

Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas.

Cognitive-behavioral therapy for acute psychosis.

M^a Isabel Gutiérrez López ^a, María Sánchez Muñoz ^b, Alejandra Trujillo Borrego ^c, Luis Sánchez Bonome ^d.

^aPsicóloga clínica. CSM Cangas del Nancea. Área II. Servicio de Salud del Principado de Asturias, España, ^bPsicóloga clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Servicio Murciano de Salud, España, ^cPsicóloga Clínica. URA-HD Algeciras. Servicio Andaluz de Salud, España, ^dMédico Psiquiatra. Hospital de La Línea (Cádiz). Servicio Andaluz de Salud, España.

Correspondencia: M^a Isabel Gutiérrez López (mariaisabelgl@hotmail.com)

Recibido: 17/06/2011; aceptado: 05/11/2011

RESUMEN: El tratamiento de las psicosis agudas era, hasta hace unos años, algo relegado al tratamiento farmacológico (a excepción del psicoanálisis). En los últimos tiempos esta tendencia ha ido cambiando y diversos estudios han puesto de manifiesto la ventaja de las intervenciones cognitivo conductuales en las fases agudas de las psicosis. A esta tendencia se ha unido un nuevo y prometedor paradigma de intervención, la intervención temprana en psicosis.

En el presente estudio se muestra una revisión bibliográfica de las investigaciones más relevantes publicadas hasta la fecha en torno a esta temática. Se incluyeron aquellos trabajos con un diseño controlado y aleatorio, y que garantizaban los requisitos de fiabilidad y validez.

Los estudios muestran resultados esperanzadores, en cuanto que avalan la eficacia de la TCC como medida de tratamiento. Sin embargo, todavía se hace necesario un mayor número de investigaciones que avalen estos datos.

PALABRAS CLAVE: Terapia Cognitivo-Conductual, Psicosis Aguda, Intervención Temprana.

ABSTRACT: Some years ago, the treatment for acute psychosis was something left for pharmacological treatment (except for psychoanalysis). Lately, this trend has been changing and some studies have shown the advantages of cognitive behavioural therapy in the acute psychosis. A new and promising way of intervention is merging to this trend: early intervention of psychosis.

In this study, we show a bibliographical review of the most important researches published until today on this topic. We have included the works with a random and controlled design and those which guaranteed the reliability and validity requirements.

The results of these studies are full of hope since they show the efficiency of cognitive behavioural therapy as a way of treatment. However, more research is needed to prove these facts.

KEY WORDS: Cognitive behavioural therapy, Acute psychosis, Early intervention.

Introducción

Tradicionalmente se ha entendido a los trastornos psicóticos como algo no abordable desde el punto de vista psicológico y relegado únicamente al tratamiento farmacológico. En los últimos años, esta visión ha ido cambiando, y cada vez se aboga más por un tratamiento multidisciplinar que implique el trabajo conjunto

farmacológico y psicológico. El modelo de vulnerabilidad-estrés, que señala la interacción entre las características biológicas y psicosociales como responsable de la psicopatología psicótica, y el empuje de ciertas corrientes psicológicas que demostraban su eficacia en otros trastornos, ha contribuido ciertamente a ello.

Las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales basan su intervención en la dotación al paciente de una serie de recursos y estrategias que le permitan afrontar su enfermedad de una manera activa. Así, el paciente dejaría de ser un recipiente pasivo de cuidados para pasar a ser un agente activo en el manejo de su enfermedad.

Si bien los primeros acercamientos al tratamiento psicológico cognitivo-conductual de la psicosis se centraban en los síntomas negativos y/o aquellos síntomas refractarios al tratamiento psicofarmacológico, también se desarrollaron intervenciones centradas en los periodos agudos de la enfermedad.

Dentro de las intervenciones en las psicosis agudas se encuadran no sólo aquellas en las que se interviene en el brote psicótico agudo (independientemente de la evolución de la enfermedad) sino también aquellas centradas en los primeros brotes psicóticos y en los síntomas que los preceden.

Con respecto a la intervención en los primeros brotes psicóticos, actualmente numerosas investigaciones se están basando en lo que se ha dado en llamar Intervención Temprana en Psicosis (1, 2). Los estudios prospectivos llevados hasta la fecha indican lo que ya había propuesto Bleuler, y es que en los primeros años de la esquizofrenia es donde se produce la mayor parte del deterioro, concretamente en el periodo previo al primer brote psicótico o fase prodrómica, e inmediatamente después del primer episodio psicótico se produce el llamado efecto meseta (“plateau effect”), quedando los pacientes después más o menos estabilizados. Es por lo tanto este un período crítico en la evolución de la enfermedad en el que se forman aspectos fundamentales para el posterior curso de la enfermedad, como por ejemplo el modelo de respuesta individual a la psicosis que facilita o dificulta su posterior adaptación, el desarrollo de procesos de morbilidad secundarios como la depresión o el suicidio, y el origen de determinados componentes de implicación familiar, como la sobreimplicación o el criticismo.

Debido a esta importancia en la intervención temprana, recientes grupos de investigación vienen centrándose en el concepto de pródromo y tratan de identificar e intervenir sobre éstos con el objetivo de prevenir el comienzo de la enfermedad. Esta intervención estaría situada dentro de la prevención primaria y pretende detectar manifestaciones o factores de riesgo asociados al desarrollo posterior de una psicosis así como desarrollar formas de tratamiento que ayuden a mejorar el pronóstico y a reducir las alteraciones psicológicas, funcionales y sociales asociadas a la enfermedad.

Ésta es la conceptualización mayoritaria de los pródromos y se refiere a ellos como signos y síntomas previos a la primera manifestación de la enfermedad, sin

embargo, estos también pueden ser asociados a la recaída (en cualquier momento de la evolución de la enfermedad). Aunque las manifestaciones clínicas de uno y otro sean sustancialmente distintas, ya que en el último caso dicha sintomatología estará influida por los síntomas residuales de la fase aguda, ésta otra conceptualización ofrece también la posibilidad de establecer un intervención temprana en psicosis.

En general, la intervención temprana debe abarcar las tres grandes áreas que interactúan a lo largo de toda la psicosis: síntomas, funcionamiento psicosocial y características psicológicas.

En el presente trabajo supone una revisión bibliográfica de aquellos estudios que evalúan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicada a los períodos psicóticos agudos o a la intervención temprana de estos. Las características de los estudios incluidos en esta revisión se muestran en las tablas 1 y 2.

Intervención sobre fases agudas

Dentro de las intervenciones en las psicosis agudas debemos distinguir entre aquellas centradas en los primeros brotes psicóticos con aquellas en las que se interviene en el brote psicótico agudo independientemente de la evolución de la enfermedad. Las características de los estudios controlados en fase aguda se muestran en la tabla 1.

