

EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON PSICOSIS DE INICIO RECIENTE: UNA REVISIÓN

EFFICACY OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN PATIENTS WITH AN EARLY-PSYCHOSIS EPISODE: A REVIEW

Javier Travé Martínez¹ y Esther Pousa Tomàs^{1,2}

¹Universitat Autònoma de Barcelona. ²Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. (Sabadell)

La eficacia de los tratamientos psicológicos en la esquizofrenia ha sido explorada en varios estudios controlados desde hace unos veinte años, confirmando que éstos son un importante complemento terapéutico a la medicación antipsicótica en el tratamiento de dicho trastorno. Dentro de estos tratamientos, las intervenciones familiares y los tratamientos cognitivo-conductuales son los que han recibido una mayor atención en relación a los resultados conseguidos. Este artículo de revisión primará su atención en la literatura existente sobre las técnicas y procedimientos de la terapia cognitivo-conductual aplicadas a reducir el malestar emocional y aumentar el nivel de funcionamiento psicosocial en la fase temprana de la enfermedad (primer episodio psicótico y/o psicosis de inicio reciente), así como su eficacia a lo largo de los estudios realizados en estos últimos años y esclarecer en qué fase se encuentran actualmente.

Palabras clave: Esquizofrenia, Intervención psicológica, Psicosis temprana.

The efficacy of psychological treatments in schizophrenia has been explored in several controlled studies for approximately twenty years confirming that these are an important therapeutic complement to antipsychotic medication in the treatment of this disorder. Among these treatments, family interventions and cognitive-behavioural treatments have received major attention in relation to their obtained results. This review article will focus on the existing literature on the techniques and procedures of cognitive-behavioural therapy applied to reducing the emotional distress and increasing the level of psychosocial functioning in the early phase of the disease (the first psychotic episode or an early-psychosis episode). In addition, it will also focus on their efficacy throughout the studies conducted in recent years, clarifying what stage they are currently at.

Key words: Schizophrenia, Psychological intervention, Early psychosis.

Los trastornos psicóticos en general, y la esquizofrenia en particular, son trastornos mentales muy invalidantes cuyo tratamiento estándar ha sido, hasta hace relativamente poco, de tipo farmacológico combinado con el manejo de caso (Tarrier, 2008). Con el tiempo, y a pesar de que la farmacoterapia ha evolucionado a lo largo de los años y los antipsicóticos de segunda generación se han convertido en tratamientos de primera elección gracias a las ventajas que aportan sobre seguridad y mejor tolerabilidad con respecto a los antipsicóticos clásicos, y por tanto, de mayor adherencia al tratamiento a largo plazo (Emsley et al., 1999; Sanger et al., 1999), no han logrado resolver, aún no del todo, lo que para muchos pacientes es primordial: una mejora de la calidad de vida, ya que muchos de estos pacientes siguen experimentando disfunciones de tipo social y funcional independientemente de la eficacia de la medicación antipsicótica y la remisión de los síntomas (Uzenoff et al., 2010).

La terapia cognitiva en la psicosis ha sido desarrolla-

da a partir de los principios de intervención cognitivo-conductual previamente aplicados en el tratamiento de la ansiedad (Beck, Emery, y Greenberg, 2005) y la depresión (Rush, 1979), pero ha sido modificada y adaptada al tratamiento de los síntomas psicóticos según el modelo de vulnerabilidad al estrés y desde un entendimiento biopsicosocial de la enfermedad (Zubin y Spring, 1977).

Desde que Beck describiera, por primera vez en 1952, un caso de esquizofrenia tratado con terapia cognitivo-conductual (TCC) (Beck, 2002) hasta nuestros días, se ha planteado la necesidad de implementar este tipo de terapias dentro de un programa de tratamiento integral que ayude al paciente, además de una mejoría en la sintomatología, a integrar a éste de la manera más eficaz en nuestra sociedad, mejorando su funcionamiento psicológico y psicosocial (Addington y Gleeson, 2005).

En esta última década se ha dedicado especial atención a la prevención de la enfermedad y actualmente existen muchos estudios en curso que lo justifican. Por ejemplo, los pioneros en la investigación en intervención temprana del programa EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), del centro de investigación

Correspondencia: Javier Travé Martínez. C/ Mare de les Aigües, 25 4º 1º. 08206 Sabadell. España. E-mail: jtravem@gmail.com



ORYGEN, en la universidad de Melbourne (Australia) han encontrado que el 40% de la muestra con un alto riesgo de padecer una psicosis hace un viraje a la psicosis en un período de 9 meses (Yung, McGorry, McFarlane, y Jackson, 1996).

El presente trabajo se centrará en una revisión, no sistemática, de estudios que evidencien la eficacia de la TCC en los casos en que el paciente haya sufrido un primer episodio psicótico (PEP) o un episodio inicial de psicosis (dentro de las psicosis no-afectivas del espectro esquizofrénico) y en la recuperación de la fase postpsicótica, período en que la intervención será clave para minimizar la probabilidad y el impacto de una futura recaída y su posterior recuperación. Si bien existen algunas revisiones sobre la TCC en psicosis de inicio reciente en lengua inglesa (Marshall y Rathbone, 2006; Liu et al., 2010), se trata de un área de investigación en constante crecimiento y los escasos trabajos de revisión en nuestro idioma quedan enseguida por actualizar (Vallina et al., 2006). Por ello, resulta de interés ofrecer una síntesis actualizada de los resultados del tratamiento psicológico en este campo en lengua castellana.

