

# Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis

## New Trends in Treatment for Psychosis

Serafín Lemos Giráldez

Universidad de Oviedo y CIBERSAM  
Purificación Fernández Iglesias  
Universidad de Oviedo

Oscar Vallina Fernández

Hospital de Sierrallana (Torrelavega, Santander)  
Mercedes Paino

Eduardo Fonseca Pedrero

Universidad de Oviedo y CIBERSAM

Universidad de Oviedo y CIBERSAM

**Resumen.** El objetivo de este artículo es resumir los conocimientos actuales sobre los tratamientos farmacológicos, psicosociales y otros procedimientos terapéuticos que se aplican a las psicosis. Si bien la medicación antipsicótica viene siendo el tratamiento de elección para las psicosis, y en especial para la esquizofrenia, la mejoría obtenida en los síntomas positivos es sólo moderada, y no ha demostrado eficacia en la mejora de los síntomas deficitarios persistentes. Incluso muchos pacientes continúan sufriendo los síntomas positivos y recaídas, especialmente cuando falla el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Todo ello, pone en evidencia la necesidad de utilizar otros tratamientos adjuntivos, que ayuden al paciente a comprender y a manejar sus trastornos, a aliviar los síntomas, a mejorar el cumplimiento terapéutico, su funcionamiento social y su calidad de vida, y a resolver los problemas que no logran solución con la medicación. En la actualidad, el tratamiento de las psicosis requiere un enfoque amplio, multimodal, que incluya medicación, psicoterapia y tratamientos psicosociales (psicoeducación e intervenciones dirigidas a la solución de problemas, terapia cognitivo-conductual, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y terapia asertiva comunitaria), así como ayuda en la búsqueda de alojamiento y recursos económicos que le permitan sobrevivir. En el futuro próximo, deberán desarrollarse intervenciones más adaptadas a las diferentes fases que presentan las psicosis.

*Palabras clave:* psicosis, esquizofrenia, tratamientos psicológicos, intervención temprana, alto riesgo.

**Abstract.** The purpose of this paper is to summarize our current knowledge about pharmacological, psychosocial, and other emerging treatments for psychoses. Although antipsychotic medications are the mainstay of treatment for psychoses, and particularly for schizophrenia, the degree of improvement in positive symptoms is moderate, and has no demonstrable efficacy against positive enduring or deficit negative symptoms. Indeed, many patients continue to suffer from persistent positive symptoms and relapses, particularly when they fail to adhere to prescribed medications. This underlines the need for additional treatment methods to help patients understand and manage their disorders, alleviate symptoms, improve adherence, social functioning and quality of life, and solve problems that do not fully respond to medication. Nowadays, comprehensive treatment entails a multi-modal approach, including medication, psychotherapy and social treatments (psychoeducation and coping-oriented interventions, cognitive behaviour therapy, cognitive remediation, social skills training and assertive community treatment), as well as assistance with housing and financial sustenance. In the foreseeable future, phase-specific interventions ought to be applied to different stages of psychoses.

*Key words:* psychosis, schizophrenia, psychological treatments, early intervention, ultra-high risk.

---

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a Serafín Lemos Giráldez. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo-España. E-mail: slemos@uniovi.es

---

Agradecimientos: este estudio ha sido financiado por el Ministerio de ciencia e Innovación (MICINN-PSI2008-06220).

Una ojeada a la reciente historia del tratamiento de las psicosis nos permite diferenciar diversas etapas y derivar también ciertas conclusiones. Con anterioridad a la década de 1950, la atención primordial consistía en una mera custodia de las personas afectadas. En las décadas de 1950 y 1960, con el comienzo de la utilización de los antipsicóticos de primera generación (clorpromazina, flufenacina y haloperidol), sustancias incluidas en el listado de medicamentos esenciales por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2009), surgió la esperanza de poder controlar los síntomas positivos, es decir, las características más patológicas, como son las alucinaciones y los delirios, y de poder tratar a pacientes graves en la comunidad, reduciendo la frecuencia y gravedad de los episodios psicóticos y mejorando el nivel de funcionamiento y la calidad de vida. Además, suponiendo que los síntomas negativos tales como la apatía, la falta de motivación, el empobrecimiento afectivo y el deterioro funcional, podrían ser una consecuencia del internamiento prolongado de los pacientes en las instituciones psiquiátricas, se veía con optimismo que, una vez controlados los síntomas positivos, y al permitir a los pacientes convivir con sus familiares en el hogar y en ambientes más naturales en la comunidad, no se instaurarían en ellos dichos síntomas.

La década de 1970, sin embargo, ofreció un panorama bastante menos optimista, al comprobarse que los efectos secundarios de la medicación antipsicótica daban lugar a un importante incumplimiento del programa terapéutico por muchos pacientes, que no toleraban bien los síntomas extrapiramidales (especialmente la acatisia y la discinesia tardía), apreciándose tasas de recaída del 30-50% en el periodo de uno o dos años siguientes al inicio del tratamiento; así como ausencia de mejoría en la sintomatología aguda en una pequeña proporción de pacientes medicados.

La introducción de los antipsicóticos atípicos, o de segunda generación, pareció mejorar el cumplimiento terapéutico, al conseguir una significativa reducción de los efectos secundarios motores, a corto y largo plazo; si bien han demostrado también diversos efectos adversos, especialmente metabólicos. En particular, la clozapina no mostró efectos

extrapiramidales indeseados y se utilizó con cierto éxito en pacientes refractarios a otros tratamientos, pero su utilización resulta limitada por otras consecuencias no deseadas, como la agranulocitosis. En general, las comparaciones a gran escala de los resultados de los antipsicóticos de primera y segunda generación no ofrecen avances sustantivos en cuanto a la eficacia en el control de los síntomas y en la mejora en el funcionamiento cognitivo y social de los pacientes tratados (Jones et al., 2006; Keefe et al., 2007; Lieberman et al., 2005; Swartz et al., 2007). En cualquier caso, se ha demostrado también que el no tratamiento con fármacos de los pacientes con psicosis, especialmente en la esquizofrenia, conduce a un mayor número de recaídas sintomáticas, al deterioro del funcionamiento social y de la calidad de vida de los pacientes, y aumenta notablemente la mortalidad, en comparación con aquéllos que sí reciben dichos tratamientos (Tandon, Nasrallah y Keshavan, 2009).

Los trabajos de Brown, Birley y Wing (1972) y de Vaughn y Leff en las décadas de 1970 y 1980 (Leff, 1987; Vaughn y Leff, 1976) abrieron una nueva línea de investigación, y ampliaron el marco de intervención terapéutica, al plantear la posible existencia de factores de estrés, tal vez presentes en el hogar de los pacientes, que podrían guardar relación con elevadas tasas de recaídas sintomáticas. Estas investigaciones dieron lugar al fructífero constructo de la *emoción expresada*, que tanto interés recibió por clínicos e investigadores. La *emoción expresada* es un concepto que hace referencia a ciertos comportamientos manifestados por algunos familiares que conviven con un paciente, caracterizados por elevados niveles de crítica, de hostilidad y de sobreimplicación emocional que habitualmente dirigen hacia él, y que han demostrado guardar alta correlación con el agravamiento de los síntomas psicóticos y con la necesidad de rehospitalización.

En ese mismo periodo, e integrando dichos hallazgos, surgió el modelo de vulnerabilidad-estrés, propuesto por Zubin y Spring (1977), como explicación de la esquizofrenia. Dicho modelo, superando planteamientos radicalmente biológicos, sugiere que la esquizofrenia es el resultado de factores endógenos de predisposición o vulnerabilidad, genética o adquirida durante el neuro-desarrollo, y que la manifesta-

ción de los síntomas de enfermedad viene desencadenada por la presencia de estresores ambientales. Es decir, la psicosis podría ser el resultado de ciertas características constitucionales de predisposición (innatas o adquiridas en periodos críticos del desarrollo temprano), pero que se convierten en dicho trastorno sólo cuando la persona está sometida a circunstancias vitales problemáticas o estresantes.

En gran medida, toda la investigación posterior sobre la etiología de la esquizofrenia, así como el desarrollo de programas de intervención terapéutica, ha estado influida tanto por dicho modelo como por la investigación familiar sobre la *emoción expresada*. En particular, ha recibido especial atención la combinación de terapia farmacológica e intervenciones familiares en la investigación de las últimas décadas.