Un estudio controlado con pacientes en fase aguda (3, 4) comparó la TCC con terapia ocupacional y de soporte informal (TO) en 40 pacientes, 20 en cada grupo. Aproximadamente el 30% de los pacientes estaba en su primer brote psicótico. Se evaluó a los pacientes antes del tratamiento, al finalizarlo tras 8 semanas y a los 9 meses de seguimiento. La TCC incluía: 1) sesiones individuales enfocadas a cuestionar la importancia de las creencias delirantes y de las alucinaciones auditivas; 2) sesiones grupales, con no más de 6 pacientes, donde observaban cómo las creencias de otras personas incluyen a menudo elementos irracionales e incoherentes así como las explicaciones alternativas consideradas, también se fomentaron estrategias de afrontamiento para los síntomas psicóticos; 3) dos sesiones de trabajo con las familias donde se les explicaba como interactuar con el paciente y darle apoyo y soporte cuando se encontrase sintomático; 4) programas de actividades, tanto actividades expresivas como interpersonales, con grupos abiertos de discusión. La evaluación se llevó a cabo mediante la PAS (Psychiatric Assessment Scale) (5) y el cuestionario personal de creencias delirantes de Brett-Jones. En el seguimiento realizado a los nueve meses, la reducción de los delirios y alucinaciones era significativamente mayor en el grupo de TCC, con una disminución significativa de la convicción de las ideas delirantes y en la frecuencia de delirios y alucinaciones,

Tabla 1
Artículos incluidos sobre fases agudas.

ESTUDIO	MUESTRA	GPOS DE TTO	DURACIÓN	MEDIDAS	EVALUACIONES	RESULTADOS	ALEATORIO	EVALUADOR CIEGO
Drury et al (1996, 2000) (3, 4, 6)	40 pacientes en fase aguda	TCC TO	Sesiones individuales, grupales, familiares y programa de actividades durante 8 semanas	SPAS Cuestionario de creencias delirantes Tiempo de recuperación	Línea base Post-tratamiento 9 meses de seguimiento 5 años de seguimiento	TCC>TO en reducción de síntomas positivos a los 9 meses de seguimiento TCC>TO a los 5 años de seguimiento en aumento de período de recaída y conciencia de enfermedad	SI	NO
Kemps et al (1996, 1998) (7, 9)	47 pacientes con psicosis funcional en fase aguda	TC TAI	Entre 4-6 sesiones de hasta una hora	BPRS GAF Inventario de actitud hacia la medicación	Línea base Seguimiento a los 3, 6 y 18 meses	TC>TAI en cumplimiento y actitud hacia la medicación y en insight.	SI	NO
O'Donnell et al (2003) (10)	56 pacientes esquizofrénicos	TC TAI	5 sesiones de hasta una hora	PANSS SAI GAF QLS	Línea base 12 meses de seguimiento	TC=TAI en todas las variables estudiadas	SI	SI
Lewis et al (2002) (15), Tarrier et al (2004) (16, 17) Tarrier et al (2006) (18) Haddock et al (2006) (19)	309 pacientes esquizofrénicos, esquizofreniformes, esquizoafectivos o delirantes	TCC + TR TA + TR TR	Sesiones de 15 y 20 horas repartidas durante 5 semanas más 4 sesiones de refuerzo en los 3 primeros meses	PANSS PSYRATS	Línea base 2, 3, 4 y 5 semanas durante el tratamiento Evaluación final fase aguda (entre semana 6-10) Seguimiento a los 18 meses	TCC>TA>TR en rapidez de mejoría en la cuarta semana. TCC=TA=TR en mejoría de conducta suicida TA>TCC y TR en pacientes menores de 21 años TCC>TA y TR en pacientes mayores de 21 años	SI	SI
Startup et al (2004, 2005) (20,25)	90 pacientes hospitalizados con episodios agudos de esquizofrenia y trastornos relacionados	TCC + TR TR	Una sesión semanal hasta un máximo de 25	SAPS SANS BPRS-E GAF SFS SUS	Línea base 6, 12 y 24 meses tras evaluación de la línea base	TCC>TR a los 12 meses en todas las variables estudiadas excepto desorganización A los 24 meses TCC>TR en síntomas negativos y funcionamiento social	SI	NO

TCC= Terapia Cognitivo-Conductual; TO= Terapia Ocupacional y de Soporte Informal; TC= Terapia de Cumplimiento; TAI= Terapia de Asesoramiento Inespecífico; TA= Terapia de Apoyo; TR= Tratamiento Rutinario; EHS= Entrenamiento en Habilidades Sociales; PAS= Psychiatryc Assessment Scale; BPRS= Brief Psychiatric Rating Scale; GAF= Global Assessment of Functioning Scale; PANSS= Positive and Negative Syndrome Scale; SAI= Schedule for Assessment of Insight; QLS= Escala de Heinrich; PSYRATS= Psychotic Symptom Rating Scale; SAPS= Scale for the Assessment of Positive Symptoms; SANS= Scale for the Assessment of Negative Symptoms; SFS= Social Functioning Scale; SUS= Service Utilization

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 2
Estudios incluidos sobre intervención temprana en psicosis.

ESTUDIO	MUESTRA	GPOS DE TTO	DURACIÓN	MEDIDAS	EVALUACIONES	RESULTADOS	ALEATORIO	EVALUADOR CIEGO
Jackson et al (1998, 2001)29,30	80 pacientes con primer episodio psicótico	COPE + manejo de caso + TR Manejo de caso + TR TR	Irregular entre pacientes	EM I/SO SANS BPRS SCLR-90 BDI QLS	Línea base Post-tratamiento 12 meses de seguimiento	COPE>TR en comprensión y adaptación de la enfermedad y en los síntomas negativos.	NO	NO
Jackson et al (2005)34	91 pacientes con primer episodio psicótico	COPE TR	Irregular entre pacientes	EMS I/SO SANS BPRS SCLR-90 BDI QLS	Línea Base 6 y 12 meses de seguimiento	COPE=TR en todas las variables y momentos estudiados	NO	NO
Jackson et al (2008)35	62 pacientes con primer episodio psicótico	ACE Control	Irregular entre pacientes (máximo de 20 sesiones durante 14 semanas)	SCID BPRS SANS SOFAS	Línea base 6, 12 semanas 15 meses	ACE>Control en términos de desaparición de los síntomas negativos y mayor funcionamiento a mitad de tratamiento y, en menor medida, al final del tratamiento	SI	SI
Bertelsen et al (2008)53	547 pacientes con primer episodio psicótico	OPUS + TR TR	2 años	SCAN SAPS SANS Life Chart Schedule GAF	Línea Base 1, 2 y 5 años de seguimiento	2 años: OPUS> TR reducción de síntomas psicóticos, abuso de sustancias, medicación, uso de servicios médicos, funcionamiento global. 5 años: OPUS > TR reducción del tiempo de estancia hospitalario y uso de viviendas tuteladas.	SI	NO a los 2 años SI a los 5 años
Gleeson et al (2009)42	82 pacientes en remisión de síntomas positivos tras un primer episodio psicótico	TCC TR	Durante 7 meses	SCID MADRS BPRS SANS MARS WAIS Premorbid Adjustment Scale SOFAS WHOQOL- BREF ASSIST AUDIT	Línea Base Pos-tratamiento	TCC> TR en reducción tasas de recaída e incremento de tiempo hasta la recaída TCC=TR adherencia a la medicación, mejora del funcionamiento social y calidad de vida TCC<TR en reducción de alogia medida por SANS	SI	SI
McGorry et al (2002)55	59 pacientes con síntomas subclínicos en riesgo de transición a la psicosis	IBN IPE	Durante 6 meses, variedad en las sesiones atendiendo a las necesidades individuales de los pacientes	BPRS SANS GAF	Línea base Post-tratamiento 12 meses de seguimiento	IPE>IBN en post-tratamiento IPE=IBN a los 12 meses de seguimiento	SI	NO
Gumley et al (2003)64	144 pacientes en fase prodrómica o inicio de recaída	TCC + TR TR	5 sesiones iniciales durante dos semanas 2-3 sesiones semanales si aparecen signos prodrómicos	PANSS BSI PBIQ SFS	Línea base Seguimiento a las 12, 26 y 56 semanas	TCC>TR mejora en sintomatología psicótica y general, funcionamiento independiente y actividades prosociales	SI	NO
Morrison et al (2004, 2007)60, 63	60 pacientes de alto riesgo de transición a la psicosis	TCC + supervisión Supervisión	Un máximo de 26 sesiones durante 6 meses	PANSS Cuestionario de Salud General de Goldberg SCID GAF	Línea base Post-tratamiento 12 y 18 meses de seguimiento	TCC>Supervisión, sintomatología de transición a la psicosis, prescripción de medicación antipsicótica y probabilidad de presentar psicosis, al posttratamiento y a los 12 meses de seguimiento TCC>Supervisión en prescripción de medicación a los 18 meses de seguimiento	SI	NO
Addington et al (2011)64	51 personas en riesgo de padecer psicosis	TCC Terapia de apoyo	20 sesiones distribuidas a lo largo de 6 meses	CDS SAS SIAS SFS WAI-SF	Línea base 6, 12 y 18 meses	TCC>TA en la rapidez de mejora de los síntomas prodrómicos a la psicosis TCC<TA en la aparición de brotes psicóticos	SI	NO

