio como explicación inicial del paciente de lo que le acontece, y a través del proceso terapéutico se debe de intentar (en una 1ª fase), que el paciente comprenda o al menos tenga un primer acercamiento sobre lo que es un delirio y que:

1. El delirio es una inferencia o hipótesis sobre la realidad y no la realidad misma.
2. El delirio es solamente una explicación o intento de comprensión por parte del paciente, de lo que le está pasando o de lo que ha pasado, esto es; el delirio es una forma de dar sentido a su experiencia (la cual puede ser una alucinación).
3. El delirio tiene un alto coste emocional y conductual, interfiriendo en su adaptación en todas las áreas de la vida.
4. El delirio no es una alternativa válida para explicar y comprender su realidad, existiendo otras alternativas más plausibles y significativas, que no implican un alto costo emocional y conductual.

Es necesario hacer énfasis en establecer una relación de colaboración efectiva con el paciente durante el proceso inicial de la intervención del terapeuta, manteniendo una

emoción neutral ante sus síntomas y evitando que el paciente y el terapeuta reaccionen de manera negativa ante el contenido de las alucinaciones y delirios (Alford y Correia, 1994).

Intervención en los delirios.

Perona y cols. (2003), mencionan que el procedimiento de la disputa verbal del delirio se basa en 5 estrategias:

- a. Identificación del pensamiento y sentimiento relacionados.
- b. Cuestionamiento de las evidencias o supuestos “hechos” en los que se basa el paciente para mantener sus creencias delirantes.
- c. Analizar y valorar – junto con el paciente – la coherencia y lógica interna de sus creencias.
- d. Elaboración, a partir de las explicaciones alternativas – aportadas por el paciente – de un nuevo modelo personal que dé una respuesta comprensible y socialmente adaptada, de todos los eventos y experiencias (entre ellos las alucinaciones), que anteriormente el paciente valoraba de forma delirante.
- e. El delirio y el nuevo modelo se comparan y se examinan en función de la información disponible.

Existen recomendaciones para un mejor trabajo con los delirios

1. Una regla básica que se debe de tener en cuenta cuando se inicie el tratamiento de una idea delirante es, no cuestionar o contradecir directamente dicha creencia, pues esto provoca una situación de confrontación entre terapeuta y paciente haciéndolo más resistente al cambio.

No se debe de comenzar la reestructuración desde los mismos síntomas psicóticos, sino desde aquellas distorsiones que menos importancia emocional tengan y por ende causen menos ansiedad para el paciente y gradualmente, aproximarse a aquellas más centrales hasta llegar, en último lugar; a los síntomas psicóticos (Espada, Olivares y Méndez, 2005), o dependiendo de la ansiedad del paciente, se puede trabajar primero las evidencias en las

que se basa para mantener las creencias delirantes y muy gradualmente acercarse a la discusión de las ideas en sí mismas (Hernández – Lira, 2014).

2. En pacientes con sintomatología psicótica (en la que una de las características de su trastorno es la falta de conciencia de lo que está pasando), no es conveniente empezar por una fase educativa, pues lo más probable es que no acepte que está enfermo, lo cual provocaría mayor resistencia a nuestros argumentos. La fase educativa se debe de demorar hasta que la convicción del delirio ha disminuido, o al menos hasta que el paciente empiece a tener dudas y por lo tanto, este más receptivo a otras alternativas de explicación (Hernández – Lira, 2014).

3. El terapeuta debe de tener presente que se concibe el delirio como una reacción e intento de dar sentido a ciertas experiencias desconcertantes y a menudo amenazantes, por lo tanto, el delirio es un intento razonable y comprensible de encontrar sentido a su realidad personal y social en un momento en el que el paciente esta confuso, ansioso y a menudo asustado (Perona y cols; 2003)

4. Es muy importante combinar las estrategias verbales con la comprobación empírica de las mismas (las llamadas pruebas de realidad). La efectividad de las pruebas de realidad es efectiva cuando se aplican a continuación de la fase de disputa verbal, pues actúa como potencializador del debate de creencias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), o sea; planear y llevar a cabo una actividad o tarea que ponga a prueba una determinada creencia, pues esto permite al paciente corregir sus distorsiones comparándolas con la realidad y analizando este hecho (Espada, Olivares y Méndez, 2005).