El modelo de vulnerabilidad-estrés concibe, pues, los síntomas psicóticos como el resultado de la acción conjunta de estresores ambientales y de la vulnerabilidad personal. Como marcadores de la vulnerabilidad se incluyen el déficit en el procesamiento de la información, manifestado en diversas tareas de laboratorio; factores bioquímicos todavía no suficientemente determinados; déficit en habilidades sociales y en el procesamiento de señales afectivas; a los que también se añade más tarde pobre cumplimiento del tratamiento farmacológico, una vez que éste es prescrito. Estos factores también pueden aumentar la aparición de estresores ambientales o ampliar sus efectos; y entre los estresores ambientales se incluyen el abuso de drogas, así como diversos sucesos vitales problemáticos o los ambientes familiares críticos, hostiles o excesivamente ansiosos.

### Los tratamientos psicológicos

Tradicionalmente, se han abordado los síntomas negativos de la psicosis mediante terapias psicológicas, que se basan en el entrenamiento de habilidades (cognitivas y sociales, preferentemente), o bien mediante técnicas de reforzamiento en entornos institucionales. Una creencia muy extendida ha sido que sólo es posible contener o atenuar los síntomas positivos mediante tratamientos farmacológicos (los

antipsicóticos clásicos o los de nueva generación); aunque también otros fármacos han sido utilizados como tratamiento adjuntivo en las psicosis. Así, hay informes que atribuyen cierto éxito al tratamiento de la esquizofrenia con otros fármacos que incluyen sustancias anticomociales, antidepresivas, litio (normalmente empleado en los trastornos bipolares como estabilizador del humor), y benzodiazepinas (que se utilizan para tratar los trastornos de ansiedad). En general, no obstante, la evidencia de eficacia de dichos fármacos, con excepción de los antipsicóticos, es débil (Buchanan et al., 2010).

Si bien la medicación antipsicótica ha seguido siendo el principal tratamiento de elección para los trastornos psicóticos, se ha comprobado que la farmacoterapia, como tratamiento único, produce sólo mejorías muy limitadas en los síntomas negativos, en las funciones cognitivas, en el funcionamiento social y en la calidad de vida de los pacientes. Incluso muchos pacientes siguen manifestando síntomas positivos persistentes y recaídas, sobre todo cuando el cumplimiento terapéutico se relaja o se abandona.

Así pues, la farmacoterapia no soluciona plenamente los trastornos psicóticos, si se toman en consideración los fracasos del tratamiento, los síntomas residuales, la cronicidad y la recurrencia de los síntomas. Por ejemplo, el grado de mejoría de los síntomas positivos en la esquizofrenia, con tratamiento de antipsicóticos, típicamente es inferior al 20% (Khan, Khan, Leventhal y Brown, 2001). Incluso en la actualidad, se sigue comprobando (en seguimientos de 5 años) que el 50% de los pacientes con esquizofrenia presenta una mala evolución, a pesar de seguir la medicación antipsicótica; y que el 75% sigue la medicación de forma errática, entre otras razones por los molestos efectos secundarios. También la tasa de recaídas en el trastorno bipolar, tratado con estabilizadores del humor, se sitúa entre el 30-40% en un periodo de 1-4 años (Geddes, Burgess, Hawton, Jamison y Goodwin, 2004; Ginsberg, 2006); y la tasa de remisión de la depresión mayor, tratada con antidepresivos, se sitúa entre el 13-37%, dependiendo del número de fármacos (Rush et al., 2006).

Por ello, se ha subrayado la necesidad de incluir terapias psicosociales complementarias a la farma-

coterapia, con el fin de aliviar los síntomas, mejorar el cumplimiento terapéutico, el funcionamiento social y la calidad de vida, y promover en el paciente una vida independiente (Kern, Glynn, Horan y Marder, 2009; Patterson y Leeuwenkamp, 2008; Vallina Fernández, Lemos Giráldez y Fernández Iglesias, 2010). Los tratamientos psicológicos, aplicados a nivel individual, que gozan de un apoyo experimental más fuerte, son la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual (TCC), el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento cognitivo y el tratamiento asertivo comunitario. La adaptación de las terapias psicológicas a las psicosis ha cobrado fuerza en las dos últimas décadas y, por ello, la eficacia de dichas intervenciones ha permitido su incorporación en las principales guías de práctica clínica internacionales para el tratamiento de la esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2004; Canadian Psychiatric Association, 2005; Dixon et al., 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005).

Como fundamento para la utilización de terapias psicológicas en las psicosis, es preciso tener en cuenta el carácter continuo de la psicopatología. El modelo continuo de la psicopatología enfatiza las semejanzas fenotípicas entre la normalidad, las neurosis y las psicosis, y rompe con la creencia de que “neurosis=terapia psicológica” y “psicosis=tratamiento farmacológico” (Turkington, Kingdon y Chadwick, 2003). Sin embargo, para algunos profesionales, es verdad que hablar de terapias psicológicas en la esquizofrenia todavía equivale a abrir la caja de Pandora; es decir, algo muy peligroso y desaconsejable, por considerar que los síntomas no son susceptibles de razonamiento o que incluso pueden empeorar cuando se formulan preguntas sobre ellos, y que los pacientes están demasiado perturbados para beneficiarse de una intervención psicológica. Aunque, bajo ciertas circunstancias, a veces esto pueda ser verdad, se ha argumentado que estos problemas pueden superarse adaptando los enfoques cognitivo-conductuales que vienen utilizándose en los trastornos de ansiedad.

La aceptación del principio de que no existe una clara línea divisoria entre la psicosis y otras categorías clínicas permite centrarse más bien en las semejanzas entre trastornos; en particular, que los síntomas de una también se presentan en otras, y que cada trastorno implica disfunciones en el pensamiento, la emoción, la conducta, y desequilibrios químicos dentro del cerebro.

Los síntomas positivos de la esquizofrenia son una exageración de las funciones normales, de modo que se diferencian del funcionamiento normal por el grado de convicción con el que se sostienen y el grado de preocupación que generan, entre otras dimensiones; pero son fenómenos a veces también presentes en personas normales o, cuando menos, en personas sin diagnóstico de psicosis.

Garety y cols. (2001) describen la existencia de dos rutas en el desarrollo de los síntomas psicóticos: a través de cambios cognitivos y afectivos (que es la más común), o sólo por alteraciones afectivas.

Los cambios cognitivos y perceptivos, de carácter prodrómico de la psicosis, suelen ser experiencias extrañas que elevan el nivel de activación y desencadenan la búsqueda de una explicación causal; siendo aquí donde juegan un papel fundamental los procesos sesgados de evaluación consciente. Garety y Feeman (1999) han destacado la existencia de un sesgo en el estilo cognitivo de obtener la información, que se caracteriza por el *salto hacia conclusiones*, *sesgos en la atribución externa* y *déficit en la comprensión de las situaciones sociales y de las intenciones de los demás*. Dichos procesos sesgados agravan los estados emocionales negativos (p.ej., ansiedad, depresión, enfado). Creen estos autores que estos procesos son más probables cuando existe una historia personal de adversidad y privación tempranas (p.ej., marginación social, pérdidas en la infancia, trauma infantil grave); de modo que producen una vulnerabilidad permanente, caracterizada por esquemas cognitivos negativos respecto a uno mismo y al mundo, y que facilitarían las atribuciones externas y la baja autoestima.

Sin embargo, las experiencias anormales psicótiformes no se convierten en síntomas abiertamente psicóticos cuando la persona es capaz de rechazar la hipótesis de externalidad (es decir, cuando no hace una atribución externa de dichas experiencias),

dando lugar a una decisión de auto-corrección protectora (p.ej., “pienso que Dios me está hablando, pero probablemente ocurre que mi cabeza me está jugando una mala pasada”). La valoración externa es pues un factor crucial, de modo que la psicosis se considera presente cuando el individuo evalúa las experiencias como causadas por factores externos y personalmente significativos; que es lo que formalmente permite identificarlas como alucinaciones o delirios.

La segunda ruta a la psicosis tiene lugar cuando el suceso estresante, según Garety y Freeman, produce sólo trastornos afectivos, que a su vez activan procesos sesgados de valoración y esquemas desadaptativos sobre uno mismo o los demás, que dan lugar a una atribución externa (p.ej., delirios) del suceso vital o del afecto alterado. En estos casos, los delirios ocurren con independencia de las alucinaciones u otros síntomas psicóticos.