COPE= Cognitively-Oriented Psychotherapy for Early Psychosis; TCC= Terapia Cognitivo-Conductual; TR= Tratamiento Rutinario; ACE= Terapia cognitiva activa para la psicosis temprana; IBN= Intervención Basada en la Necesidad; IPE= Intervención Preventiva Específica; TA= Terapia de Apoyo; EMS= Explanatory Model Scale; SANS= Scale for the Assessment of Negative Symptoms; BPRS= Brief Psychiatric Rating Scale; SCLR-90= Symptoms Check List Revised; BDI= Beck Depression Inventory; QLS= Quality of Life Scale; SCAN= Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SAPS= Scale for Assessment of Psychotic Symptoms; GAF= Global Assessment of Functioning Scale; SCID= Structured Clinical Interview for DSM-IV; MADRS= Montgomery-Asberg depression rating Scale; MARS= Medication Adherence Rating Scale; WAIS= Wechsler Adults Intelligence Scale; SOFAS= Social and Occupational Functioning Assessment Scale; WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life Assessment-abbreviated version; ASSIST= Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test; PANSS= Positive and Negative Syndrome Scale; BSI= Brief Symptom Inventory; PBIQ= Personal Beliefs about Illness Questionnaire; SFS= Social Functioning Scale; CDS= Escala de Depresión de Calgary; SAS= Escala de Ansiedad Social; SIAS= Escala de Ansiedad ante la Interacción Social; WAI-SF= Inventario de Alianza Terapéutica.

aunque no en la preocupación por los delirios. Ambos grupos mostraron también una disminución en síntomas negativos y desorganización del pensamiento, pero sin llegar a tener diferencias entre ellos.

34 pacientes de esta misma cohorte fueron evaluados cinco años después (6) y aunque no se encontraron diferencias significativas en cuanto al grado de recaídas, los síntomas positivos o el insight entre ambos grupos, si se observó como la primera recaída tras la intervención se alargó mucho más en el grupo de TCC que en el TO, incrementándose también en el primer grupo la percepción de los pacientes sobre el control de su enfermedad con respecto a los otros.

La “terapia de cumplimiento” (“Compliance Therapy”) ha sido la utilizada en otro estudio controlado (7). Dicha terapia consiste en una técnica que se conceptualiza al amparo de la entrevista motivacional (8) y cuyo objetivo principal es aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico, fundamental en las fases agudas de las psicosis. Para su utilización con pacientes psicóticos se utiliza una postura terapéutica más activa, encaminada a la resolución de problemas y a incrementar el componente educacional. La “terapia de cumplimiento” (TC) implica una aproximación cognitiva a los síntomas psicóticos, siendo esta breve y pragmática, aplicable a pacientes en fase aguda. 47 pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, a 25 se les aplicó la TC mientras que los otros 22 recibieron terapia de apoyo inespecífico (TAI). La TC consistió en un número de 4 a 6 sesiones de entre 20 y 60 minutos cada una, a razón de 2 sesiones semanales. El grupo control recibió el mismo número de sesiones durante el mismo tiempo, aplicadas por los mismos terapeutas. Las dos primeras sesiones de la TC consistían en una aproximación general del paciente a la historia de su enfermedad y a conceptualizar el problema, ayudado por el terapeuta; las dos siguientes sesiones consistían en una discusión más específica focalizada en los síntomas y en los efectos secundarios de la medicación, considerando los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico, explorando la ambivalencia del paciente a este respecto y subrayando el terapeuta las discrepancias entre las acciones y creencias del paciente; en las últimas sesiones se trataba el estigma de los fármacos, considerándolo como una libre

elección del paciente para mejorar su calidad de vida. Se eligieron pacientes con psicosis funcional en fase aguda, independientemente del número de fase y del tipo de psicosis. Se evaluaron los resultados a los 3 y 6 meses y posteriormente en un seguimiento a 18 meses (9). Se observó una importante mejoría del grupo de TC con respecto al grupo control en las medidas de insight de la enfermedad y en la actitud con respecto al tratamiento farmacológico, así como una ligera mejoría en el funcionamiento social en general. Asimismo, los del grupo de TC tuvieron un mayor tiempo de permanencia general antes de una readmisión hospitalaria.

En la misma línea, O'Donnell (10) y cols. realizaron un estudio aleatorio controlado y ciego con 56 sujetos diagnosticados de esquizofrenia con el objetivo de determinar si la TCC contribuía a una mejor adherencia y actitud hacia el tratamiento farmacológico, así como al insight. Las medidas de evaluación fueron: la sintomatología, medida por la PANSS (11), el insight, medido por la Schedule for Assessment of Insight (SAI) (12), el nivel general de funcionamiento, medido por la Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (13), y la calidad de vida, medida por la Escala de Heinrich (QLS) (14). También se recogieron datos sobre el número de ingresos y la dosis de neurolépticos prescrita. Los sujetos se asignaron a dos condiciones experimentales: terapia de cumplimiento (TC) y grupo control. En este último los pacientes recibieron un asesoramiento no específico. En este estudio la TC no tuvo ninguna ventaja sobre la terapia no específica en ninguna de las variables estudiadas. Entre las limitaciones del estudio se encuentran un tamaño de muestra modesto y la utilización de informes de los pacientes, familiares y profesionales de la salud, en lugar de utilizar otro método más fiable de recogida de datos.