La TCC ha tenido y tiene un peso específico en el tratamiento de la psicosis, por lo que es necesario hacer hincapié en la administración de dicha terapia en la aparición del PEP o psicosis de inicio reciente ya que el principal objetivo de la terapia es disminuir el estrés que produce la experiencia psicótica, bien a través de la reducción de la severidad de los delirios y de las alucinaciones en algunos de sus parámetros cuantitativos, bien incrementando la tolerancia a la presencia de las experiencias psicóticas de manera que la persona se distancie de ellas y pueda dirigir su atención a la mejora de su calidad de vida (Cuevas-Yust, 2006), incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el paciente, reducir la presencia de ansiedad y depresión, y la prevención de futuras recaídas.

Importancia de la detección temprana

En la actualidad, sabemos que una intervención temprana en la enfermedad puede disminuir el impacto que ésta produce en el funcionamiento de quien lo presenta (Alvarez-Segura, Llorente, y Arango, 2009). La duración de la psicosis no tratada (DUP, del inglés *duration of untreated psychosis*), desde que empiezan las primeras manifestaciones clínicas de carácter psicótico hasta el comienzo de un tratamiento adecuado correlaciona de manera consistente con un curso y resultados mejores

cuanto menor sea el intervalo entre el comienzo de los síntomas psicóticos y la celeridad con que se instaure el tratamiento, aunque los mecanismos por los que se produce dicha relación no se hayan esclarecido todavía (Melle et al., 2008). El tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas psicóticos y el primer contacto terapéutico está en torno a los 1-2 años con una mediana aproximadamente de 6 meses en los pacientes con esquizofrenia (McGlashan, 1999).

Así, la prevención en el tratamiento de PEPs queda justificada por la evidencia de demora en la provisión de tratamiento especializado después de la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad (Larsen et al., 2001). Además, queda demostrado en estudios longitudinales prospectivos llevados a cabo en poblaciones de PEPs que los primeros 3-5 años de evolución de la enfermedad ejercen una gran influencia en el curso posterior de los síntomas y nivel de funcionamiento psicosocial (Harrison, Croudace, Mason, y Glazebrook, 1996).

Por otro lado, una DUP de larga duración y un bajo nivel de "insight" emergen como predictores de una pobre adherencia al tratamiento cognitivo-conductual (Álvarez-Jiménez, et al., 2009). Así, los años precedentes al primer episodio son cruciales para establecer los parámetros para una recuperación a largo plazo y sus resultados. De igual manera, un retraso en el tratamiento podría reducir el potencial terapéutico de las intervenciones realizadas en un curso temprano de la enfermedad (Gleeson et al., 2009).

En las intervenciones efectivas el incremento de la adherencia es crítico en el tratamiento de las psicosis tempranas. Así, los clínicos y personal investigador deberían tener en cuenta que los pacientes con una DUP de larga duración e *insight* pobre son especialmente vulnerables al abandono prematuro de la terapia y para ello habrá que emplear todo un conjunto de estrategias para promover el cumplimiento terapéutico.

Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia: algunos aspectos teóricos

Una vez detectada la psicosis, el tratamiento debe basarse en una perspectiva multimodal que incluya intervenciones farmacológicas y de carácter psicosocial (Alvarez-Segura, 2009).

El hecho de defender la TCC como tratamiento psicológico en la esquizofrenia, particularmente en los primeros episodios, es porque existe evidencia sobre la eficacia de ésta sobre los síntomas psicóticos (Jackson



et al., 2008; Tarrrier, 2010); también porque desde su primera concepción se han desarrollado enormemente aspectos teóricos que han dado respuesta a las necesidades de pacientes jóvenes que se han recuperado de su PEP y, por último, la TCC no solamente ha contribuido a aliviar lo más florido de la sintomatología psicótica sino que ha sido enfocada a resolver otros aspectos tanto o más problemáticos que ésta (Haarmans, 2006), ya que uno de los temas que han sido poco explorados en individuos que se han recuperado de su PEP es la merma de bienestar psicológico, uno de los componentes subjetivos de la calidad de vida. Factores como la depresión o el escaso soporte social juegan un importante papel en la recuperación del sujeto. Así, una mayor percepción del sujeto del soporte social recibido y menores niveles de depresión han sido encontrados como predictores de bienestar psicológico (Uzenoff et al., 2010).

Desde el pionero trabajo de Beck, ha ocurrido un cambio teórico en la TCC estos últimos quince años con el desarrollo de los modelos cognitivos de "segunda generación" dirigidos a constructos como el afecto, el desarrollo temprano, el vínculo, los procesos interpersonales y la relación terapéutica (Greenberg y Safran, 1987; Guidano y Liotti, 1983; Ryle y Kerr, 2002; Safran, Vallis, Segal, y Shaw, 1986; Safran y Segal, 1990).

Estos modelos de segunda generación se han incorporado en un meta-modelo de TCC dentro de un continuum que abarca desde el racionalismo hasta el constructivismo.

Esencialmente, las diferencias entre los modelos racionalistas y los constructivistas en los que se apoya la TCC se basan en las respectivas teorías sobre realidad/verdad, conocimiento y cambio. En el modelo racionalista, la realidad es conceptualizada como externa, estable y puede ser confirmada y validada. En este modelo, la lógica y la razón valida el conocimiento, y se prioriza el pensamiento sobre el afecto. Aún más, el foco está en que controlando el pensamiento se controlan las emociones. Se entiende que el cambio procede por examinar la causa y efecto de los componentes de los pensamientos, humor, comportamiento, reacción fisiológica y ambiente. Son los meta-modelos racionalistas de Beck (1976) y Ellis (1962).