### El tratamiento de los síntomas positivos de la psicosis

A tenor de lo referido previamente, la TCC formula como objetivo clínico actuar directamente sobre los procesos psicológicos, siendo eficaz cuando logra que la persona re-evalúe como causadas internamente experiencias de atribución externa; cuando cambia esquemas cognitivos negativos de sí misma; y cuando logra compensar los procesos sesgados de razonamiento. La TCC se considera complementaria al bloqueo dopaminérgico, que reduce la saliencia de los estímulos ambientales (Howes y Kapur, 2009).

La TCC comenzó a aplicarse en las psicosis en los años 80 por Tarrier y colaboradores (Tarrier et al., 1993), con el propósito de ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus síntomas. Al mismo tiempo, Chadwick y Lowe (1990) demostraron que era posible someter a “pruebas de realidad” las creencias delirantes.

Hasta la actualidad, se han desarrollado modelos cognitivos sobre las experiencias psicóticas que sugieren que, como se ha dicho, el malestar y la discapacidad que producen no son producidos directamente por las experiencias mismas sino por la mane-

ra en que las personas las interpretan. Es decir, el malestar y las conductas que guardan relación con los síntomas psicóticos no siempre son causados por la presencia de las experiencias psicóticas *per se*, sino que más bien son el resultado de la evaluación que la persona hace de las mismas (p. ej., su amenaza potencial). A partir de este planteamiento, se han publicado diversos manuales que describen la aplicación de dichos modelos en detalle (Bentall, 2005; Birchwood y Tarrier, 1992; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996, 1997; Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Freeman, Bentall y Garety, 2008; French y Morrison, 2004; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001; Haddock y Slade, 1996; Kingdon y Turkington, 1994; Morrison, 2001; Nelson, 2005; Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2003; Perris y McGorry, 2004; Wright, Turkington, Kingdon y Ramirez Basco, 2009).

El modelo básico de la TCC detalla la relación entre 1) los *sucesos* ambientales (p.ej., recuerdos de los sucesos, percepciones delirantes, alucinaciones, etc.), 2) las *cogniciones* (el significado de dichos eventos o percepciones), 3) las respuestas *emocionales*, y 4) las *conductas*, como guía para el tratamiento; siendo el núcleo de la TCC la *normalización*, la *comprensión* y la *verificación* de las creencias o percepciones.

La TCC en las psicosis se ha desarrollado en la dirección de ir al *contenido* y al *significado* de los síntomas, más en profundidad.

Los procedimientos de intervención con TCC en las psicosis deben incluir los siguientes pasos:

1. *Optimizar la relación terapéutica* (lograr el compromiso del paciente y llevar a cabo la evaluación inicial). En las psicosis, es más lento el desarrollo de una relación de colaboración que en otros trastornos mentales; para lo cual, conviene proceder paso a paso, mediante entrevistas no amenazantes, de apoyo, y mostrando genuino interés por los problemas del paciente. Deben explorarse los posibles obstáculos a la colaboración y evaluarse las dimensiones de los delirios, alucinaciones, síntomas negativos (grado de convicción, frecuencia; preocupación y grado de malestar que generan; efecto sobre la conducta; creencias sobre

- la atribución interna o externa de las causas; identidad de las voces); así como las estrategias activas de afrontamiento, si las hay, para los síntomas positivos y negativos (identificar las fortalezas y recursos del paciente); la relación entre las cogniciones, las emociones y las conductas.
2. *Normalizar y des-estigmatizar.* Los objetivos son abordar los errores y distorsiones cognitivas que agravan la vergüenza y culpabilización, explorar los pensamientos automáticos sobre el diagnóstico, hacer atribuciones saludables respecto al trastorno; reducir al mínimo la auto-crítica; adoptar una actitud de solución de problemas; aceptar el modelo de vulnerabilidad-estrés; y conseguir que el paciente vea al terapeuta como un aliado en contra de los síntomas.
  3. *Modificar los pensamientos automáticos.* Mediante un registro de los pensamientos, se deben examinar los datos en que se apoyan, y hacer reatribuciones. Otro método consiste en centrarse en las distorsiones cognitivas más comunes: ignorar datos, personalización, magnificación y minimización, sobre-generalización, pensamiento en términos de todo o nada. En resumen, formular una explicación sobre el desarrollo y mantenimiento de los síntomas, en cada caso (intentando descubrir cómo los pensamientos pueden estar ligados a sucesos desencadenantes), y diseñar un plan terapéutico.
  4. *Implementar estrategias conductuales.* Utilización de técnicas de exposición gradual, aprendizaje de la respiración-relajación, elaboración de una lista de síntomas tempranos de exacerbación-recaída, hábitos de sueño, control de la impulsividad, lista de actividades (en especial, en la depresión grave).
  5. *Modificar esquemas cognitivos.* La confrontación directa con los delirios es contraproducente. El enfoque de la TCC consiste en dirigir suavemente a la persona a que cuestione su creencia, invitándole a comprobarla en la práctica.
  6. *Abordar problemas de concentración o trastornos del pensamiento.* Fijación de objetivos

o agenda; identificación de factores que aumentan la ansiedad o desorganizan el pensamiento.

7. *Mejorar la adherencia al tratamiento.* Evaluación de las barreras para el cumplimiento (olvido, actitudes negativas o falta de apoyo de la familia, efectos secundarios, limitaciones económicas, etc.).
8. *Tratar el abuso comórbido de drogas.*
9. *Construir habilidades para prevenir recaídas.* Identificar los desencadenantes del empeoramiento de los síntomas; desarrollar métodos para el manejo de los estresores.

En particular, los tratamientos para los *síntomas delirantes* de la esquizofrenia crónica se basan en los siguientes principios: 1) el supuesto de que estos pacientes son propensos al fenómeno de la reactancia psicológica, que indica que cuando se confrontan directamente con una creencia, dicha opinión se mantiene con más firmeza o incluso se puede volver más extrema, y por lo tanto, el enfoque a adoptar consiste en evitar explícitamente cualquier intento de proceder coercitivamente con el paciente; 2) no exigir explícitamente que el paciente abandone las propias creencias y que adopte las del terapeuta; 3) hacer ver al paciente que sólo se le pide que considere los hechos y los argumentos aportados, y que contemple posibles opiniones alternativas; 4) el terreno en el que se formula el diálogo socrático no es la creencia misma sino los datos en que ésta se basa; y 5) el terapeuta debe animar a que el propio paciente intente argumentar en contra de sus propias creencias.

En consecuencia, comenzar confrontando directamente las creencias de algunos pacientes produce un fortalecimiento de los delirios, en vez de su debilitamiento; por ello, el objetivo debe ser centrarse en la fenomenología de la creencia y no tanto en los intentos por cambiarla. El terapeuta debe pretender que el paciente se implique en la búsqueda conjunta de determinadas preguntas: ¿toma el paciente en cuenta información no consistente con sus creencias?, si se produce algún cambio en la creencia, ¿qué explica dicho cambio?

Como señalan Chadwick y Lowe (1994), más que decirle al paciente que está equivocado, hay que

procurar que vea la idea delirante sólo como una posible interpretación de los hechos o sucesos, intentando que considere y valore puntos de vista alternativos. Para ello, la terapia puede incluir cuatro elementos: 1) el terapeuta debe dedicar una parte importante de su tiempo al diálogo socrático y a aclararle al paciente la fuerte influencia que ejercen sus creencias sobre su conducta e interpretación de los sucesos; 2) la discusión pretende cuestionar la consistencia interna o la plausibilidad del sistema de creencias, destacando todas las características irracionales e inconsistencias; 3) en consonancia con el punto de vista que había expresado Maher (1988), sobre la formación del delirio como respuesta o intento de dar sentido a una experiencia específica o a importantes acontecimientos vitales, se deben ofrecer perspectivas alternativas; y 4) el delirio del paciente y la explicación alternativa del terapeuta deben ser valorados a la luz de la información disponible.

En esencia, con la TCC se pretende demostrar que las creencias no siempre se mantienen con tenacidad y que, cuando la persona se presta a un análisis en colaboración con el terapeuta, las cogniciones podrían ser susceptibles de comprobación empírica, del mismo modo que se hace en las neurosis.

Así pues, la comprobación empírica, por sí sola, produce leves e inconsistentes cambios; mientras que la confrontación verbal inicial, seguida de una comprobación empírica, mejora sustancialmente los efectos de la terapia.