El estudio más grande y metodológicamente riguroso que investiga los efectos de la TCC en la reducción de síntomas, la prevención de recaídas y la velocidad del proceso de recuperación, de pacientes internos o ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo o delirante, fue llevado a cabo por Lewis (15) y cols. Se realizó una prueba controlada aleatoria, prospectiva y ciega a una muestra de 309 pacientes que cumplieron los requisitos mencionados en distintos centros de tratamiento. Las medidas de evaluación utilizadas fueron la escala PANSS (11) total, la subescala de síntomas positivos de dicha escala, y la escala PSYRATS. Se realizaron cinco evaluaciones: a los 14, 21, 28 y 35 días, y una evaluación final de la fase aguda entre 42-70 días. Las condiciones de tratamiento fueron tres: TCC más tratamiento rutinario, terapia de apoyo más tratamiento rutinario y tratamiento rutinario sólo. La TCC fue desarrollada durante 5 semanas, con sesiones de refuerzo adicionales a las 2 semanas y una al mes durante los primeros tres meses. Dicha intervención estuvo manualizada y dividida en cuatro etapas. La primera etapa se destinó al contrato y a la valoración detallada del estado mental y a la educación sobre la naturaleza y el tratamiento de la psicosis. En la segunda etapa se generó una lista de problemas conjuntamente

con el paciente, priorizados por el grado de angustia, viabilidad y riesgo clínico. La tercera y cuarta etapa se destinaron a la intervención (reestructuración cognitiva de los síntomas psicóticos positivos e identificación de factores precipitantes y de alivio de la sintomatología) y observación. La terapia de apoyo fue usada para controlar los elementos no específicos de una terapia psicológica y se llevó a cabo en las mismas condiciones que la TCC. Los resultados indicaron que los pacientes que recibieron TCC mostraron una tendencia hacia la mejora más rápida y semanal, alcanzando niveles estadísticamente significativos en la cuarta semana, aunque estas mejoras no persistieron en la evaluación final.

Posteriormente, el mismo grupo de autores (16, 17) publicó la segunda fase de este mismo estudio, consistente en la evaluación de la misma muestra, realizada a los 18 meses de seguimiento. Los resultados de entonces mostraron que el tratamiento psicológico resultó ser más beneficioso que el tratamiento rutinario en la reducción de la sintomatología medida por la escala PANSS; pero no así en la ideación delirante y las alucinaciones auditivas medidas por la escala PYSRATS. Sin embargo, no se encontró ninguna diferencia significativa entre la TCC y la terapia de apoyo. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los índices de recaída o de rehospitalización en ninguna de las tres condiciones de tratamiento. Es necesario tener en cuenta el hecho de que se trataba de una muestra gravemente enferma, ya que un 38% de la misma se encontraban retenidos bajo la Ley de Salud Mental. En cuanto a las limitaciones de este estudio, es de destacar la existencia de una interacción entre centro y grupo de tratamiento. Otra limitación fue que no se estandarizó el tratamiento farmacológico, y que el tratamiento psicológico fue más breve de lo que se planeó en un principio.

Un análisis posterior (18) de este mismo estudio evaluó la eficacia de la TCC sobre la conducta suicida en comparación con las otras dos condiciones experimentales. No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento en ninguno de los periodos de tiempo evaluados, indicando que la TCC y la terapia de apoyo no reducen significativamente ni tampoco empeoran la conducta suicida en comparación con el tratamiento rutinario.

Otro subanálisis (19) de este estudio evalúa la eficacia de los distintos tratamientos en función de la edad del paciente, estableciendo dos puntos de corte: menor de 21 años y mayor de 21 años. Los autores encuentran que los pacientes menores de 21 años obtienen mayores beneficios de la terapia de apoyo que de la TCC mientras que los pacientes mayores de 21 años se benefician en mayor medida de la TCC que de la terapia de apoyo.

Una prueba aleatoria y controlada llevada a cabo por Startup (20) tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la TCC para pacientes hospitalizados que sufrían episodios agudos de esquizofrenia y trastornos relacionados. La muestra estuvo compuesta por 90 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones

distintas de tratamiento: tratamiento rutinario o TCC más tratamiento rutinario. El tratamiento rutinario consistió en farmacoterapia y énfasis en los cuidados durante la hospitalización y cuidado de comunidad después del alta hospitalaria. La TCC siguió los objetivos y estrategias del manual publicado por Fowler y cols (21). Se trata de una intervención individualizada fundamentada en las necesidades de la TCC para los trastornos psicóticos y está basada en el empirismo de colaboración y la realización de formulaciones cognitivo-conductuales.

Las medidas de evaluación utilizadas fueron los síntomas positivos y negativos y el nivel de funcionamiento general, mediante las escalas SAPS (22) (Escala para la Evaluación de los Síntomas Positivos), SANS (23) (Escala para la Evaluación de los Síntomas Negativos), la BPRS-E (Expanded Brief Psychiatric Rating Scale) (24) y la GAF. Las medidas de evaluación se realizaron a los 6 y a los 12 meses del inicio del tratamiento. No se encontraron efectos significativos en la evaluación realizada a los 6 meses, a excepción de una disminución significativa de los síntomas de desorganización en la condición de TCC. Sin embargo, a los 12 meses, si se encuentra una mejoría significativa en la condición de TCC frente al tratamiento de rutina, para todas las variables medidas (excepto la desorganización).

Entre las limitaciones de este estudio está que los evaluadores no fueron ciegos a la condición de tratamiento, que no hubo control de efectos no específicos de la terapia psicológica y el número desigual de sesiones de TCC recibidas por cada paciente, que osciló entre 2 y 25.

Un año después, estos mismos autores (25) vuelven a evaluar la persistencia de los beneficios proporcionados por la TCC sobre los síntomas psicóticos y el funcionamiento social en la misma muestra de pacientes (a los 24 meses de seguimiento). Además, se evaluaron los costes comparativos de proporcionar TCC como un complemento al tratamiento rutinario frente al tratamiento rutinario en sí mismo. Las medidas utilizadas para las variables principales fueron la SAPS, la SANS, la SFS y el GAF. Para la evaluación económica de los servicios se utilizó el Service Utilization Schedule (SUS) (26) mediante la cual se identifica la cantidad de tiempo que el personal de salud mental emplea en actividades beneficiosas para el paciente. Debido a factores de mortandad experimental, la muestra quedó reducida al 73% de la original (n=60). Los resultados obtenidos mostraron que todas las diferencias entre las condiciones de tratamiento fueron a favor de la TCC, si bien la significación estadística sólo se dio en los síntomas negativos y en el funcionamiento social, perdiéndose la ventaja previamente encontrada sobre los síntomas positivos. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en los costes producidos por ambos grupos. Las limitaciones de este estudio fueron la carencia de ciego por parte de los evaluadores, la alta mortandad experimental y que la evaluación de los costes de los servicios se centró sólo en los 28 días precedentes a la realización de la entrevista.

Intervención temprana en psicosis

Dentro de la intervención temprana en psicosis han sido llevados a cabo dos tipos de investigaciones: aquellas centradas en los primeros episodios psicóticos y aquellas que se dirigen hacia los signos tempranos o prodrómicos de la psicosis.