Para los constructivistas, la realidad es subjetiva, idiosincrásica, y se pone énfasis en la creación activa o construcción de la realidad por el individuo. En estos modelos, el conocimiento se obtiene mediante la integración de la experiencia cognitivo-comportamental-

afectiva. El cambio terapéutico consiste en una diferenciación estructural del esquema central de uno mismo versus procesos periféricos o de más bajo nivel cognitivo. El terapeuta ayuda al paciente a darse cuenta de sus propios constructos, primero transformándolos y luego refinando las representaciones mentales de una manera evolutiva. Guidano y Liotti (1983) son los que lideran estas teorías constructivistas juntamente con Mahoney (1991).

Objetivos de la TCC

Trabajando con los pacientes que se recuperan de un PEP no solamente nos hemos de dirigir al tratamiento de los síntomas de la enfermedad sino también al impacto que éstos producen en el individuo (Haarmans, 2006). Así, los objetivos de la TCC son:

- ✓ incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el paciente
- ✓ promover la adaptación a la enfermedad
- ✓ aumentar la autoestima, estrategias de afrontamiento y funcionamiento adaptativo
- ✓ reducir la alteración emocional y la comorbilidad
- ✓ reducir el estrés asociado a las alucinaciones y delirios y proveer de estrategias y habilidades para manejarlos en el día a día, y
- ✓ prevenir futuras recaídas

Fases del modelo de la TCC para primeros episodios psicóticos

Una de las ventajas de implementar una aproximación modular de la TCC en primeros episodios psicóticos es que existe un abanico de intervenciones para tratar las diferentes necesidades de los usuarios.

Un modelo de tratamiento como la TCC en la psicosis temprana puede ser dividido en las siguientes fases: enganche, recuperación, y el direccionamiento de los síntomas agudos y la recuperación tardía (Haarmans, 2006).

Estas fases han sido guiadas por un gran compendio de textos y manuales con modelos de tratamiento de probada evidencia (Birchwood y Spencer, 2001; Chadwick, Birchwood, y Trower, 1996; Fowler, Garety, y Kuipers, 1995; Fowler, 2000; Gumley et al., 2003; Haddock y Slade, 1996; Herrmann-Doig, Maude, y Edwards, 2003; Jackson, Edwards, Hulbert, y McGorry, 1999; Kingdon y Turkington, 1994, 2002; Morrison, 2002; Tarrrier, 1992, 2008).

De igual manera hacemos mención de los diferentes manuales publicados actualmente en castellano (Glee-



son, 2005; Martindale, Bateman, Crowe, y Marginson, 2010; Caballo, 1996; Chadwick, 2009; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Edwards y McGorry, 2004; Gleeson y McGorry, 2005; Martindale, Bateman, Crowe, y Marginson, 2009; Penedés y Gastó, 2010; Perona, Cuevas-Yust, Vallina, y Lemos, 2003; Perris y McGorry, 2004; Roder, Brenner, Kienzle, y Fuentes, 2007; Stone, Faraone, y Tsuang, 2004).

En los últimos 5-10 años hemos presenciado un aumento de aproximaciones terapéuticas que van más allá de la teoría cognitiva general que se extiende al incluir una combinación ecléctica de teorías e influencias filosóficas. Ejemplos de estas aproximaciones de "tercera generación" son las técnicas de *mindfulness*, terapia metacognitiva, entrenamiento en mente compasiva (*compassionate mind training*), y el método de niveles (MOL), que todavía están en su infancia pero ya tienen potencial para influir la aplicación de la TCC en la esquizofrenia, y aunque no sea el foco central de esta revisión, las describiremos brevemente por su interés y de reciente aplicación en estos trastornos.

Mindfulness

Aproximaciones o técnicas que implican el entrenamiento de la mente para desengancharse de patrones de pensamiento automáticos y/o desadaptativos. Además de cómo direccionar la atención o concentración estas aproximaciones implican también la enseñanza de comportamientos de amabilidad, compasión y generosidad, el apoyo de estrategias de empatía como no juzgar y comprender el sufrimiento de los demás (Tai y Turkington, 2009). Por ej., en el caso de las experiencias psicóticas para las personas que experimentan voces críticas que son estresantes para el paciente, en la TCC tradicional se hubiera animado al sujeto a "engancharse" a la voz enfatizando las experiencias emocionales asociadas a su presencia. En cambio, aquí se entrenaría a la persona a aceptar la presencia de dichas voces y cambiar el foco de atención adoptando una actitud indiferente y no juiciosa, comportando que las voces se vuelvan menos estresantes y menos intrusivas.

Chadwick y colegas han aplicado esta técnica en personas con síntomas psicóticos en la que parece beneficiar a algunos pacientes (Chadwick, 2006; Abba, Chadwick, y Stevenson, 2008). También se ha utilizado dicha técnica en formato grupal (Chadwick, Taylor, y Abba, 2005).

Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment, ACT* en adelante) utiliza la teoría del marco relacional, análisis del comportamiento, e influencias de *mindfulness*. La ACT no anima a los pacientes a controlar las actividades intrapersonales (pensamientos, sentimientos...) como en la TCC tradicional pero les enseña a "tomar conciencia", aceptar y abarcar acontecimientos internos. Esta terapia enfatiza la identificación de los valores personales de un individuo y les alienta a actuar de acuerdo con dichos valores (Tai y Turkington, 2009a). Se utilizan estrategias de afrontamiento como el distanciamiento cognitivo (tratamiento de los pensamientos como hipotéticos registros en contraposición a nuestros actos), aceptación, y acción validada. Se argumenta que el foco de la TCC tradicional en la reducción de los síntomas específicos puede, paradójicamente, producir el efecto contrario al deseado; por lo que puede, incluso, empeorar los síntomas. Parece que últimamente ha aumentado esta técnica como tratamiento para la psicosis aunque la evidencia de su eficacia en ensayos clínicos y estudios longitudinales es escasa (Tai y Turkington, 2009b).