Sin embargo, cuando se ha estudiado la efectividad de las pruebas de realidad en la modificación de las creencias delirantes, se ha podido comprobar que por sí mismas o como único componente de la terapia, no son tan potentes como se pensaba. No obstante, si son efectivas cuando se aplican a continuación de la fase de disputa verbal, incluso cuando este tiene poco o ningún impacto sobre la creencia, actuando como potenciador de la efectividad del componente verbal, pues es necesario que el paciente tenga un marco conceptual alternativo previo, para poder asimilar y dar sentido a la refutación empírica y para que pueda repercutir eficazmente sobre las creencias delirantes.

Basado en lo anterior, Perona y cols. (2003), proponen un procedimiento para llevar a cabo la comprobación empírica del delirio:

1. Se tiene que especificar claramente la inferencia que la prueba va a evaluar y definir claramente lo que se va a demostrar, pues solo se abarca partes específicas del delirio, y harán falta, por tanto; más pruebas de realidad para comprobar todo el sistema delirante del paciente. Si esto no se tiene en cuenta, se puede cometer el error de que una buena prueba de realidad sea invalidada por no haber definido claramente su alcance explicativo.
2. Hacer una predicción basada en la inferencia que se quiere poner a prueba además de revisar las evidencias a favor y en contra de dicha predicción.
3. Diseñar un experimento específico para comprobar la validez de la predicción, en el paciente y terapeuta estén de acuerdo en lo que demostrarán los resultados.
4. Que el paciente registre detalladamente los resultados del experimento (es muy recomendable se ensaye el registro antes de realizar el experimento).
5. Se tienen que sacar conclusiones de la prueba realizada (resultados), juntos en común acuerdo.
6. Cuando se intenta probar una determinada inferencia delirante, es recomendable poner a prueba la alternativa no delirante, ideando para ellos otra prueba de realidad siguiendo el mismo procedimiento descrito en los anteriores 5 puntos.

Otra forma de comprobar la validez de una determinada inferencia delirante, es la basada en las conductas de seguridad del paciente (Perona y cols. 2003). Las personas con delirios suelen realizar conductas para prevenir cualquier supuesto resultado negativo de las situaciones que ellos consideran amenazantes (esto último también se puede referir al temor de comprobar que su delirio pudiera resultar cierto). Estas conductas pueden dificultar el cambio cognitivo del paciente, pues evita que éste pueda validar o no validar sus propias creencias, por lo cual se pueden diseñar experimentos para evitar estas conductas de seguridad y comprobar la veracidad del delirio (Hernández – Lira, 2014).

Intervención en las alucinaciones.

La intervención se da en dos ejes: uno es la disputa verbal de las creencias sobre las alucinaciones y el otro son las pruebas de realidad de dichas creencias.

La angustia que padece el paciente y sus conductas de afrontamiento no son consecuencia directa de las voces sino de las creencias que tiene sobre sus alucinaciones. Desde lo cognitivo – conductual, las creencias sobre las voces son delirios secundarios, y por lo tanto el tratamiento es el mismo que para los delirios (Hernández-Lira, 2014).

El propósito es suavizar el malestar y la conducta problemática, reduciendo las creencias sobre la omnipotencia, la malevolencia o benevolencia y la obediencia, al mismo tiempo que se trabajan las ideas delirantes que devienen de las primeras.

El paciente debe de comprender que las creencias sobre sus voces no son hechos sino hipótesis o inferencias, cuya verdad o falsedad debe de ser valorada con la ayuda del terapeuta. Trabajar esta distinción entre el significado atribuido a las alucinaciones y su contenido, nos permite introducir la idea de que la emoción negativa o positiva que experimenta, está conectada a la creencia y al contenido de las alucinaciones auditivas, es decir; no es un producto automático de las alucinaciones.

Al inicio se debe de enseñar al paciente a distinguir entre sus voces y lo que piensa de ellas, pues lo habitual es que el paciente nos describa su contenido, confundiendo lo que estas dicen literalmente con lo que piensan de estas (Perona y cols. 203):

Trabajar esta distinción entre el significado atribuido a las voces y su contenido, nos permite introducir la idea de que la emoción negativa que experimenta está conectada a la creencia y no al contenido de las alucinaciones, es decir; no es un producto automático.