La COPE (Cognitively-Oriented Psychotherapy for Early-Psychosis) (27) es un tipo de terapia centrada en los primeros episodios psicóticos que se encuadra dentro del programa EPPIC (28) de detección e intervención temprana en psicosis llevado a cabo en Melbourne, Australia. La COPE es una terapia con origen en la metateoría del constructivismo pero que utiliza técnicas derivadas de la terapia cognitiva. A diferencia de los TCC que hemos visto hasta ahora, la COPE no tiene como objetivos *per se* los síntomas positivos de la psicosis, delirios y alucinaciones, basándose en el hecho real de que en los primeros episodios psicóticos un elevado porcentaje de pacientes responde de manera efectiva a los psicofármacos, mejorando sus síntomas positivos. La COPE tiene como objetivo ayudar al paciente en su ajuste después del episodio psicótico, cuando sus síntomas positivos han sido ya reducidos considerablemente. La psicoeducación y determinadas técnicas cognitivas se utilizaron para discutir el estigma y estereotipo que el propio paciente tenía de su enfermedad. Adicionalmente, se utilizaron también las técnicas cognitivas y conductuales necesarias para los problemas secundarios emergentes como la depresión y la ansiedad social. Para evaluar este tipo de intervención (29, 30) se eligieron 80 pacientes con su primer episodio psicótico, con diagnósticos muy heterogéneos (esquizofrenia, manía, depresión, psicosis sin especificar). 44 pacientes recibieron el programa integrado en la COPE, más el manejo de caso (“case management”) y el tratamiento rutinario con psicofármacos y seguimiento (grupo COPE). A otros 21 pacientes que rechazaron la COPE se les aplicó sólo el manejo de caso y el tratamiento rutinario (grupo “rechazo”), y por último a un grupo control de 15 pacientes sólo se les aplicó el tratamiento rutinario (grupo control). La evaluación se llevó a cabo mediante diversos instrumentos:

- Parámetros psicológicos: la Escala del Modelo Explicativo (31) (Explanatory Model Scale), que mide la comprensión y creencias del paciente sobre su enfermedad, definiendo cinco dominios del modelo individual de enfermedad (etiología, tiempo y forma del desarrollo de los síntomas, patología, curso de la enfermedad y tratamiento); y la medida de I/SO (integración/retraining “sealing over”), que evalúa la adaptación individual a la enfermedad.

- Síntomas: se utilizó la BPRS, la SANS, la escala de depresión de Beck (BDI) (32), el índice general de síntomas (GSI) del SCL-90-R (33) y la escala de calidad de vida (QLS) de Heinrichs y Hanlon.

Los pacientes que recibieron la COPE tuvieron un número muy dispar de sesiones de tratamiento, por lo que se les dividió en dos subgrupos, aquellos con un

número menor a 15 sesiones ($n=17$; 3,82 sesiones de media) y aquellos con 15 o más sesiones ($n=27$; 27,6 sesiones de media). La COPE consistía fundamentalmente en cuatro fases, evaluación, enganche terapéutico, mejora en la adaptación a la psicosis e intervención sobre los problemas mórbidos secundarios, que muchas veces se superponían entre sí. La psicoeducación, el conocimiento de las deficiencias sociales por el propio paciente, el reconocimiento de sus estigmas y los problemas de motivación eran la base fundamental de la terapia. El resultado fue que hubo una significativa mejoría en los pacientes a los que se les aplicó la COPE con respecto al grupo control en cuanto a la adaptación individual a la enfermedad, medida por el I/SO, también en la comprensión y creencias del paciente sobre su enfermedad evaluadas por la escala del modelo explicativo, y en los síntomas negativos. También se obtuvo una mejoría significativa en la QLS, aunque esta fue tan solo evaluada después del tratamiento y no antes. Un aspecto reseñable es que el grupo "rechazo" mejoró significativamente en las puntuaciones del BDI con respecto al grupo COPE al final del tratamiento.

Tras este estudio preliminar, este mismo grupo de autores realiza un estudio controlado (34) con 91 pacientes, integrados dentro del programa EPPIC, y que sufrían un primer episodio psicótico, utilizando condiciones y medidas similares a las señaladas anteriormente. De los 91 pacientes disponibles, 45 fueron seleccionados al grupo COPE (tratamiento COPE más cuidado rutinario EPPIC) y los 46 restantes constituyeron el grupo no-COPE (cuidado rutinario EPPIC). De los 45 pacientes que inicialmente conformaron el grupo COPE, 12 rehusaron recibir este tratamiento, quedando reducido a 33 pacientes. En este caso, los autores no encuentran una mejoría significativa del grupo de tratamiento COPE comparado con el no-COPE, en ninguna de las medidas para ninguno de los momentos temporales medidos (seguimiento tras 6 y 12 meses de finalizar el tratamiento). Sin embargo, este estudio adolece de varias limitaciones significativas. Se trata de un estudio no aleatorizado, donde es posible que los pacientes recibieran un número menor de sesiones de las suficientes; la media de sesiones recibidas es 15,4 (mediana 10) mientras que en otros estudios similares se encuentran en torno a una media de sesiones de 18-21. Además, pese que el tratamiento COPE estaba manualizado, no estaba suficientemente protocolarizado, lo que pudo llevar a que algunos pacientes recibieran un tratamiento incompleto.

Otro estudio desarrollado en el EPPIC (35) seleccionó a sesenta y dos personas que se encontraban en la fase aguda de su primer episodio psicótico y que dieron su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Los participantes completaron una entrevista inicial para determinar el diagnóstico, la corriente, la medicación, la sintomatología y el funcionamiento de la vida. Otras evaluaciones se llevaron a cabo a las 6 semanas, 12 semanas y 15 meses después de la línea base (es decir, 1 año después del tratamiento). Las siguientes variables demográficas y

relacionadas con la enfermedad fueron evaluadas: sexo, edad, educación, estado civil, edad de aparición de la enfermedad, duración de la psicosis no tratada, hospitalizaciones, dosis de neurolépticos, y la recepción de terapia electroconvulsiva (TEC). La psicosis primaria o cualquier otra categoría diagnóstica en el eje I se evaluó mediante la SCID (36). Para la valoración de los síntomas psicóticos positivos se utilizó la subescala de síntomas psicóticos (37) de la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS) (38). La SANS (23) se utilizó para evaluar los síntomas psicóticos negativos; y la SOFAS (39) para la evaluación del funcionamiento Ocupacional y Social. Tras la evaluación inicial, los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de las dos condiciones de tratamiento protocolizado: una condición de TCC llamada "Terapia cognitiva activa para la psicosis temprana" ("ACE") (40) o una condición de control llamada "Entablamiento de amistad" (41).

Los resultados mostraron una tendencia notable de la ACE para mejorar los resultados (en términos de desaparición de los síntomas negativos y mayor funcionamiento en particular) a mitad de tratamiento y, en menor medida, al final del tratamiento. Sin embargo, respecto a la comparación entre tratamientos, ambos grupos mejoraron significativamente con el tiempo. ACE superó significativamente a Entablamiento de Amistad mediante la mejora del funcionamiento a la mitad del tratamiento, pero no mejoró los síntomas positivos o negativos. Más allá de la evaluación a mitad de tratamiento, no se encontraron diferencias significativas en ninguna medida de resultado y en ingresos hospitalarios durante el seguimiento, lo que confirma que existe alguna evidencia preliminar de que ACE promueve una mejor recuperación temprana del funcionamiento aunque estos resultados deberían ser replicados en otros centros de investigación con muestras más amplias.