Entrenamiento en Mente Compasiva

El Entrenamiento en Mente Compasiva (*Compassionate Mind Training, CMT* en adelante) es una aproximación que forma parte de la TCC tradicional pero con un énfasis especial en una conciencia creciente de la relación negativa consigo mismo (*self-to-self*) (Tai y Turkington, 2009). Esta terapia comprende específicamente el sentimiento de vergüenza y autocrítica desde el punto de vista que esto puede actuar como una señal interna hostil que estimula las respuestas afectivas negativas y de sumisión que contribuyen a mantener los trastornos mentales (Gilbert et al., 2001; Gilbert, 2005).

La CMT facilita el cuidado individual para el bienestar del paciente respondiendo con calidez y compasión (Gilbert, 2009). Se utilizan diferentes técnicas como el cuestionamiento socrático, imaginación mental... particularmente importantes cuando se trabaja con síntomas psicóticos. Existe una clara base teórica para utilizar esta terapia dentro de la TCC en los síntomas psicóticos y una prometedora perspectiva para su inclusión como estrategia terapéutica para los síntomas comunes en la esquizofrenia (MacBeth, Schwannauer, y Gumley, 2008; Mayhew y Gilbert, 2008). La investigación de la aplicación de la CMT en psicosis todavía está



en fases iniciales por lo que se necesitan estudios validados para establecer el potencial de dicha terapia (Tai y Turkington, 2009).

Terapia meta-cognitiva

La terapia meta-cognitiva está basada en la teoría del modelo de Función Ejecutiva Autorregulada (Wells y Matthews, 1994). Desde esta perspectiva, la psicosis se considera como el resultado de un estilo de pensamiento y de la manera en cómo los pacientes controlan sus pensamientos (metacognición). Esta terapia especifica que existen estilos verbales de pensamiento (preocupación y rumiación), el foco de atención en la información negativa y de tipo amenazante, y acciones metacognitivas de supresión del pensamiento y evitación que conducen al trastorno. Clasificando estos procesos metacognitivos la terapia apunta a la manera para cambiar el modo en que los pacientes experimentan y regulan sus pensamientos.

La terapia metacognitiva implica enseñar a los sujetos habilidades alternativas para experimentar sus pensamientos utilizando técnicas como entrenamiento en atención y alterando las creencias metacognitivas o pensamientos que preocupan en demasía o no pueden ser controlados por peligrosos.

Aunque existen estudios con probada evidencia se necesitan más ensayos con un seguimiento de más de 12 meses y poder compararlos con estudios controlados y aleatorizados (Tai y Turkington, 2009).

Método de los Niveles

El Método de los Niveles (Method of Levels, MOL en adelante) es una terapia basada en los principios de la teoría del control de la percepción (Powers, 1973; Carey y Scitl, 2005), que contabiliza los mecanismos de cambio dentro de la psicoterapia (Carver y Scheir, 2008; Higginson y Mansell, 2008). Su base teórica también proviene de la TCC y especifica que la gente no busca el control de su conducta sino de sus experiencias perceptivas, cuando el objetivo es conseguir hacer que lo percibido en el ambiente por el paciente case con los "estándares internos" (u objetivos) de éste (Powers, 1990). La terapia postula que la principal característica del cambio con éxito es el cambio de conciencia del sujeto hacia niveles de percepción más altos para que el conflicto en los sistemas de control puedan ser reorganizados (Carey, Carey, Mullan, Spratt, y Spratt, 2009).

Los resultados de estudios realizados con la terapia del

MOL indican que es una psicoterapia efectiva y aceptable con beneficios al final de la terapia y en estudios de seguimiento a corto plazo (Carey et al., 2009; Carey y Mullan, 2007). Dichos estudios se han efectuado en comunidades clínicas, por lo que se necesitan más ensayos controlados.

INVESTIGACIÓN

La investigación nos ha enseñado al cabo de los años que la TCC es efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia (Wykes, Steel, Everitt, y Tarrrier, 2008; Tarrrier, 2010). La mayoría de estudios han sido realizados en el Reino Unido desde mediados de los años 80 (Beck y Rector, 2000) donde el Servicio Nacional de Salud recomienda dicho tratamiento a los pacientes con esta enfermedad. En contraste con EEUU, la American Psychiatric Association describe esta terapia como una técnica añadida que "puede beneficiar" a los pacientes (Lehman et al., 2004). Esta evidencia anecdótica refleja la diferencia del uso y de la visión que tienen los clínicos ingleses y americanos en cuanto a la actitud y práctica de la TCC en su ámbito de influencia. Mientras que los pacientes ingleses valoran mucho el tratamiento psicológico, los americanos otorgan supremacía al tratamiento farmacológico; aunque estas discrepancias parecen surgir del modelo de atención médico en sus respectivos sistemas de salud públicos, en la manera de enfocar la investigación clínica (Kuller, Ott, Goisman, Wainwright, y Rabin, 2010) o incluso en las diferentes teorías etiológicas de la esquizofrenia que sostienen ambos modelos; aunque ambos países la han incluido como terapia preferida.