Una estrategia para ayudar al paciente a encontrar esta diferencia, es pedirle al paciente que imagine por un momento que sus creencias sobre sus alucinaciones son falsas y que considere el impacto sobre la ansiedad que padece, sin embargo no es recomendable decirle directamente que sus pensamientos e ideas son erróneas (pues esto es un primer momento puede ser amenazante para el paciente), sino que se le podría decir que imagine que sus voces son unos impostores; esto permite, sin negar la validez de sus experiencias alucinatorias, que el paciente se platee sus voces desde otra perspectiva menos estresante y por lo tanto, considerar la posibilidad de la distinción (y relación), entre el contenido de sus



alucinaciones y lo que piensa sobre ellas; además como agregado se empieza a trabajar conciencia de enfermedad (Perona y cols. 2003).

Se intervendría sobre las principales creencias que se tienen sobre las alucinaciones, según Chadwick, Birchwood y Trower (1996):

- a) Creencias sobre la identidad de las voces.
- b) Creencias sobre los propósitos y significados de las voces.
- c) Creencias sobre el poder y omnisciencia de las voces.
- d) Creencias sobre las consecuencias del sometimiento o resistencia a las voces.

Chadwick, Birchwood y Trower (1996), recomiendan comenzar el tratamiento por las creencias relativas al poder de las voces (especialmente aquellas sobre sumisión y control), debido a que su abordaje produce menos ansiedad que aquellas relacionadas con las creencias sobre la identidad y el significado, además de que, si se consigue modificarlas, se les considerará como menos poderosas y en alguna medida se reduce el malestar del paciente.

Una vez que se han identificado las creencias centrales, tenemos que averiguar – como en cualquier otra idea delirante – cuales son cada una de las evidencias que las mantienen y se comienza por la menos significativa hasta llegar a la más significativa, en función del grado de emoción y poder explicativo de dicha creencia. Cada una de estas evidencias se analizan detenidamente con el paciente, utilizando el cuestionamiento socrático y planteando explicaciones alternativas a las expuestas por él (Garety, Fowler y Kuipers, 2000. Hernández-Lira, 2014).

No se pretende que el paciente comience a cambiar sus pensamientos inmediatamente, sino más bien; la actividad va encaminada a “bombardearle” de forma continua y sistemática con ejemplos y argumentos que le permitan tener una visión diferente de todo lo que hasta ese momento consideraba como hechos o verdades indiscutibles.

Se tiene que tener cuidado de no enfrentarse directamente a las creencias delirantes respecto a la identidad y significado de las voces, pues puede perjudicar la adherencia del

paciente al tratamiento y crear mayor resistencia en la intervención. (Garety, Fowler y Kuipers, 2000).

Una estrategia es utilizar en esta fase la “reacción a la contradicción Hipotética” (RCH), (Perona y cols. 2003). Esta es una estrategia que se utiliza para valorar la sensibilidad del sujeto a cambiar su creencia o aceptar argumentos alternativos cuando se le plantea una evidencia hipotética que contradice la primera. Concretamente se le pide que imagine por un momento una situación determinada (dada por el terapeuta), en la que ocurre un suceso (dejando claro que solamente es un supuesto hipotético), que contradice su creencia actual, y se le pregunta cómo podría afectar a dicha creencia. Con esto se busca que el paciente preste atención a otros sucesos o eventos que contradicen sus creencias delirantes:

Resulta evidente que este tipo de argumentos se podrían plantear directamente, pero al formularlos con esta técnica, tiene una doble ventaja: por un lado, evita la confrontación entre paciente y terapeuta y por el otro, facilita en alguna medida el distanciamiento del paciente de su situación particular y por lo tanto, el análisis objetivo del mismo (Perona y cols. 2003).

Posteriormente, puede hacerse (a partir de la presentación por parte del terapeuta), un nuevo marco conceptual para las voces. Uno de ellos puede ser el plantear al paciente la hipótesis de que sus creencias podrían ser intentos de dar sentido a sus alucinaciones. El objetivo es ir construyendo poco a poco un modelo propio y personal de las alucinaciones.

El último paso de la intervención sobre las distintas creencias asociadas a las alucinaciones, consiste en la comparación entre el modelo construido a la luz de las evidencias disponibles y las creencias del paciente, destacando y enumerando las ventajas del marco interpretativo alternativo.