Este mismo grupo de autores (42) se evalúa la eficacia de la TCC en comparación con el tratamiento de rutina en la prevención de recaídas en pacientes tras un primer episodio psicótico. 82 pacientes en remisión de síntomas positivos tras un primer episodio de psicosis fueron incluidos en el estudio. Los pacientes fueron aleatorizados a las dos condiciones posibles de tratamiento: TCC o tratamiento de rutina (43). La TCC fue llevada a cabo siguiendo las fases manualizadas por el programa EPPIC (26) y se dirigió a dos vertientes: individual y familiar. Las evaluaciones fueron realizadas por evaluadores ciegos y se llevaron a cabo las siguientes medidas: SCID (36, 44) Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) (45), escala BPRS (38), escala SANS (23), Escala de Evaluación de la adherencia a la medicación (MARS) (46), Escala Wechsler de Inteligencia para adultos (47), Premorbid Adjustment Scale (48), the Social and Occupational Functioning Assessment Scale (49), y una versión australiana de la World Health Organization Quality of Life Assessment-abbreviated version (WHOQOL-BREF) (50). Para evaluar el consumo de sustancias utilizaron: WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening test (51) y the Alcohol Use Disorders Iden-

tification test (52). También fueron recogidos el número de ingresos hospitalarios y la duración de estos. El análisis de resultados fue realizado teniendo en cuenta la línea base (inicio del tratamiento) y un periodo de seguimiento de 7 meses (finalización del tratamiento). Encontraron que la TCC era significativamente superior que el tratamiento rutinario en la reducción de las tasas de recaída así como en la prolongación del tiempo hasta la recaída. No encontraron diferencias entre los dos grupos en cuanto a la adherencia a la medicación, mejora del funcionamiento social o de la calidad de vida, mostrando los dos grupos una mejoría significativa en la comparación inicio del tratamiento y seguimiento a los 7 meses. Asimismo, el grupo de TCC mostró en el seguimiento una mayor puntuación en la subescala SANS referida a la alogia, comparada con el tratamiento de rutina.

Para estudiar el mantenimiento de los efectos a largo plazo de los programas de intervención temprana, se diseñó un estudio (53) que evaluó los efectos diferenciales de un programa intensivo de intervención temprana respecto al tratamiento de rutina. Un total de 547 pacientes con un primer episodio de diagnóstico en el espectro de la esquizofrenia fueron incluidos. Se distribuyeron aleatoriamente a la condición de tratamiento intensivo (OPUS) o tratamiento rutinario. El tratamiento intensivo tuvo una duración de dos años y estuvo centrado en los siguientes elementos: tratamiento asertivo comunitario, terapia familiar y entrenamiento en habilidades sociales, teniendo como eje central el ofrecer un tratamiento individualizado e intensivo para cada paciente. El tratamiento farmacológico se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de guías clínicas para primeros episodios psicóticos, a dosis bajas y con antipsicóticos de segunda generación. Una vez transcurridos los dos años de intervención, los pacientes del grupo intensivo pasaban de forma gradual a recibir el tratamiento rutinario. Se realizaron evaluaciones al inicio del tratamiento y a los 1, 2 y 5 años tras el inicio del tratamiento, tomando como medidas comparativas de evaluación las registradas a los 2 y 5 años. Como medidas de evaluación tomaron los síntomas psicóticos negativos y positivos (medidos a través de las escalas SANS (23) y SAPS (22) y el funcionamiento global (medido a través de la escala GAF). También hicieron evaluaciones secundarias del abuso de sustancias, las dosis de medicación y el uso de servicios médicos, síntomas depresivos, conductas suicidas, y situación laboral y de vivienda. Este grupo de autores encuentra que el tratamiento intensivo resulta significativamente más eficaz que el tratamiento de rutina en la evaluación realizada a los 2 años. Así, se mostró una mayor reducción de síntomas psicóticos negativos y positivos y abuso de sustancias, los pacientes tomaron dosis significativamente inferiores de antipsicóticos, el tiempo de estancia media hospitalaria fue inferior, y el funcionamiento global superior. Sin embargo, los beneficios obtenidos en la evaluación a los 2 años no se mantuvieron a los 5 años en casi todas las variables evaluadas. Así, los dos grupos no difieren en la evaluación a los 5 años en la reducción de síntomas psicóticos negativos y positivos, funcionamiento glo-

bal, abuso de sustancias, depresión y conducta suicida. Si encontraron diferencias en cuanto al tiempo de estancia de las hospitalizaciones y al uso de hogares protegidos, a favor del grupo de intervención intensiva, mostrando estos una mayor adaptación a la vida fuera de las instituciones.

Con el objetivo de comprobar si los resultados obtenidos a los 2 años de seguimiento se pudieran extender y mantener en el tiempo incrementando la duración de la intervención intensiva en el periodo crítico, este mismo grupo de autores ha diseñado un estudio (54) en el que se comparan los efectos del tratamiento intensivo (OPUS) llevado a cabo durante 2 años con el mantenido durante 5 años. Habrá que esperar a la publicación de estos resultados para evaluar si el no mantenimiento de los efectos a largo plazo se debe a la necesidad de un tratamiento intensivo más prolongado o a otros factores.

Con respecto a los grupos de investigación centrados en el concepto de pródromo y que tratan de identificar e intervenir sobre éstos con el objetivo de prevenir el comienzo de la enfermedad, uno de los primeros estudios realizados respecto a esta temática fue el llevado a cabo por McGorry (55). Se trata de una prueba aleatoria controlada de intervenciones designadas a reducir el riesgo de progresión al primer episodio de psicosis en una muestra de 59 pacientes con síntomas subclínicos. Para ello se comparó la eficacia de una Intervención Basada en la Necesidad (IBN) frente a una Intervención Preventiva Específica (IPE). La IBN comprende psicoterapia de apoyo principalmente enfocada en cuestiones tales como las relaciones familiares, sociales y laborales. Los pacientes en este grupo no recibieron medicación antipsicótica, sino que recibían antidepresivos si presentaban depresión moderada o severa y benzodiazepinas si sufrían de insomnio. Por otro lado, la IPE comprende todos los elementos de la terapia anterior y dos componentes adicionales: administración de 1 o 2 mg. de Risperidona diariamente durante 6 meses y una TCC manualizada por los mismos autores, cuyos objetivos generales fueron el entendimiento de los síntomas experimentados, aprendizaje de estrategias de control de dichos síntomas y reducción del estrés asociado. Como medidas de evaluación se utilizaron la BPRS, la Escala de Evaluación de Síntomas Negativos, la escala de Hamilton para la Depresión y Ansiedad (56), la Young Manía Scale (57), la Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (58), Comprehensive Assessment of at-risk Mental Status (59), la Escala de Calidad de Vida y la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global. Las evaluaciones se realizaron al finalizar el tratamiento (6 meses) y a los 6 meses de finalizarlo (12 meses tras el inicio). Los resultados indican que al final del tratamiento hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto al porcentaje de transición a la psicosis, observándose ventajas para el grupo IPE. Sin embargo, después de 6 meses de seguimiento estas diferencias no se mantuvieron significativas, aunque en los pacientes del grupo IPE la protección contra la progresión a la psicosis se extendió durante 6 meses después de retirar la administración de Risperidona.