Zimmerman et al. (2005) en un metaanálisis de 14 estudios de TCC en psicosis entre los años 1990 y 2004 concluyeron que la TCC era beneficiosa de manera significativa en la reducción de la sintomatología positiva (Zimmermann, Favrod, Trieu, y Pomini, 2005).

Aunque existen varios estudios que demuestran la eficacia de esta terapia en la esquizofrenia, existen pocos estudios centrados en pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico y/o psicosis de inicio reciente. La excepción es el programa SOCRATES (Lewis et al., 2002) basado en el estudio piloto por Haddock et al. (1998), que fue un estudio controlado aleatorizado multicéntrico de TCC para pacientes con un inicio de psicosis que ha demostrado ciertas ventajas en cuanto a la aplicación de la TCC en la fase temprana de la enfermedad. Trescientos nueve pacientes fueron asignados aleatoriamente a la TCC, terapia de apoyo (TA) o al



tratamiento usual –psicofarmacológico– (TU). La ventana terapéutica fue de 5 semanas. Todos los grupos mejoraron durante este período; no hubo una tendencia significativa de aquéllos que recibieron TCC y mejoraron más rápido. Sin embargo, no existieron diferencias grupales en cuanto se acabó el tratamiento. A los 18 meses de seguimiento, Tarrrier et al., (2004) informaron que tanto la TCC como la terapia de apoyo fue superior al tratamiento usual ya que respondieron preferiblemente a la reducción de síntomas, y las alucinaciones auditivas respondieron mejor a la TCC. No obstante, no hubo diferencias significativas en la tasa de recaídas o readmisiones.

Jackson y colegas dirigieron un estudio quasi-experimental en el centro EPPIC de Melbourne, donde 80 participantes con un PEP recibieron TCC (n=44), la rechazaron (n=21) o recibieron sólo cuidados intrahospitalarios (n=15) (Jackson et al., 1998). Al final del tratamiento, aquéllos que recibieron TCC se adaptaron mejor a la enfermedad, ganaron calidad de vida, *insight* y actitudes más positivas al tratamiento además de una reducción de los síntomas negativos que los pacientes hospitalizados. Al año de seguimiento, la única diferencia que permaneció es que el grupo que había recibido TCC se adaptó mejor a la enfermedad que aquéllos que la rechazaron (Jackson et al., 2001). A los 4 años de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos (Jackson et al., 2005).

Otro estudio controlado aleatorizado más reciente, del grupo de investigación de Melbourne, aleatorizaron 62 pacientes con un PEP en grupos que recibieron TCC o bien una terapia de apoyo denominada *befriending* (Jackson et al., 2008) en la que la TCC superó a esta otra terapia a mediados del tratamiento, pero no hubo diferencias significativas al final de dicho tratamiento o seguimiento. Otro estudio aleatorio y controlado basado en el programa EPPIC incluyó 62 participantes con PEP con intentos suicidas a los que se les administró una TCC enfocada a la prevención del suicidio o TU (Power et al., 2003). Estos autores encontraron que, mientras ambos grupos mejoraban, la TCC fue superior en el grado de disminución de desesperanza y en calidad de vida al final del tratamiento y posterior seguimiento. Jolley et al. (2003) dirigieron un pequeño estudio aleatorizado y controlado (n=21) en el que compararon la TCC para PEP con TU desde un servicio de intervención temprana. No encontraron diferencias en los síntomas, pero la TCC redujo los días de hospitalización. Finalmente, otro estu-

dio que examinó los efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para reducir el uso de cannabis en una muestra con un primer episodio (n=47) no encontró diferencias significativas cuando se utilizó psicoeducación para la misma muestra (Edwards et al., 2006).

En el estudio pequeño no controlado de TCC para PEP en formato grupal Lecomte, Leclerc, Wykes, y Lecomte (2003) encontraron que cinco participantes informaron de una gran satisfacción con el grupo de TCC y mostraron una disminución en síntomas psicóticos utilizando métodos cuantitativos.

En el estudio de Lecomte et al., (2008) se determinó la eficacia de la TCC grupal para pacientes con una psicosis de inicio reciente en comparación con los resultados de una intervención individual en entrenamiento en habilidades sociales con medidas repetidas (base, 3 meses, y 9 meses). Participaron 129 pacientes en un ensayo simple ciego controlado aleatorizado con tres condiciones: TCC grupal, grupo de entrenamiento en habilidades sociales para el manejo de síntomas y/o un grupo control en lista de espera. Ambos tratamientos mejoraron tanto la sintomatología positiva como negativa en comparación con el grupo control de lista de espera, pero el grupo que recibió TCC tuvo efectos significativos al cabo del tiempo en todos los síntomas, en general, y también en los efectos post-tratamiento en la autoestima y estrategias de afrontamiento en comparación con el grupo lista de espera y una menor tasa de abandono si se les compara con el grupo que recibió sólo el entrenamiento en habilidades sociales.

Los descubrimientos de todos los estudios seleccionados están resumidos en la Tabla 1.