En relación con las *alucinaciones*, existe evidencia de que a veces están presentes en personas normales (incluso con mayor frecuencia de lo que se cree) (De Loore et al., 2008; Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh y Van Os, 2005; Hanssen, Bijl, Vollebergh y van Os, 2003; Johns y van Os, 2001; Nelson y Yung, 2009; Verdoux y van Os, 2002); sin embargo, lo que define la psicosis no es sólo la existencia de dichos fenómenos, el carácter inverosímil de los mismos o la convicción personal sobre la realidad de dichas experiencias. Lo que realmente puede marcar la transición a la psicosis es, en cambio, la ausencia de determinantes culturales (o de contexto cultural) de dichas experiencias y el grado de preocupación o malestar que originan. En este

sentido, la intervención psicológica no tiene sentido que pretenda eliminar dichas experiencias sino re-interpretar su significado y su origen (en particular, su origen interno y no externo, como generalmente juzga la persona con una psicosis). Para ello, se han utilizado procedimientos operantes para tratar las alucinaciones, como parada del pensamiento, procedimientos distractores o de supresión verbal como escuchar música o contar mentalmente, auto-observación, terapia aversiva, llevar auriculares, etc. Respecto a los modos de acción de estas intervenciones, pueden dividirse en tres grupos: técnicas que promueven la distracción de las voces; técnicas que promueven la focalización en las voces; y técnicas que persiguen reducir la ansiedad.

Las técnicas de distracción (p. ej., llevar un walkman estéreo, leer, cantar, etc.), aún siendo útiles para algunos pacientes, producen efectos transitorios al no dirigirse al problema central del trastorno cognitivo implicado, como es el error atribucional de sucesos auto-generados a una fuente externa.

Las técnicas de focalización, en las que el requisito esencial es que los alucinadores identifiquen las voces como de ellos mismos, deberían producir efectos más duraderos. Para ello, se pretende reducir la frecuencia de las voces y el malestar asociado mediante la gradual re-atribución de las voces a uno mismo. Las fases de la intervención incluyen: 1) hacer que el paciente dirija la atención a la *forma* y *características físicas* de las voces, como el número, la intensidad o volumen, tono, acento, aparente sexo y localización en el espacio, y lo someta a discusión en la sesión de terapia; 2) una vez que el paciente logra sentirse cómodo atendiendo a las características físicas de las voces, se le solicita que preste atención a su *contenido* (p. ej., escribiéndolo o sometiéndolo a discusión en la sesión de terapia) que, obviamente, refleja sus preocupaciones y ansiedades, y al mismo tiempo se le pide que atienda y registre sus voces entre sesiones, como tarea para casa; 3) posteriormente, debe atender a sus creencias y pensamientos respecto a las voces. Para ello, se le alienta a registrar los sucesos que anteceden a las voces, las voces mismas, así como los pensamientos y sentimientos que les siguen, tanto durante las sesiones como tarea para casa. Ello conduce a la formulación de un significado y función de las voces

que es compartido por el terapeuta y el paciente, y que sirve de base para la intervención en sesiones posteriores. Dicha formulación normalmente implica la aceptación de que las voces son auto-generadas en un contexto que supone reconocerse a uno mismo afectado por un trastorno mental.

### **Terapia cognitivo-conductual para los síntomas psicóticos resistentes a la medicación**

En Gran Bretaña, tres grupos de investigación desarrollaron diferentes métodos de TCC para pacientes psicóticos crónicos (Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2003; Vallina Fernández, Lemos Giráldez y Fernández Iglesias, 2010): (a) Potenciación de estrategias de afrontamiento (*coping strategy enhancement*) (Tarrier et al., 1993), en Manchester, que recoge la influencia de Meichenbaum, y el entrenamiento en autoinstrucciones, para fortalecer las habilidades de afrontamiento; (b) la terapia cognitivo-conductual comprensiva (Garety, Kuipers, Fowler, Chamberlain y Dunn, 1994), del grupo de Londres; y (c) terapia cognitivo-conductual con normalización racional (Kingdon y Turkington, 1994), en Manchester, que enfatiza la noción de continuo de la psicopatología, y la adaptación de la terapia de Beck a la psicosis.

La *potenciación de estrategias de afrontamiento* incluye entrenamiento e información sobre las técnicas cognitivo-conductuales, para mejorar el control de los síntomas: análisis de los antecedentes, de la respuesta cognitivo-conductual y de las consecuencias de las situaciones; la *terapia cognitivo-conductual comprensiva*, puesta en práctica en los primeros años de la década de los 90, incluyó potenciación de estrategias de afrontamiento, modificación de creencias, normalización y psicoeducación. Se trata de una terapia muy influida por la TCC para la depresión, considerando que hasta el 40% de los pacientes muestran síntomas afectivos, además de los síntomas positivos; siendo ambos tipos de síntomas objeto de tratamiento. Finalmente, en la *terapia cognitivo-conductual con normalización racional* se destaca la importancia esencial que tiene la formulación y el manejo de las creencias negativas sobre la

enfermedad. El proceso terapéutico implica utilizar un razonamiento de normalización y des-estigmatización, para explicar la aparición de los síntomas; y esto se consigue subrayando la importancia del estrés en las personas normales y, bajo circunstancias muy graves, también en la esquizofrenia.

Enfatizando las semejanzas entre los errores normales en el razonamiento y los de la esquizofrenia, se alienta a los pacientes a que establezcan la relación entre sus acontecimientos vitales estresantes y el origen de la psicosis. Se debe combinar esto con psicoeducación y el modelo de vulnerabilidad, bajo una perspectiva de continuidad de la psicopatología.

Son, finalmente, también interesantes las reflexiones de Birchwood y Trower (2006) quienes subrayan que el futuro de la TCC para la psicosis requiere comprender el interfaz (cognitivo) entre la emoción y la psicosis, y en desarrollar intervenciones bien sea solamente para resolver la disfunción emocional/conductual, o bien para prevenir o mitigar la psicosis y sus síntomas positivos.

De hecho, las emociones están claramente implicadas en la ontogénesis de la psicosis. En estudios sobre los factores que intervienen en la transición a la psicosis, en poblaciones de alto riesgo, o sobre las recaídas sintomáticas, se ha encontrado que la depresión, la ansiedad y, en particular, la ansiedad social figuran entre los predictores más potentes (Owens, Miller, Lawrie y Johnstone, 2005).

En resumen, TCC acompaña a los neurolepticos con un objetivo diferenciado y complementario, y no meramente como un sustituto de estos.

### **Psicoeducación**

Las intervenciones psicoeducativas, cuyo objetivo es proporcionar información al paciente y a sus familiares directos sobre el trastorno y su tratamiento, a la vez que suministrarles algunas estrategias para afrontar el trastorno, han demostrado también utilidad. Diversos meta-análisis han demostrado la eficacia de estas intervenciones en la reducción de la emoción expresada, la disminución de recaídas y de las tasas de rehospitalización (Girón et al., 2010; Pilling et al., 2002; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling y Engel, 2001). La eficacia de las interven-

ciones familiares en la esquizofrenia (que incluyen psicoeducación o intervención psicosocial) fue comprobada en diversos estudios, comparativamente con el tratamiento estándar, basado en la medicación (Dixon y Lehman, 1995; Smith y Birchwood, 1990; Tarrier, 1996; Tarrier et al., 1988). En cambio, las intervenciones familiares que han seguido un enfoque dinámico o de *counselling* no han demostrado producir mejora significativa, en comparación con la atención estándar (Birchwood y Spencer, 2003; McFarlane, 1994; Vaughn et al., 1992).

Diversos factores influyen en cómo una familia responde ante una enfermedad; entre ellos: a) el sistema de apoyo social del que disponga; b) la experiencia previa de la familia con la enfermedad y el conocimiento de la misma; c) los patrones de afrontamiento y los recursos; d) la calidad de los servicios sanitarios disponibles y el acceso a los mismos; e) el nivel económico; f) el tipo de comienzo de la enfermedad (repentina vs. gradual, público vs. privado, etc.); g) la naturaleza de los síntomas; h) las demandas exigidas a los cuidadores; i) la aceptación o el rechazo del paciente a participar en el plan terapéutico; y j) el curso y el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, el tipo y la intensidad del programa psicoeducativo debe adaptarse a la fase de la enfermedad y a la capacidad tanto de la familia como del paciente para interpretar lo que está sucediendo.