Varios autores (Caballo 1997, Chadwich y cols. 2000, Garety y cols. 2000, Espada, Olivares y Méndez 2005, Sensky, Turkington, Kingdon, Scott, Scott, Siddle, Carroll y Barnes, 2000; Hernández -Lira, 2014), también coinciden en que el objetivo de la terapia cognitiva no es intentar convencer al paciente de la irracionalidad de sus creencias, sobre si la alucinación es real o no para la demás gente, sino cuestionar las creencias que mantienen su malestar, la creencia que tiene sobre su síntoma y el contenido de este.

Se debe de tomar en cuenta las creencias del individuo, para conocer el origen del contenido de su delirio y su alucinación, pues las primeras influyen determinadamente sobre los síntomas, si estas creencias se debilitan disminuirán el malestar y el estrés asociados a estas, y en el mejor de los casos las alucinaciones e ideas delirantes (Chadwich y cols. 2000, Caballo 1997, Espada, Olivares y Méndez 2005, Sensky y cols. 2000; Hernández -Lira, 2015).

Para la discusión de la lógica interna de las creencias sobre la identidad y significado de las voces, tendremos que basarnos en el análisis de las evidencias realizadas hasta el momento y buscar las incoherencias de dichas creencias a partir del cuestionamiento socrático, siempre manteniendo por parte del terapeuta una actitud abierta y comprensiva de los argumentos del paciente, permitiendo la evaluación de las posibles conclusiones del debate.

Es fundamental a través del análisis lógico provocar la duda y el desconcierto en el paciente, contrario a intentar demostrar o imponerle las contradicciones, reforzando en todo momento la autocrítica de sus creencias. La creación de dicho desconcierto tiene que ser una situación muy controlada y guiada por el terapeuta, pues si bien el paciente en ese momento es más sensible a nuevas explicaciones o argumentos, puede provocar un nivel de ansiedad que puede obstaculizar el adecuado ritmo de la terapia (Perona y cols. 2003; Hernández y Sánchez, 2007).

Una vez que se ha instaurado la duda y basándose en los marcos conceptuales ofrecidos al paciente, se debe de dar un sentido psicológico a lo que las voces significan para el paciente. En concreto se busca comprender su vulnerabilidad psicológica en términos de pérdida de autonomía, apego e insatisfacción personal (Perona y cols. 2003).

Lo anterior no es con la idea de que se producirá algún tipo de insight que modificará automáticamente las creencias de nuestro paciente, sino más bien como material que nos permita simplemente dar un significado psicológico a sus síntomas (Hernández y Sánchez, 2007).

Alford y Correia (1994), mencionan que es importante preguntar al paciente si en las interpretaciones que él hace de sus síntomas están de acuerdo la gente que le rodea, el paciente al contestar que existe una discrepancia, entonces se llega a través de un diálogo o

un debate a discutir las diferencias, lo que permite realizar una reevaluación de los pensamientos del paciente y de la evidencia en la cual los basa.

Es prudente examinar previamente si las pruebas empíricas que se hacen para refutar la creencia no van a producir el efecto contrario, o si el paciente ya tiene preparada una serie de contra argumentos para los cuestionamientos que nosotros le hagamos.

Los experimentos conductuales tienen que ser cuidadosamente planeadas con todo el conocimiento que se tiene sobre el paciente, tienen que preverse las posibles explicaciones alternas que el paciente buscará para mantener las creencias superficiales de su delirio, pues recordemos que aún en pacientes sin Esquizofrenia, el cambio de una creencia causa ansiedad por muy dañina o desadaptativa que esta pueda ser, por lo que tendremos que estar seguros que la experiencia por la que pasará el paciente , comprobará solo un aspecto que esta equivocado de la “realidad” del paciente (sobre todo si empieza con el tratamiento). Así mismo, tendremos que haber manejado antes tanto la alianza terapéutica como la cuestión emocional que implica el saberse que se ha vivido con una falsa expectativa y creencia.

## Conclusiones

Si bien el enfoque Cognitivo – Conductual de los delirios permite la posibilidad de trabajar tanto el nivel de inferencias delirantes como de cogniciones evaluativas subyacentes; en este caso debido a las limitaciones en el funcionamiento cognitivo del paciente, la intervención se centró en el debate empírico y lógico de sus creencias.