Hay conclusiones alentadoras de estos estudios, por ej., que aquéllos que sugieren que la TCC individual puede ayudar a la gente con un PEP consiguen una recuperación más rápida, o bien, que ésta aparece como un tratamiento aceptable para personas con una psicosis temprana. También muestran indicios que la TCC para PEP puede ser particularmente efectiva para la mejora de la calidad de vida y para tratar ciertos tipos de síntomas; como por ej., la desesperanza y las voces. Sin embargo, la relativa falta de diferencias significativas entre grupos al final del tratamiento y posterior seguimiento sugiere que los beneficios de la TCC en esta clase de pacientes son modestos. En estos estudios hay pocas diferencias significativas entre grupos al final del tratamiento como en su seguimiento. Los descubrimientos sugieren, sin embargo, que la TCC tiene importantes beneficios en



términos de tasa de recuperación, mejora en ciertos síntomas (por ej. alucinaciones auditivas y desesperanza), y calidad de vida. En cuanto a la eficacia de esta terapia en formato grupal hay tan pocos estudios que no se pueden lanzar conclusiones definitivas, por lo que tendremos que esperar que haya más investigación en este sentido.

DISCUSIÓN

Estos estudios constataron que el desarrollo de programas de intervención temprana en estos pacientes presenta una serie de importantes ventajas puesto que, claramente, supone una disminución del coste social, económico y personal asociado. Sin embargo, en la práctica, no es habitual que se ofrezcan este tipo de intervenciones nada más aparecer la psicosis.

TABLA 1
ESTUDIOS DE TCC PARA PRIMEROS EPISODIOS EN PSICOSIS TEMPRANA

Estudio	Programa	N	Muestra/Fase trast.	Diseño	Fase	Formato	Control	Duración tratamiento/seguimiento	Primeros resultados	Resultados
(Haddock et al., 1998)		21	Psicosis temprana/ Fase aguda	ECA	A	I	TA	5 semanas / 4 meses	Síntomas	Sin diferencias
(Lewis et al., 2002)	SÓCRATES	309	Psicosis temprana (83 % PEP)/ Fase aguda Psicosis temprana/	ECA	A	I	TA y TU	5 semanas / 3 meses	Síntomas	El grupo TCC mejoró más rápido; las voces respondieron mejor a la TCC
(Jolley et al., 2003)		21	Fase estable (1 ^o y2 ^o E)	ECA	M	I	TU	6 meses	Síntomas	Menos tiempo de hospitalización con TCC
(Power et al., 2003)	EPPIC	56	PEP con intentos de suicidio	ECA	M	I	TU	8-10 sesiones / 6 meses 18 meses de seguimiento del estudio de Lewis et al. (2002)	Intentos de suicidio	La TCC mejoró el grado de esperanza y de calidad de vida
(Tarrier et al., 2004)	SOCRATES	225	Psicosis temprana (83 % PEP)	ECA	A	I	TA y TU		Síntomas	Las voces responden mejor a la TCC
(Jackson et al., 2008)	EPPIC (ACE project)	62	PEP/ Fase aguda	ECA	A	I	TU	20 sesiones / 1 año	Síntomas	Mejoran más rápido con la TCC
(Jackson et al., 1998)	EPPIC (COPE)	80	PEP	QE	M	I	TU	12 meses	Síntomas	La TCC mejoró el grado de adaptación a la enfermedad, la calidad de vida, los síntomas negativos y el "insight"
(Jackson et al., 2001)	EPPIC (COPE)	51	PEP	QE	M	I	TU	1 año de seguimiento del estudio de Jackson et al. (2008)	Síntomas	La TCC mejoró el grado de adaptación a la enfermedad
(Jackson et al., 2005)	EPPIC (COPE)	91	PEP	QE	M	I	TU	4 años de seguimiento del estudio de Jackson et al. (2008)	Síntomas	Sin diferencias
(Edwards et al., 2006)	EPPIC	47	PEP	ECA	M	I	PE	10 sesiones en 3 meses/ 6 meses	Uso de cannabis	Sin diferencias
(Lecomte, Leclerc, Wykes, y Lecomte, 2003)		5	PEP	EA	M	G		3 meses	Síntomas	Reporta gran satisfacción y disminución de síntomas positivos
(Lecomte, Leclerc, Corbière, Wykes, Wallace, y Spidel, 2008)		129	Psicosis temprana	ECA	A	G	TA y TU	24 sesiones / 3 meses	Síntomas	La TCC tuvo efectos significativos en el tiempo sobre los síntomas generales

Claves: PEP= primer episodio psicótico; ECA= estudio controlado aleatorizado; QE= quasi-experimental; EA= ensayo abierto; EC= estudio cualitativo; A= fase aguda; M= fase mixta (aguda y recuperación); I= terapia individual; G= terapia grupal; TA= terapia de apoyo; TU= terapia usual (sólo con antipsicóticos); PE= psicoeducación.



Aunque exista un claro mensaje de que la TCC parece beneficiosa para el tratamiento de los síntomas psicóticos y del potencial de ésta para mejorar la calidad de vida y reducir el estrés en estos pacientes, existen algunas cuestiones por aclarar. Uno de los *handicaps* mencionados en algunos de los estudios realizados es que la terapia individual parece no ser efectiva en la reducción del nº de recaídas o rehospitalización en la psicosis temprana, e incluso algunos descubrimientos sugieren que las ganancias en el tratamiento precoz tampoco se sostienen al cabo del tiempo.

De la misma manera que podemos argüir que mientras los resultados preliminares de los estudios realizados hasta ahora son alentadores, no se puede apoyar la hipótesis de que la TCC será más efectiva en personas con un PEP si la comparamos con la muestra de pacientes psicóticos resistentes al tratamiento y más cronicados. De hecho, a menudo, no se encontró diferencias significativas entre grupos y al final o seguimiento del tratamiento en los estudios de PEP/ psicosis temprana, no así en los estudios de pacientes crónicos o resistentes al tratamiento en los que se demostró de manera repetida los beneficios de la terapia de forma significativa.