### **Las intervenciones preventivas con personas de alto riesgo de psicosis**

Los estudios prospectivos llevados a cabo durante las últimas décadas han permitido mejorar el conocimiento de los momentos anteriores a la eclosión de la psicosis, a la vez que han facilitado generar marcadores clínicos de riesgo de transitar a la psicosis, que se han podido replicar internacionalmente y gracias a los cuales se ha podido llevar a cabo los primeros estudios experimentales encaminados hacia la prevención primaria indicada de la psicosis. El objetivo central de una serie de investigaciones ha sido el análisis del poder predictivo de los tres perfiles clínicos o categorías de alto riesgo, diseñados por el grupo de Melbourne (McGorry,

1998; Yung et al., 1998). Otro tipo de estudios se ha dirigido a comprobar si la aplicación de diferentes formatos terapéuticos en aquellas personas que presentan un elevado riesgo clínico de desarrollar psicosis consigue demorar o impedir el surgimiento del trastorno. Hasta hoy, se han llevado a cabo estudios experimentales con diversa metodología (aleatorizados, doble ciego, prospectivos) y que han comparado la eficacia de diversas modalidades de intervención: tratamientos farmacológicos (neurolépticos frente a placebo, neurolépticos frente a antidepresivos); tratamientos combinados (neurolépticos y terapia cognitiva frente a antidepresivos y terapia de apoyo; tratamientos psicosociales y neurolépticos frente a tratamientos psicosociales y antidepresivos); tratamientos psicológicos (terapia cognitiva frente a supervisión mensual; tratamientos de intervención temprana integrados frente a tratamientos estándar) (Broome et al., 2005; Cornblatt, Lencz, Smith y Auther, 2004; Lemos-Giráldez et al., 2009; McGlashan et al., 2007; McGlashan et al., 2003; McGorry et al., 2002; Morrison et al., 2007; Morrison et al., 2004; Nordentoft et al., 2006; Phillips et al., 2007). En todos ellos, se observó: a) que los tratamientos, ya sean farmacológicos y psicológicos son superiores al placebo o a la simple supervisión, a la hora de conseguir demorar la transición a la psicosis; b) que las intervenciones combinadas (psicológicas y farmacológicas) son las que mejores resultados obtienen; y c) que los servicios orientados a la detección e intervención temprana presentan mejores resultados que los servicios tradicionales. Se observó, además, que estos resultados son particularmente importantes durante el primer año de intervención activa y que, si se interrumpe dicho tratamiento en los seguimientos a tres años, las diferencias intergrupos desaparecen.

### **Nuevas propuestas de intervención en psicosis**

La recuperación de la psicosis se viene entendiendo en los últimos años como algo más amplio que la mera reducción de síntomas, poniendo énfasis, en cambio, en el funcionamiento social del paciente, en la capacidad para realizar actividades gratificantes, para conseguir objetivos y una vida con sentido, que

merezca la pena. Para este fin, se ha subrayado la importancia que tiene infundir en los pacientes la esperanza, un optimismo realista y un auto-concepto positivo, especialmente para aquellos pacientes a quienes no les resulta fácil alcanzar un trabajo estable. Es decir, integrando conceptos derivados de la psicología positiva, centrándose más en el bienestar mental en vez de en el trastorno mental, contribuyendo así a reducir el estigma social.

Partiendo del hecho de que las personas con una psicosis generalmente desarrollan estados de desesperanza, progresivamente más intensos, es importante contemplar en el tratamiento la instauración de un sentimiento de autocontrol y de la capacidad para organizar la propia vida.

El desarrollo de creencias positivas sobre uno mismo y sobre los demás es una forma de intervención clínica de orientación cognitiva, que contrasta con el enfoque de la TCC tradicional, que va dirigida a reducir los síntomas psicóticos positivos y que, por lo tanto, está más centrada en las cogniciones negativas y auto-derrotantes.

Con el fin de conseguir esta óptima recuperación de los primeros episodios de psicosis en la última década se han ido desarrollando una serie de nuevas intervenciones psicológicas: Terapia de Orientación Cognitiva para el Primer Episodio de Psicosis (COPE) (Henry, Edwards, Jackson, Hulbert y McGorry, 2002); Terapia Cognitiva Interpersonal para la Recuperación y Prevención de Recaidas (Gumley y Schwannauer, 2006); Intervención para la Recuperación Cognitiva (CRI) (Jackson et al., 2009); Terapia Cognitivo Conductual para la Recuperación Social de la Psicosis (SRCBT) (Fowler et al., 2009); Programa de Intervención para la Recuperación Gradual de la Psicosis Temprana (GRIP) (Waldheter et al., 2008); Terapia Cognitivo conductual para la Prevención de Recaída (RPT) (Gleeson et al., 2009).

Estas nuevas modalidades de intervención van dirigidas a completar la recuperación sintomática de un primer episodio de psicosis, con una recuperación emocional que incluye el desarrollo de habilidades personales de aceptación, comprensión, auto-reflexión y conciencia introspectiva; que agilice la superación de los aspectos estigmatizantes y traumáticos habitualmente presentes entre el 35-50% de

los casos, vinculados mayoritariamente a la sintomatología experimentada durante el episodio psicótico (referencialidad, delirios persecutorios, alucinaciones auditivas, etc.), y a experiencias dolorosas ligadas al tipo de intervención y cuidados proporcionados durante la crisis (ingreso involuntario, contención y aislamiento hospitalario, etc.) (Bendall, Jackson, Hulbert y McGorry 2008); y que ponga a la persona en situación de retomar sus distintos roles personales y sociales en el menor plazo de tiempo posible y con las mejores expectativas de logro alcanzables para continuar su desarrollo social y profesional. En la Tabla 1 se presentan los primeros y esperanzadores resultados obtenidos por estas distintas intervenciones en la recuperación psicológica y funcional de un primer episodio psicótico.

### **Tratamientos específicos adaptados a cada fase**

En la actualidad, al contrario de lo que sucede en la práctica habitual, caracterizada por la utilización de procedimientos terapéuticos comunes en cualquier fase del trastorno, se recomienda que las intervenciones en las psicosis, y particularmente en la esquizofrenia, deberían acomodarse a cada fase de evolución de la misma, de acuerdo con los siguientes principios (Tandon, Nasrallah y Keshavan, 2010): 1) teniendo en cuenta que el trastorno comienza en la adolescencia o en la temprana edad adulta, y que diversos factores etiológicos interactúan o tienen un efecto aditivo en el proceso de desarrollo del trastorno, la prevención y la intervención debería acomodarse al estadio de evolución del trastorno en el que la persona se encuentra; y la identificación de los factores de riesgo y de los indicadores clínicos es fundamental para acomodar dicho tratamiento; 2) las intervenciones terapéuticas serán más efectivas si se administran cuanto antes en los periodos críticos del curso clínico (Birchwood, 2000; Birchwood, Todd y Jackson, 1998); y 3) las intervenciones terapéuticas deberían tomar en consideración el importante papel que juega la neuroplasticidad en la patogénesis de la esquizofrenia, y la necesidad de revertir dicha plasticidad alterada mediante las terapias neurobiológicas y psicológicas (Fisher, Holland, Merzenich y Vivogradov, 2009).

Tabla 1: Resultados en la recuperación psicológica y funcional de un primer episodio psicótico

Estudio	n	Tratamiento	Duración	Resultados
Jackson et al., 1998; Jackson et al., 2001; Jackson et al., 2005 (EPPIC, Melbourne Australia)	80	COPE+ TH vs. TH	12 meses	COPE: Mejor adaptación a la enfermedad, calidad de vida, síntomas negativos e <i>insight</i> al final del tratamiento. Al año de seguimiento, mejor adaptación a la enfermedad y a los 4 años, sin diferencias con el TH.
McKay et al., 2007 (Clínica FEP, Toronto y FEPP, Ottawa, Canada)	47	TCC grupal+TH vs. TH	12 semanas	TCC: Mejoría en atrapamiento, esperanza y calidad de vida. No diferencias en autoestima, autoeficacia y autoconcepto, al final del tratamiento.
Jackson y McGorry, 2009 (EIS, Birmingham, UK)	66	TCC (CRI)+TH vs. TH	6 meses	CRI: Más mejoría general y menores niveles de trauma post-psicótico, sin diferencias en depresión y autoestima.
Fowler et al., 2009 (EIS, Norfolk, CAMEO, UK)	77	SRCBT+TH vs. TH	9 meses	SRCBT: Mejorías significativas en actividades estructuradas, económicas y en la PANSS. Tendencia a la mejoría en desesperanza, funcionamiento de roles instrumentales y en necesidades de la CAN para el grupo de psicosis no afectivas.
Waldheter et al., 2008 (Clínica OASIS y programa STEP, Londres, UK)	10	GRIP+ TH vs. Piloto pre-post	9 meses	Mejoría en síntomas positivos y negativos, funcionamiento social y consecución de metas personales. Mantenimiento en tratamiento del 67%.
Gleeson et al., 2009 (EPPIC, Melbourne, Australia)	81	RPT+TH vs. TH	7 meses	RPT: Tasa de recaídas significativamente más baja, periodo más largo antes de recaer.