Este enfoque ha demostrado ser un tratamiento eficaz contra los síntomas positivos y negativos. Permite lograr en el individuo un cambio importante para enfrentar los síntomas. Primero se logra que el paciente este consciente de su enfermedad, llevándolo a un mejor manejo de su padecimiento a partir de tomar su medicamento y aceptar otros tratamientos, así como a un mejor cuidado de su conducta. Por otra parte, esta terapia le brinda herramientas para enfrentar los síntomas y sus consecuencias, de manera que le resulten menos costosos para su calidad de vida, pues aun cuando no desaparezcan totalmente

algunos de ellos, podrá manejarlos mejor para disminuir la ansiedad y los problemas que le provocan (entre ellos la toma de medicamentos). (Hernández y Sánchez. 2007).

El logro de reducir las dosis administradas representa además un menor costo para él y su familia, menos recaídas y menos gastos de hospitalización, todo lo cual implica un mejor funcionamiento en la sociedad económicamente activa. Asimismo, esta psicoterapia permite al individuo tener una explicación alternativa de la causa de su malestar, es decir, darle un sentido diferente a lo que le sucede. Ello no solo le sirve en este aspecto de su vida sino también en otras áreas, como la social o la interpersonal, pues provoca en el un cambio real y profundo tanto en el aspecto conductual como en el cognitivo, en el que aprende nuevas formas de pensar mejorando sus procesos de estructuración del pensamiento y logrando desarrollo y crecimiento personal (Hernández-Lira, 2014).

## Bibliografía

1. Alford B. A.; Beck A.T. (1994). “Cognitive Therapy of Delusional Beliefs”. Behavioral Research and Therapy. 32, 3. 369 – 380.
2. Alford B. A.; Correia C. J. (1994). “Cognitive Therapy of Schizophrenia: Theory and empirical status”. Behavior Therapy. 25, 17-33.
3. Beck A.T.; Rush A. J; Shaw B; F. Emery G. (1983). “Terapia Cognitiva de la Depresión”, Descleé de Brouwer, Bilbao.
4. Byrne S.; Trower P; Birchwood M; Meaden A; Nelson A; (2003). Command Hallucinations: Cognitive Theory, therapy and Research. Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly. Vol.17 #1 67- 84.
5. Caballo E. V. (comp). (1997). “Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos” Siglo XXI. España.
6. Chadwich P; Birchwood M. y Trower P. (1996). “Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia” Chichester UK. Wiley.
7. Chadwich P; Sambroke S; Rasch S. y Davies E. (2000). “Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behaviour therapy for voices” Behaviour Research and therapy. 38, 993 – 1003

8. Drury V., Birchwood M.; Cochrane R.; Macmillan F.; (1996), Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial I: impact on psychotic symptoms. *British Journal Psychiatry*. 169, 593-601.
9. Ellis, A. (1992), *Manual de Terapia Racional Emotiva Conductual*. Editorial Desclee de Brouwer
10. Espada S.; Olivares R.; y Méndez C. (2005). *Terapia Psicológica*. Piramide. España.
11. Garety P. A.; Fowler D.; Kuipers E. (2000). Cognitive – Behavioural Therapy for Medication Resistant Symptomts. *Schizophrenia Bulletin.*, 26, 1, 73-86.
12. Hernández L. N. y Sánchez S. J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo – Conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red. Argentina.
13. Kemp R.; Hayward P.; Applewhaite G.; Everitt B.; David A. (2001). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 312, 345 – 349.
14. Kuipers E.; Garety P.; Fowler D.; Dunn G.; Bebbington P.; Freeman D.; Hadley C.; (1997). London – east anglia randomized controlled trial of cognitive – behavioural therapy for psychosis I: effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*. 171, 319 – 327.
15. Perona G. S; Cuevas Y. L; Vallina F. O. y Lemos G. S. (2003). “*Terapia Cognitivo Conductual de la Esquizofrenia*”. Minerva Ediciones. España.
16. Sensky T., Turkington D., Kingdon D., Scott J. L., Scott J., Siddle R., O’ Carroll M., Barnes T.R.E. (2000). A Randomized Controlled Trial of Cognitive – Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Archives General of Psychiatry*. 57, 165 – 172.
17. Tarrier N.; Kinney C.; McCarthy E.; Humphereys L.; Wittkowki A.; Morris J. (2000). Two – year’s follow –up of cognitive – behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal Consult clinical Psychology*. 68, 917 – 922.