Esto puede ser debido a que existen razones como la falta de descubrimientos significativos en los estudios incluyendo las dificultades asociadas al diseño del estudio, al sostén teórico de las intervenciones y la aplicación específica de la TCC en una población de primeros episodios (Morrison, 2009).

También es necesario comentar que estos estudios tienen una serie de limitaciones que pueden contribuir a la falta de descubrimientos positivos y, a la postre, incidir en la variabilidad de los estudios realizados ya que algunos de ellos, como el de Jolley et al., (2003) y el de Jackson et al., (1998) tuvieron un tamaño de las muestras pequeño con poder insuficiente para detectar cambios estadísticamente significativos. Dentro de los ensayos SOCRATES existe una considerable variabilidad que puede deberse al tratamiento de fondo (medicación, manejo de casos, provisión de terapia familiar) realizadas a través de las diferentes unidades de salud mental. Así, los efectos específicos de la TCC pueden haber sido enmascarados por la extensa variabilidad en la mejora debido a los ajustes de tratamiento diferentes. De hecho, en el estudio de Tarrier et al., (2004) notaron un efecto significativo en los resultados por las interacciones del tratamiento en el seguimiento a 18 meses.

Otra de las limitaciones a comentar y que influye en los resultados a largo plazo es que algunos estudios utilizaron sólo una condición control (TAU), que puede haber incidido en el fracaso sobre el control para factores específicos como puede ser el aumento del contacto con el terapeuta (Bendall et al., 2006).

Además, el desarrollo reciente de tratamientos cognitivos hace necesario desarrollar una conceptualización más amplia y una aproximación terapéutica a los síntomas psicóticos que abarque la heterogeneidad y la naturaleza multimodal del trastorno e incrementen nuestro conocimiento de cómo pueden ser aplicados a problemas específicos y circunstancias. Así la eficacia será mejor entendida a través de la formulación personalizada y multimodal de los pacientes.

Es de destacar que una parte importante de los estudios sobre la eficacia de la TCC en primeros episodios están realizados en el contexto de servicios especializados que ofrecen una atención integral. Esta situación puede mermar las posibilidades de encontrar un efecto por encima del efecto general de estos programas especializados (y de la medicación) y es que la gran mayoría de estudios han examinado la administración de la TCC en PEPs dentro de un contexto en equipos multidisciplinares guiados a menudo por el modelo tradicional médico (por ej. SOCRATES), además de que es inherentemente difícil demostrar un efecto adicional de la TCC en la fase aguda de un PEP, ya que muchos pacientes se recuperan relativamente rápido independientemente del tipo de tratamiento recibido. Incluso los estudios incluidos dentro de los servicios de intervención temprana (por ej. EPPIC) han suscrito a menudo un entendimiento biológico a la psicosis. Esto puede llevar a las diferentes aproximaciones de la TCC a ayudar a los pacientes a enfrentarse o eliminar los síntomas de una enfermedad, más que a normalizar las experiencias psicóticas y promover un cambio en la evaluación y respuesta a tales experiencias, que es más consistente con la teoría cognitivo-conductual en general y, más específicamente, con los modelos cognitivos de la psicosis (Morrison, 2009).

De igual manera, estudios posteriores tendrán que poner mayor énfasis en la medición de la recuperación funcional del individuo tanto a nivel social, laboral, rendimiento académico, de ocio... tanto durante como después del tratamiento (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, y Lieberman, 2005).



REFERENCIAS

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77-87.
- Addington, J., & Gleeson, J. (2005). Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187, s72-s76.
- Alvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S., Wade, D., Gee, D., Pearce, T., et al. (2009). Predictors of adherence to cognitive-behavioural therapy in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(10), 710-718.
- Alvarez-Segura, M., Llorente, C., y Arango, C. (2009). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Jano*, 1723, 27-30.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford England: International Universities Press.
- Beck, A. T. (2002). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt: A 1952 case study. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. (pp. 3-14). New York, NY US: Brunner-Routledge.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY US: Basic Books.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3), 291-300.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Killackey, E., Allott, K., Johnson, T., Harrigan, S., et al. (2006). The credibility and acceptability of befriending as a control therapy in a randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute first episode psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 277-291.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1211-1226.
- Caballo, V.E. (1996). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*.
- Carey, T. A., Carey, M., Mullan, R. J., Spratt, C. G., & Spratt, M. B. (2009). Assessing the statistical and personal significance of the methods of levels. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 311-324.
- Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2007). Patients taking the lead. A naturalistic investigation of a patient led approach to treatment in primary care. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 27-40.
- Carey, T., & Scitl, C. *Method of Levels: How to Do Psychotherapy Without Getting in the Way*. Hayward, CA: Living Control Systems Publishing; 2005.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. Control theory: a useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. In: Baumeister RF, ed. *The Self in Social Psychology*. New York, NY: Psychology Press; 2008.
- Chadwick, P. (2009). *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*.
- Chadwick, P. D., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Oxford England: John Wiley & Sons.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351-359.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 267-292.
- Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., et al. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 109-117.
- Edwards, J., y McGorry, P.D. *La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford England: Lyle Stuart.
- Emsley, R. A., Lambert, T., McGrath, J., Power, P., Schweitzer, I., Bosnia, G., et al. (1999). Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: A double-blind multicenter study. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 721-729.
- Fernández, O. V., Giráldez, S. L., e Iglesias, P. F. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Fowler, D. (2000). Psychological formulation of early episodes of psychosis: A cognitive model. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Gilbert, P. *Compassion*. London, UK: Routledge; 2005.