Nota: TH: Tratamiento habitual; TCC: Terapia cognitivo conductual; CRI: Intervención para la Recuperación Cognitiva; SRCBT: Terapia Cognitivo Conductual para la Recuperación Social de la Psicosis; GRIP: Programa de Intervención para la Recuperación Gradual de la psicosis temprana; COPE: Terapia de Orientación Cognitiva para el Primer Episodio de Psicosis; RPT: Terapia Cognitivo Conductual para la Prevención de Recaída.

En las fases iniciales de la psicosis, el objetivo del tratamiento debería ser la pronta identificación del trastorno y una rápida aplicación de un tratamiento efectivo, con el fin de abortar su progresión y limitar el deterioro del funcionamiento social. En las fases posteriores del trastorno, en cambio, los objetivos de la terapia deben ser la reducción de los síntomas y la posible reversión de la patología cerebral. En todos los casos, el principal objetivo debería ser la máxima restauración posible de las funciones afectadas (McGorry, 2000).

## Conclusiones

Hasta hoy, no existe un tratamiento preventivo eficaz para las psicosis, dirigido a la población general (prevención primaria *universal*). La investigación sobre los perfiles de riesgo de psicosis, particularmente los rasgos de la personalidad esquizotípica, constituye un fructífero y prometedor ámbito de

investigación (Fonseca, Muñiz, Lemos, Paino y Villazón, 2010; Fonseca Pedrero et al., 2007; Raine, 1991, 2006), pero todavía no es posible predecir con seguridad qué individuos transitarán a la psicosis (prevención primaria *selectiva*). En particular, se constata una limitada capacidad para identificar los niveles de experiencias psicotiformes y para predecir qué personas con síntomas positivos atenuados desarrollarán una psicosis franca, por cuanto dichas experiencias no constituyen un fenómeno unitario; existiendo varios tipos, probablemente con diferentes trayectorias y causas subyacentes. Además, todavía es necesario avanzar en la identificación de los factores fenotípicos que predicen el comienzo de una psicosis, además de las experiencias psicotiformes.

En la última década, en cambio, se ha producido un importante avance en el abordaje de las psicosis, cobrando especial importancia la intervención temprana, a partir de la identificación de ciertas características clínicas prodrómicas (prevención primaria

*indicada*) (McGorry et al., 2009), pero siguen existiendo todavía problemas para una definición precisa del riesgo, de lo cual se pueden derivar intervenciones innecesarias (falsos positivos). La reciente propuesta de incluir una nueva categoría, el Síndrome de Riesgo de Psicosis, en la próxima edición del DSM-V (American Psychiatric Association, 2010) ha despertado una viva polémica sobre los riesgos y beneficios que tal síndrome podría producir (Carpenter, 2009; Johannessen y McGorry, 2010; Kaymaz y van Os, 2010; Kingdon, Hansen y Turkington, 2010; McGorry, in press; Morrison, Byrne y Bentall, 2010; Ross, 2010; Yung, Nelson, Thompson y Wood, in press-a, in press-b).

El Síndrome de Riesgo de Psicosis anuncia trayectorias diferentes que desembocan en síndromes específicos. Por ello, en el futuro próximo, será necesario mejorar su valor predictivo, sólo basado en signos y síntomas, con biomarcadores, con marcadores neuropsicológicos y con endofenotipos; será necesario desarrollar intervenciones seguras y eficaces (estrategias de protección psicológicas y neurológicas), y desarrollar servicios específicos para la identificación y tratamiento de los “estados

de alto riesgo”; para lo cual, deberían aplicarse intervenciones de amplio espectro (manejo del estrés, TCC, manejo de casos), evitando así la preocupación por tratar posibles falsos positivos.

Cuando la sintomatología psicótica ya está presente, en cambio, el objetivo de la intervención debería consistir en reducir en lo posible el tiempo que el paciente permanece sin tratamiento, con el fin de evitar el agravamiento de los síntomas y limitar el deterioro funcional del paciente.

El objeto del tratamiento debería ir más allá de los síntomas psicóticos positivos y dirigirse también a otras dimensiones clínicas, como son los déficits cognitivos y los síntomas negativos. El propósito final del tratamiento debería ser mejorar la calidad de vida del paciente y restablecer las funciones afectadas. La investigación actual sobre las terapias eficaces aconseja combinar la farmacoterapia con los tratamientos psicológicos que han demostrado mejores resultados. Sin embargo, más allá de la práctica clínica actual, en la que se viene utilizando el mismo tratamiento en todos los casos, los tratamientos en el futuro deberían ajustarse a la fase específica del trastorno manifestado por cada paciente.

## Extended Summary

Schizophrenia and other psychoses are chronic remitting and relapsing disorders associated with a shortened lifespan and significant impairments in social and vocational functioning. In this paper, our objective is to provide a succinct critical appraisal of existing treatments for schizophrenia, and describe some new strategies in psychological interventions for recovery after a first psychotic episode.

Although the introduction of second-generation antipsychotics for psychoses generated considerable optimism about possibilities for recovery in recent decades, pharmacotherapy alone produces only limited improvement in negative symptoms, cognitive function, social functioning and quality of life.

Both the initial introduction of first-generation antipsychotics and the subsequent introduction of second-generation antipsychotics did mean, despite their shortcomings, meaningful steps in our efforts to provide effective treatment for individuals with schizophrenia. Thus, antipsychotic medications

became the cornerstone in the pharmacological treatment of schizophrenia.

All antipsychotic drugs have robust efficacy mainly against positive and disorganization symptom domains, but antipsychotics are less consistently effective in reducing negative symptoms. In comparison to the first-generation antipsychotic medications, the second-generation agents are believed to be associated with a lower risk of extra-pyramidal symptoms but a higher risk of adverse metabolic effects. Similarly, the impact of antipsychotic treatment on measures of social functioning and quality of life in patients with schizophrenia has not been well defined.

Accordingly, pharmacotherapy does not completely solve psychotic disorders, taking into account treatment failures, residual symptoms, chronicity, and recurrences. For example, the degree of improvement in positive symptoms of schizophrenia with antipsychotic medication is typically

less than 20% (Khan, Khan, Leventhal, & Brown, 2001). At present, it can also be observed that, in 5-year follow-up periods, 50% of patients with schizophrenia still show poor outcomes, even following an antipsychotic medication program, and about 75% of patients take medication erratically or fail to adhere to prescribed medications, among other reasons due to its uncomfortable extrapyramidal side-effects. In all probability, about a third of patients with schizophrenia will continue to suffer from persistent psychotic symptoms despite adequate pharmacotherapy.

The relapse rate of bipolar disorders treated with mood stabilizers is in the range of 30 to 40%, in a 1 to 4 year period (Geddes, Burgess, Hawton, Jamison, & Goodwin, 2004; Ginsberg, 2006); and remission rates for treatment of major depression, adequately treated with antidepressant medication range from about 13 to 37%, depending on the number of medications previously taken (Rush et al., 2006).

Research done by Brown, Birley & Wing (1972), and Vaughn & Leff, in the 1970s and 1980s (Leff, 1987; Vaughn & Leff, 1976) opened up a new understanding of relapses and extended the intervention framework, once the relationship between other stress factors at home (the Expressed Emotion construct) and high rates of symptomatic relapses were confirmed.

### Psychological treatments

The need for multi-modal care, including psychosocial therapies as adjuncts to antipsychotic medications was underlined, to help alleviate symptoms and to improve adherence, social functioning, quality of life, and independent living (Kern, Glynn, Horan & Marder, 2009; Patterson & Leeuwenkamp, 2008; Vallina Fernández, Lemos Giráldez, & Fernández Iglesias, 2010). Research in psychosocial approaches in treatment of psychosis has yielded mounting evidence for the efficacy of psychoeducation, cognitive-behaviour therapy (CBT), social skills training, cognitive remediation, and assertive community treatment. The adaptation of psychological therapies to psychoses has considerably increased in the last two decades, and these inter-

ventions are therefore recommended for clinical application in the main international guidelines for schizophrenia which are of recent publication (American Psychiatric Association, 2004; Canadian Psychiatric Association, 2005; Dixon et al., 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005).