En un estudio llevado a cabo por Morrison (60), se evaluó si la terapia cognitiva reducía el porcentaje de transición a la psicosis y la prescripción de medicación antipsicótica, así como la severidad de los síntomas subclínicos en personas con alto riesgo de padecer psicosis. Se seleccionó una muestra de 60 pacientes que cumplieran el criterio de alto riesgo, operativizado por la presencia de síntomas transitorios psicóticos o síntomas psicóticos atenuados (medidos a través de la PANSS), la presencia de un estado de alto riesgo mental (Cuestionario de salud general de Goldberg (61)) y/o un deterioro reciente (GAF), el historial de familia (paciente de primer grado con una historia de cualquier trastorno psicótico), o un diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípico (SCID) (28, 46). Para medir la transición a la psicosis se utilizaron las subescalas del PANSS, la frecuencia y duración de los síntomas, la prescripción de medicación antipsicótica o la realización de un probable diagnóstico DSM-IV por parte de un médico independiente o ciego. Se trata de un estudio aleatorio y controlado, cuya asignación a las condiciones de tratamiento fue estratificada mediante las variables riesgo sexual y genético. Hubo dos condiciones de tratamiento: supervisión y TCC más supervisión. La TCC fue desarrollada bajo los principios del modelo de Beck (62), cuyo componente central se fundamentó en la normalización de las interpretaciones del paciente y la búsqueda de explicaciones alternativas, descatastrofizando sus temores y reevaluación de sus interpretaciones mediante el uso de experimentos conductuales. Se encontró una reducción del 96% en la sintomatología de transición a la psicosis de la TCC frente al grupo control, un 94% de prescripción de medicación antipsicótica y un 96% de probabilidad de presentar un trastorno psicótico. Por el contrario, no se encontró ninguna evidencia de que la TCC mejore el funcionamiento global o la angustia, aunque hay que tener en cuenta que para estas medidas hubo una gran cantidad de datos perdidos. En cuanto a las limitaciones, el estudio contaba con un tamaño de muestra pequeño, no se pudo mantener el enmascaramiento de los evaluadores, el método de aleatorización causó tamaños de grupo desiguales y no se controlaron efectos no específicos de la relación con el terapeuta.

El mismo grupo de autores publica un análisis posterior (63) del mismo estudio en el que analizan los resultados obtenidos a los 3 años de seguimiento. En este caso encuentran que los pacientes que recibieron TCC necesitaron una menor dosis de medicación e iniciaron el tratamiento farmacológico más tardíamente. No encuentran diferencias significativas en cuanto a la reducción de la probabilidad de transición a la psicosis ni en el diagnóstico DSM-IV.

En otro estudio reciente realizado por el Centro para la Adicción y Salud Mental de Toronto (Canadá) sobre personas en estadios prepsicóticos (64) se comparó la eficacia de la TCC frente a la terapia de apoyo en una muestra de 51 personas con alto riesgo de desarrollar psicosis. Los siguientes instrumentos de evaluación fueron administrados a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento: Escala de

Depresión de Calgary (CDS) (65), Escala de Ansiedad Social (SAS) y Escala de Ansiedad ante la interacción Social (SIAS) (66); Escala de Funcionamiento Social (SFS) (67) y la forma breve del Inventario de Alianza terapéutica (WAI-SF) (68). Los resultados mostraron que la aparición de los brotes psicóticos sólo se dio en el grupo que estaba recibiendo Terapia de apoyo, aunque la diferencia no fue significativa. Ambos grupos mejoraron los síntomas positivos prodrómicos, la depresión y la ansiedad social, aunque ninguno mejoró el funcionamiento social y los síntomas negativos. Aunque no hubo diferencias en ambos grupos, se demostró que en la TCC la mejoría de los síntomas positivos prodrómicos fue más rápida.

Otro estudio cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la TCC llevada a cabo como una estrategia de intervención temprana para prevenir recaídas fue el llevado a cabo por Gumley (69). Consistió en una prueba aleatoria controlada de TCC aplicada durante el pródromo o signos tempranos de recaída en la esquizofrenia. 144 pacientes con esquizofrenia o un trastorno relacionado fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: tratamiento rutinario y TCC más tratamiento rutinario. Los componentes principales del tratamiento rutinario fueron: la medicación en curso, la revisión psiquiátrica regular y el seguimiento regular por un trabajador de referencia, por lo general, personal de enfermería de equipos de salud mental comunitarios. La TCC, llevada a cabo por un psicólogo clínico, fue dividida en dos fases: una fase de contrato desarrollada entre el inicio y la semana 12 de tratamiento, y una fase intensiva (2-3 sesiones por semana) realizada ante la aparición de los signos tempranos de recaída. Posteriormente se hizo un seguimiento durante 12 meses, con evaluaciones en la línea base y a las 12, 26 y 56 semanas. Los síntomas positivos y negativos fueron medidos usando la PANSS, el estrés psicológico se midió usando el Brief Symptom Inventory (BSI) (70), las apreciaciones negativas de psicosis fueron evaluadas usando el Personal Beliefs about Illness Questionnaire (PBIQ) (71), la escala de autoestima de Rosenberg fue seleccionada como una medida de las apreciaciones negativas de uno mismo, la Escala de funcionamiento social (SFS) (67) fue usada para evaluar el papel social y el funcionamiento conductual. Se encontró que a los 12 meses las tasas de recaída e ingresos hospitalarios eran más bajas en el grupo TCC que en el grupo control, sin embargo, los resultados de los ingresos hospitalarios no fueron significativos. También se alcanzaron mejoras significativas en los síntomas negativos, positivos, sintomatología general, funcionamiento independiente y actividades prosociales. Aunque los resultados son alentadores, hay que tener en cuenta que carecía de evaluadores ciegos, lo que pudo ser una fuente de sesgos en los resultados obtenidos.

Conclusión

Desde hace años, la intervención psicoterapéutica en psicosis crónicas está instaurada en los sistemas sanitarios españoles, mostrando los beneficios que esta intervención proporciona en la evolución y curso de esta enfermedad. Este hecho, lejos de quedar estático, ha ido extendiéndose a otras esferas de la psicosis, entre las que se sitúan las psicosis agudas, anteriormente relegadas únicamente al tratamiento farmacológico. El hecho de que las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales se hayan mostrado eficaces en la reducción de síntomas refractarios así como en otra de la sintomatología asociada a la psicosis, ha contribuido a la extensión del modelo hacia áreas en las que anteriormente se mostraba una mayor reticencia en su abordaje psicológico.

La terapia cognitivo-conductual, combinada con el tratamiento farmacológico, se va abriendo paso como una herramienta eficaz en el abordaje de la psicosis agudas, mostrando un mayor beneficio en su uso combinado que el tratamiento farmacológico únicamente. Los resultados mostrados hasta el momento respecto a la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el contexto de una fase aguda permiten un cierto grado de optimismo en su consideración como tratamiento complementario al psicofarmacológico, mostrando unos mejores resultados en la prevención de recaídas, la adhesión al tratamiento farmacológico y la sintomatología negativa.

Aunque el tratamiento farmacológico sigue siendo un elemento esencial en el proceso terapéutico de la psicosis, el tratamiento psicológico supone un componente imprescindible para una recuperación integral y satisfactoria de los pacientes psicóticos.

Por otro lado y, en los últimos años, la intervención en psicosis ha centrado sus esfuerzos en la intervención precoz, como una estrategia que permita mejorar el curso de la enfermedad. Los análisis mostrados hasta la fecha indican resultados prometedores, lo que alienta a continuar en esta línea.

El interés por la intervención precoz ha sufrido un gran incremento en los últimos tiempos, lo que ha generado un importante número de publicaciones así como la creación de sociedades dedicadas al trabajo específico en intervención temprana. Asimismo, los estamentos políticos no han permanecido al margen, realizando reformas asistenciales que permitan el progreso de este nuevo paradigma.