- Gilbert, P. *Compassionate Mind*. London, UK: Constable & Robinson, Ltd; 2009.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., et al. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31(6), 1117-1127.
- Gleeson, J.F.M., y McGorry (2005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana: Un manual de tratamiento*.
- Gleeson, J. F. M., Cotton, S. M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Crisp, K., et al. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4), 477-486.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY US: Guilford Press.
- Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and emotional disorder: A structural approach to psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 33(3), 419-431.
- Haarmans, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for individuals recovering from a first episode of psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 43-49.
- Haddock, G., Lewis, S., Bentall, R., Dunn, G., Drake, R., & Tarrier, N. (2006). Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 188(3), 250-254.
- Haddock, G., & Slade, P.D. (Eds.). (1996). *Cognitive-behavioral interventions with psychotic disorders*. New York, NY: Routledge.
- Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R., & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(5), 254-258.
- Harrison, G., Croudace, T., Mason, P., & Glazebrook, C. (1996). Predicting the long-term outcome of schizophrenia. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 26(4), 697-705.
- Herrmann-Doig, T., Maude, D., & Edwards, J. (2003). *Systematic treatment of persistent psychosis (STOPP)*. London, UK: Martin Dunitz.
- Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(3), 309-328.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., et al. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results. *British Journal of Psychiatry*, 172, 93-100.
- Jackson, H. J., McGorry, P. D., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., et al. (2008). Acute phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus befriending for first-episode psychosis: The ACE project. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 38(5), 725-735.
- Jackson, H., Edwards, J., Hulbert, C., & McGorry, P. D. (1999). Recovery from psychosis: Psychological interventions. In H. J. Jackson (Ed.), *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach*. (pp. 265-307). New York, NY US: Cambridge University Press.
- Jackson, H., McGorry, P., Henry, L., Edwards, J., Hulbert, C., Harrigan, S., et al. (2001). Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): A 1-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 57-70.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Harrigan, S., et al. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 35(9), 1295-1306.
- Jolley, S., Garety, P., Craig, T., Dunn, G., White, J., & Aitken, M. (2003). Cognitive therapy in early psychosis: A pilot randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 473-478.



- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York, NY US: Guilford Press.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2002). *The case study guide to cognitive behavior therapy of psychosis*. Chichester, UK: The Guilford Press.
- Kuller, A. M., Ott, B. D., Goisman, R. M., Wainwright, L. D., & Rabin, R. J. (2010). Cognitive behavioral therapy and schizophrenia: A survey of clinical practices and views on efficacy in the united states and united kingdom. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 2-9.
- Larsen, T. K., McGlashan, T. H., Johannessen, J. O., Friis, S., Guldborg, C., Haahr, U., et al. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1917-1919.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., & Lecomte, J. (2003). Group CBT for clients with a first episode of schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 375-383.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A., L., Perkins, D. O., et al. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1-56.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181, s91-s97.
- Liu, P., Parker, A. G., Hetrick, S. E., Callahan, P., de Silva, S., & Purcell, R. (2010). An evidence map of interventions across premorbid, ultra-high risk and first episode phases of psychosis. *Schizophrenia Research*, 123(1), 37-44.
- MacBeth, A., Schwannauer, M., & Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 79-83.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY US: Basic Books.
- Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for Psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD004718.
- Martindale, B.V., Bateman, A., Crowe, M., y Marginson, F. (2009). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia*.
- Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 15(2), 113-138.
- McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46(7), 899-907.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., et al. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: Two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 634-640.
- Morrison, A. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose? *Psychosis Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(2), 103-112.
- Morrison, A. P. (2002). In Morrison A. P. (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. New York, NY US: Brunner-Routledge.
- Penedés, R., y Gastó, C. (2010). *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220-2232.
- Perona, S., Cuevas-Yust, C., Vallina, O., y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica*.
- Perris, C., y McGorry, P.D. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico*.
- Power, P. J. R., Bell, R. J., Mills, R., Herrman-Doig, T., Davern, M., Henry, L., et al. (2003). Suicide prevention in first episode psychosis: The development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(4), 414-420.



- Powers, W.T. *Behavior: The Control of Perception*. New York, NY: Hawthorne; 1973.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia: IPT*.
- Rush, A. J. (1979). Cognitive therapy for depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13(1), 13-16.
- Ryle, A., & Kerr, I.B. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Lanham, MD US: Jason Aronson.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 509-526.
- Sanger, T. M., Lieberman, J. A., Tohen, M., Grundy, S., Beasley, C., Jr., & Tollefson, G. D. (1999). Olanzapine versus haloperidol treatment in first-episode psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(1), 79-87.
- Stone, W.S., Faraone, S.V. y Tsuang, M.T. (2004). *Intervención clínica precoz y prevención de la esquizofrenia*.
- Tai, S., & Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In N. Tarrier (Ed.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. (pp. 147-169). Oxford England: John Wiley y Sons.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184(3), 231-239.
- Tarrier, N. (2008). Schizophrenia and other psychotic disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 463-491). New York, NY: Guilford.
- Tarrier, N. (2010). Cognitive behavior therapy for schizophrenia and psychosis: current status and future directions. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 4 :176-84.
- Uzenoff, S. R., Brewer, K. C., Perkins, D. O., Johnson, D. P., Mueser, K. T., & Penn, D. L. (2010). Psychological well-being among individuals with first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(2), 174-181.
- Wells, A., & Matthews, G. *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537.
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., & Jackson, H. J. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 283-303.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77(1), 1-9.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