CBT has emerged to address this need, and is based on the hypothesis that psychotic symptoms such as delusions and hallucinations stem from misinterpretations and irrational attributions caused by self-monitoring deficits. CBT seeks to help patients rationally appraise their experience of disease symptoms and how they respond to them, thereby reducing symptoms and preventing relapse. Several textbooks, describing a detailed application of this model to psychoses, have been published recently (Bentall, 2005; Birchwood & Tarrier, 1992; Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996, 1997; Fowler, Garety, & Kuipers, 1995; Freeman, Bentall, & Garety, 2008; French & Morrison, 2004; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001; Haddock & Slade, 1996; Kingdon & Turkington, 1994; Morrison, 2001; Nelson, 2005; Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2003; Perris & McGorry, 2004; Wright, Turkington, Kingdon & Ramirez Basco, 2009).

A basic model of CBT explores relationships among 1) environmental *events* (i.e., memories of events, delusional perceptions, hallucinations, etc.), 2) *cognitions* (i.e., the specific meaning of such events or perceptions), 3) *emotional* responses, and 4) *behaviours*, as a guide for treatment; the core of CBT is normalization, understanding and the verification of beliefs or perceptions.

The most commonly used methods for CBT include: 1) optimizing the therapeutic relationship; 2) normalizing and destigmatizing; 3) modifying automatic thoughts; 4) implementing behavioural strategies; 5) modifying core beliefs; 6) addressing problems with concentration or thought disorder; 7) enhancing adherence; 8) treating comorbid substance abuse or misuse; and 9) building skills for relapse prevention.

Meta-analytic evaluations have found CBT to be effective in ameliorating positive symptoms.

Psychoeducational interventions provide information about the disorder and its treatment to patients and their family members, and additionally inform the patients and family members about strategies to cope with schizophrenic illness. An extensive body of literature has accumulated regarding the efficacy of these interventions. Meta-analyses suggest that these interventions reduce high expressed emotion among relatives, and decrease relapse and rehospitalization rates (Dixon & Lehman, 1995; Girón et al., 2010; Pilling et al., 2002; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001; Smith & Birchwood, 1990; Tarrier, 1996; Tarrier et al., 1988).

### **Early intervention with ultra-high risk individuals**

Research is intensifying on the possible utility of several evidence-based psychotherapy modalities in combination with pharmacological approaches. Hitherto, experimental studies with different methodological designs (randomized controlled, double-blind, and follow-up trials) have compared the efficacy of several intervention methods: pharmacological treatments (antipsychotics vs placebo, antipsychotics vs antidepressants); combined treatments (antipsychotics and CBT vs antidepressants and support therapy; psychosocial treatments and antipsychotics vs psychosocial treatments and antidepressants); and psychological treatments (CBT vs monthly supervision; early intervention vs treatment as usual) (Broome et al., 2005; Cornblatt, Lencz, Smith, & Auther, 2004; Lemos-Giráldez et al., 2009; McGlashan et al., 2007; McGlashan et al., 2003; McGorry et al., 2002; Morrison et al., 2007; Morrison et al., 2004; Nordentoft et al., 2006; Phillips et al., 2007). In all studies, it was found that: a) all treatment procedures, either pharmacological or psychological therapies, were better than placebo or mere supervision; b) the best results were observed when combined interventions (psychological and pharmacological) were implemented; and c) mental health centers offering early intervention

programs showed better results than customary services. Another important finding was that such results were remarkable during the first year of intervention, but when treatment was suspended after a 3-year follow-up period, within-group differences disappeared.

Regardless of the therapeutic method used, there has been a shift of focus from the efficacy to the effectiveness of treatments, and from merely suppressing symptoms to disease-modifying approaches, quality of life and restoration of function.

### **New treatment proposals**

These new modes of intervention are directed at completing the symptomatic recovery of a first episode psychosis, with emotional recovery which includes the development of personal acceptance and comprehension skills, self-reflection and introspective conscience; this can speed up recovery from the stigmatizing and traumatic aspects that are usually present in 35-50% of the cases, and which are mostly related to the symptomatology experienced during the psychotic episode (self-referentiality, persecutory delusions, auditory hallucinations, etc.), and to the painful experiences linked to the type of intervention and assistance received during the crisis (involuntary hospitalization, containment and isolation, and so on) (Bendall, Jackson, Hulbert, & McGorry 2008); and which enables the person to resume different personal and social roles in the shortest period of time possible and with the best possible achievement expectancies in order to continue with his/her social and professional development.

### **Phase-specific treatments**

At present, as opposed to what occurs in usual practice, which is characterized by the use of common therapeutic procedures at any phase of the disorder, it is recommended that interventions in psychoses, and specifically in schizophrenia, be adapted to every stage in the evolution of the disorder, according to the following principles (Tandon,

Nasrallah, & Keshavan, 2010): 1) given that the onset of schizophrenia is in adolescence or in early adulthood, and that multiple and sequential etiological factors may interactively and additively contribute to the progressive emergence of the full clinical phenotype of the illness, prevention and intervention could be tailored to the stage of evolution of the disease processes in individuals predisposed to the disorder; and identification of risk factors and symptomatic indicators are critical for accurately selecting at-risk people and matching them to the most appropriate preventive treatment; 2) therapeutic interventions are most effective if they are administered during critical periods of vulnerability early in the course of the illness (Birchwood, 2000; Birchwood, Todd & Jackson, 1998); and 3) therapeutic interventions must consider the substantial role of altered neuroplasticity in the pathogenesis of schizophrenia and the need to reverse this altered plasticity by neuro-biological and psychological interventions (Fisher, Holland, Merzenich, & Vivogradov, 2009).

With the onset of psychotic symptoms, the objective would be early identification of the illness and initiation of effective treatment in order to avert disease progression and limit deterioration in social functioning. During later stages of the illness, goals of therapy include the optimal reduction of psychopathology and possible reversal of brain pathology. At all stages of illness, the principal objective is the maximal restoration of function (McGorry, 2000).

## Referencias

American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2nd edition)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2010). Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=412>

Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. y McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 568-579.

Bentall, R. P. (2005). *Madness explained*. London: Penguin.

Birchwood, M. (2000). The critical period for early psychosis. En M. Birchwood, D. Fowler y C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 28-63). Chichester, UK: Wiley.

Birchwood, M. y Spencer, E. (2003). Psychotherapies for schizophrenia: A review. En M. Maj y N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia (WPA Series: Evidence and experience in psychiatry, Vol. 2)* (pp. 153-220). Chichester, UK: Wiley.

Birchwood, M. y Tarrier, N. (1992). *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. Chichester, UK: Wiley.

Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl. 33), 53-59.

Birchwood, M. y Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 107-108.

Broome, M. R., Woolley, J. B., Johns, L. C., Valmaggia, L. R., Tabraham, P., Gafoor, R., et al. (2005). Outreach and support in South London (OASIS): Implementation of a clinical service for prodromal psychosis and the at risk mental state. *European Psychiatry*, 20, 372-378.

Brown, G. W., Birley, J. L. y Wing, J. F. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 71-93.

Canadian Psychiatric Association. (2005). Clinical practice guidelines: Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (Suppl. 1), 13.

Carpenter, W. T. (2009). Anticipating DSM-V: Should psychosis risk become a diagnostic class? *Schizophrenia Bulletin*, 35, 841-843.