La situación actual permite observar una realidad muy diferente a la que ocurría no mucho tiempo atrás. Los avances en los tratamientos farmacológicos (cada vez más eficaces y con menores efectos secundarios) y la evidencia de la validez de las intervenciones psicológicas han permitido una notable evolución en la asistencia en la salud mental. De este modo, las psicosis ya no son consideradas enfermedades severas y degenerativas para las que no existe un tratamiento eficaz sino

que, por el contrario, existe una ola de optimismo en el tratamiento de la psicosis, teniendo como colofón final la intervención temprana.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7: 148-156.
- (2) Haddock G, Morrison A, Hopkins R, Lewis S, Tarrier N. Individual cognitive-behavioural interventions in early psychosis. *Br J Psychiatry* 1998; 172 Suppl 33: 101-106.
- (3) Drury V, Birchwood M, Cochrane R, McMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I: Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996a; 169: 593-601.
- (4) Drury V, Birchwood M, Cochrane R, McMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II: Impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996b; 169: 602-607.
- (5) Liberman, R. P., Wallace, C. J., Falloon, I. R. H. y Vaughn, E. Psychiatric Assessment Scale (PAS). *Comprehensive Psychiatry* 1981; 22 (6).
- (6) Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Five-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 8-14.
- (7) Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312: 345-349
- (8) Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *J Ment Health* 1992; 1: 25-37.
- (9) Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 413-419.
- (10) O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, Kinsella A, et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ* 2003; 327 (7419):834.
- (11) Kay S, Fiszbein A, Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-273
- (12) David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 798-808.
- (13) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- (14) Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr. The quality of Life Scale: and instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10: 338-398.
- (15) Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry* 2002 Sept; Suppl 43: 91-97.
- (16) Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Cognitive behavioural therapy in first episode and early schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 231-239.
- (17) Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, et al. Cognitive behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 231-239.
- (18) Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. *Schizophr Res* 2006; 83: 15-27.

ORIGINALES Y REVISIONES

(19) Haddock G, Lewis S, Bentall R, Dunn G, Drake R, Tarrier N. Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis. *Br J Psychiatric* 2006; 188: 250-254.

(20) Startup M, Jackson MC, Bendix, S. North Wales randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychol Med* 2004; 34: 413-422

(21) Fowler D, Garety P, Kuipers E. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Chichester: Wiley, 1995.

(22) Andreasen NC. *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. University of Iowa: Iowa City; 1984.

(23) Andreasen NC (1984). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. University of Iowa: Iowa.

(24) Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1986; 12:578-602.

(25) Startup M, Jackson MC, Evans KE, Bendix S. North Wales randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: two year follow-up and economic evaluation. *Psychol Med* 2005; 35: 1307-1316.

(26) Prendergast LA, Griffith GL, Evans KE, Carter MF, Crosby C. A study of continuing care clients of community mental health teams. Unpublished report. Health Services Research Unit (1999), University of Wales, Bangor, UK.

(27) Henry L, Edwards J, Jackson HJ, Hulbert C, McGorry PD. *Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): a Practitioner's Manual, EPPIC: the Early Psychosis Prevention and Intervention Center*, 2002

(28) McGorry P, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996; 22: 305-326.

(29) Jackson H, McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Francey S et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *Br J Psychiatry* 1998; 172 Suppl 33: 93-100.

(30) Jackson H, McGorry P, Henry L, Edwards J, Hulbert C, Harrigan S, et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): A one-year follow-up. *Br J Clin Psychol* 2001; 40: 57-70.

(31) Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderline between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press Ltd: Berkeley, California; 1980.

(32) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.

(33) Derogatis LR. *The SCL-90-R*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, 1975.

(34) Jackson H, McGorry P, Henry L, Edwards J, Hulbert C, Henry L, et al. A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. *Psychol Med* 2005; 35: 1295-1306.

(35) Jackson HJ, McGorry PD, Killackey E, Bendall S, Allott K, Dudgeon P, et al. Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project *Psychol Med* 2008; 38(5):725-35.

(36) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders-Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*. Biometrics Research Department,

New York State Psychiatric Institute: New York: 2001.

(37) Harrigan SM, McGorry PD, Krestev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychol Med* 2003; 33, 97–110.

(38) Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Expanded Version (4.0). Scales, Anchor Points, and Administration Manual. UCLA Department of Psychiatry and Behavioral Sciences: West Los Angeles: 1993.

(39) APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Association : Washington, DC: 1994.

(40) Bendall S, Killackey E, Marois MJ, Jackson H. ACE Manual (Active Cognitive Therapy for Early Psychosis). ORYGEN Research Centre and Department of Psychology, University of Melbourne: Melbourne; 2005.

(41) Bendall S, Killackey E, Jackson H, Gleeson J. Befriending Manual. ORYGEN Research Centre and Department of Psychology, University of Melbourne: Melbourne; 2003.

(42) Gleeson JFM, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Gee D, Crisp K, et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(4): 477-486.

(43) Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. Case management in early psychosis: a handbook. EPPIC: Parkville, Victoria, Australia: 2001.

(44) First MB, Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). User's Guide and Interview. Washington, DC: American Psychiatric Press: 1997.

(45) Montgomery SM. Depressive symptoms in acute schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol*, 1979; 3:429-433.

(46) Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000; 42: 241-247.

(47) Ginsberg JP. Wechsler Test of Adult Reading. *Applied Neuropsychol* 2003; 10:182-184.

(48) Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1982; 8: 470-484.

(49) Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising Axis-V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1148-1156.

(50) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-558.

(51) Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, et al. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97: 1183-1194.

(52) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection on Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction* 1993; 88(6): 791-804.

(53) Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Ohlenschlager J, Quach P, et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65(7):762-71.

(54) Melau M, Jeppesen P, Thorup A, Bertelsen M, Petersen L, Gluud C, et al. The effect of five years versus two years of specialised assertive intervention for first episode psychosis- OPUS II: study pro-

ORIGINALES Y REVISIONES

toocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2011; 12:72.

(55) McGorry P, Yung A, Phillips L, Yuen, H, Francey S, Cosgrave E, et al. Randomised controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 921-928.

(56) Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. *Br J Psychiatry* 1959; 32: 50-55.

(57) Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A Rating Scale for Mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-435.

(58) Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J. SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 589-593.

(59) Yung AR. *The Comprehensive Assessment of At-risk Mental States (CAARMS)*. Melbourne, Australia: University of Melbourne; 2000.

(60) Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high-risk: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 291-297.

(61) Goldberg DP, Hillier VF. A scale version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-145.

(62) Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorder*. New York: International Universities Press; 1976.

(63) Morrison AP, French P, Parker S, Roberts M, Stevens H, Bentall RP et al. Three-Year Follow-up of a Randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophr Bull* 2007; 33(3): 682-687.

(64) Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zypursky RB. A randomized controlled trial of CBT for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2011; 125: 54-61.

(65) Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1993; 163, 39-44.

(66) Olivares J, Garcia-Lopez LJ, Hidalgo MD. The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: factor structure and reliability in a Spanish speaking population. *J Psychoeduc Assess* 2001; 19, 69-80.

(67) Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton C, Copestake C. The Social Functioning Scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 853-859.

(68) Tracey T, Kokotovic A. Factor Structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment* 1989; 1: 207-210.

(69) Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Morrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 2003; 33: 419-431.

(70) Derogatis L, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595-605.

(71) Birchwood M, Mason R, Macmillan F. Depression, the moralisation and control over psychotic illness. *Psychol Med* 1993; 23: 387-395.