Cornblatt, B., Lencz, T., Smith, S. y Auther, A. (2004). Treatment of schizophrenia prodrome. En

- W. S. Stone, S. V. Faraone y M. T. Tsuang (Eds.), *Early clinical intervention and prevention in schizophrenia* (pp. 303-323). Totowa, NJ: Humana Press.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1997). *Cognitive behaviour therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chadwick, P. y Lowe, F. (1990). The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick, P. D. J. y Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 355-367.
- De Loore, E., Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Sabbe, B., Deboutte, D., et al. (2008). Auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study. *Schizophrenia Research*, 102, 229-230.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Dixon, L. B. y Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-644.
- Fisher, M., Holland, C., Merzenich, M. M. y Vivotgradov, S. (2009). Using neuroplasticity-based auditory training to improve verbal memory in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 166, 805-811.
- Fonseca, E., Muñoz, J., Lemos, S., Paino, M. y Villazón, U. (2010). *Esquizo-Q: Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fonseca Pedrero, E., Muñoz, J., Lemos Giráldez, S., García Cueto, E., Campillo Alvarez, A. y Villazón García, U. (2007). La multidimensionalidad de la esquizotipia a revisión [Multidimensionality of schizotypy under review]. *Papeles del Psicólogo*, 28, 117-126.
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., et al. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: A report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). *Psychological Medicine*, 39, 1627-1636.
- Freeman, D., Bentall, R. y Garety, P. (Eds.). (2008). *Persecutory delusions: Assessment, theory, and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- French, P. y Morrison, A. P. (2004). *Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: A treatment approach*. Chichester, UK: Wiley.
- Garety, P., Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F. y Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 259-271.
- Garety, P. A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Geddes, J. R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K. y Goodwin, G. M. (2004). Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- Ginsberg, L. D. (2006). A retrospective analysis of changing from alternative agents to carbamazepine extended release capsules in bipolar disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18 (Suppl 1), 31-34.
- Girón, M., Fernandez-Yañez, A., Maña-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A. y Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40, 73-84.
- Gleeson, J. F. M., Cotton, S. M., Alvarez-Jiménez, 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*, 24, e1-e10.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gumley, A. y Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention*. Chichester, UK: Wiley.
- Haddock, G. y Slade, P. D. (Eds.). (1996). *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W. y van Os, J. (2005). The incidence and outcome of sub-clinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 181-191.
- Hanssen, M. S. S., Bijl, R. V., Vollebergh, W. y van Os, J. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: A valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 369-377.
- Henry, L. P., Edwards, J., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. y McGorry, P. D. (2002). *Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis (COPE): A practitioner's manual*. Melbourne: EPPIC.
- Howes, O. D. y Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III-the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 549-562.
- Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., et al. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce postpsychotic trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 454-462.
- 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 (Suppl.33), 93-100.
- 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, 57-70.
- Jackson, H. J., 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*, 35, 1-12.
- Jackson, H. J. y McGorry, P. D. (Eds.). (2009). *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach (2nd ed.)*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Johannessen, J. O. y McGorry, P. (2010). DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': The need for a broader perspective. *Psychosis*, 2, 93-96.
- Johns, L. C. y van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Jones, P. B., Barnes, T. R., Davies, L. D., Dunn, G., Lloyd, H., Hayhurst, K. P., et al. (2006). Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1079-1087.
- Kaymaz, N. y van Os, J. (2010). DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': Babylonian confusion. *Psychosis*, 2, 100-103.
- Keefe, R. S. E., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., Gold, J. M., et al. (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Archives of General Psychiatry*, 64, 633-647.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P. y Marder, S. R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361.
- Khan, A., Khan, S. R., Leventhal, R. M. y Brown, W. A. (2001). Symptom reductions and suicide risks among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: An analysis of the Food and Drug Administration database. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1449-1454.
- Kingdon, D., Hansen, L. y Turkington, D. (2010). DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome':

- Would it be useful and where would it fit? *Psychosis*, 2, 103-106.
- Kingdon, D. G. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
- Leff, J. (1987). Changing the family environment of schizophrenic patients. En J. S. Strauss, W. Böker y H. D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 87-93). Toronto: Hans Huber.
- Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., Vallejo-Seco, G., Fonseca-Pedrero, E., Paíno-Piñero, M., et al. (2009). Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 115, 121-129.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223.
- Maher, B. A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. En T. F. Oltmanns y B. A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 15-33). New York: Wiley.
- McFarlane, W. (1994). Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenic. *New Directions in Mental Health Services*, 62, 13-22.
- McGlashan, T. H., Addington, J., Cannon, T., Heinimaa, M., McGorry, P., O'Brien, M., et al. (2007). Recruitment and treatment practices for help-seeking "prodromal" patients. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 715-726.
- McGlashan, T. H., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T. J., Woods, S. W., et al. (2003). The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis: I. Study rationale and design. *Schizophrenia Research*, 61, 7-18.
- McGorry, P. (1998). Preventive strategies in early psychosis: Verging on reality. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl. 33), 1-2.
- McGorry, P. D. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. En B. Martingale, A. Bateman, M. Crowe y F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 266-292). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- McGorry, P. D. (in press). Risk syndromes, clinical staging and DSM-V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophrenia Research*, doi:10-1016/j.schres. 2010.03.016.
- McGorry, P. D., Nelson, B., Amminger, G. P., Bechdolf, A., Francey, S. M., Berger, G., et al. (2009). Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: A review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1206-1212.
- McGorry, P. D., Yung, A., Phillips, L., Yuen, H. P., Francey, S., Cosgrave, E. M., et al. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with sub-threshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928.
- McKay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., et al. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 6, 1-9.
- Morrison, A. P. (2001). Cognitive therapy for auditory hallucinations as an alternative to antipsychotic medication: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 136-147.
- Morrison, A. P., Byrne, R. y Bentall, R. P. (2010). DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': Whose best interests would it serve? *Psychosis*, 2, 96-99.
- Morrison, A. P., French, P., Parker, S., Roberts, M., Stevens, H., Bentall, R. P., et al. (2007). Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 682-687.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.
- National Institute for Health and Clinical Exce-

- llence. (2008). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline Number 82.
- Nelson, B. y Yung, A. R. (2009). Psychotic-like experiences as overdetermined phenomena: When do they increase risk for psychotic disorder? *Schizophrenia Research*, 108, 303-304.
- Nelson, H. E. (2005). *Cognitive-behavioural therapy with delusions and hallucinations (2nd ed.)*. Cheltenham, UK: Nelson Thornes.
- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Ohlenschlaeger, J., Melau, M., Christensen, T. O., et al. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial: A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia Research*, 83, 29-40.
- Owens, D. G. C., Miller, P., Lawrie, S. M. y Johnstone, E. C. (2005). Pathogenesis of schizophrenia: A psychopathological perspective. *British Journal of Psychiatry*, 186, 386-393.
- Patterson, T. L. y Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108-119.
- Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C., Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Perris, C. y McGorry, P. D. (Eds.). (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1998).
- Phillips, L. J., McGorry, P. D., Yuen, H. P., Ward, J., Donovan, K., Kelly, D., et al. (2007). Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 96, 25-33.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. y Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of Schizotypal Personality Disorder based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopment and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.
- Ross, C. A. (2010). DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': Eight reasons to reject it.pdf. *Psychosis*, 2, 107-110.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-30.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., et al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR\*D report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905-1917.
- Smith, J. y Birchwood, M. (1990). Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia: The development of a service model. *British Journal of Psychiatry*, 156, 654-660.
- Swartz, M. S., Perkins, D. O., Stroup, T. S., Davis, S. M., Capuano, G., Rosenheck, R. A., et al. (2007). Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 428-436.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. y Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110, 1-23.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. y Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention past, present, and future. *Schizophrenia Research*, 122, 1-23.
- Tarrier, N. (1996). Family interventions and schizophrenia. En G. Haddock y P. D. Slade (Eds.),

- Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 212-234). London: Routledge.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, W., et al. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, *153*, 532-542.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. y Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 524-532.
- Turkington, D., Kingdon, D. y Chadwick, P. (2003). Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: Filling the therapeutic vacuum. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 98-99.
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S. y Fernández Iglesias, M. P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 567-600). Madrid: Síntesis.
- Vaughn, C., Doyle, M., McConaghy, N., Blascynski, A., Fox, A. y Tarrier, N. (1992). The Sidney intervention trial: A controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *27*, 16-21.
- Vaughn, C. E. y Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, *129*, 125-137.
- Verdoux, H. y van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, *54*, 59-65.
- Waldheter, E. J., Penn, D. L., Perkins, D. O., Mueser, K. T., Owens, L. W. y Cook, E. (2008). The Graduated Recovery Intervention Program for first episode psychosis: Treatment development and preliminary data. *Community Mental Health Journal*, *44*, 443-455.
- World Health Organization. (2009). WHO model list of essential medicines (16th ed.): <http://www.who.int/medicines/publication/essentialmedicines/en/>.
- Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G. y Ramirez Basco, M. (2009). *Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Yung, A., Nelson, B., Thompson, A. D. y Wood, S. J. (in press-a). The psychosis threshold in Ultra High Risk (prodromal) research: Is it valid? *Schizophrenia Research*, doi:10.1016/j.schres.2010.03.014.
- Yung, A., Nelson, B., Thompson, A. D. y Wood, S. J. (in press-b). Should a "Risk Syndrome for Psychosis" be included in the DSMV? *Schizophrenia Research*, doi:10.1016/j.schres.2010.03.017.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Francey, S., Harrigan, S., et al. (1998). Prediction of psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *172* (Suppl. 33), 14-20.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.

Manuscrito recibido: 30/09/2010

Revisión recibida: 08/10/2010

Manuscrito aceptado: 13/10/2010