



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Estudio de Caso de una Intervención Cognitivo Conductual
para un Primer Episodio Psicótico en la Clínica de Intervención
Temprana del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Sarah Sandra Fuentes Limas

Tutor: Mtra. Janet Grijalva Jiménez Genchi, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino
Álvarez

Miembros del comité:

Dr. Juan José Sánchez Sosa, Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Tecelli Domínguez Martínez, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz

Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Aime Edith Martínez Basurto, Facultad de Psicología, UNAM

Ciudad de México, noviembre 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi mamá y papá, por todo su esfuerzo y apoyo a lo largo de mi vida, gracias por todas las palabras de orgullo y amor que hoy reconozco tan necesarias para estar segura de mis pasos. Gracias por demostrarme siempre cariño y enseñarme amor y respeto por la vida en todas sus formas.

A Felipe, no podría ser quien soy hoy sin alguien como tu acompañando y guiando mi camino. Gracias por todo el apoyo y los detalles que me motivaron a llegar hasta el final. Gracias por mostrarme tu amor a través del mayor de los cumplidos: escucharme y aprender de lo que me apasiona.

Maestra Janet, le agradezco el compartirme sus enseñanzas y guiarme, a través del ejemplo, virtudes como la paciencia, el orden y la perseverancia. Aprecio infinitamente todos sus consejos, los cuales me ayudaron a poder afrontar situaciones dolorosas.

A Kari, gran compañera y amiga, gracias por tu calidez y profesionalismo, gracias por las risas y hacer de la cotidianidad académica un espacio de alegría y enseñanza.

A Lucy, Tania y Frida, gracias por estar incondicionalmente desde el día uno de la maestría, por crear un grupo tan seguro y bello, donde podemos compartir, crear y escucharnos.

A Ingrid, tu amistad y brillo son de mis mayores tesoros, serías mi hermana en todas las vidas si esto fuera posible. Gracias por inspirarme tanto.

A mi tío Enrique, por tu esfuerzo y amor por la vida aún con las circunstancias propias de una experiencia psicótica vivida en un contexto lleno de estigmas y poco apoyo para la salud mental.

A mis amigas y amigos por siempre estar inspirándome, acompañándome, cuidándome y haciéndome reír. Son mi coincidencia constante, me siento afortunada de compartir el camino con ustedes.

A mis pacientes por todas las enseñanzas y sobre todo la confianza que me brindan, lo cual para mi es un tesoro el cual estoy comprometida a cuidar siempre.

Índice

Resumen	5
I. Trastornos psicóticos	6
II. Intervención temprana en psicosis	12
III. Primer episodio psicótico	14
IV. Intervención cognitivo conductual para primer episodio psicótico	16
V. Planteamiento del problema y justificación	24
VI. Método	26
VII. Resultados	36
VIII. Discusión	35
Referencias	44
Anexos	52

Resumen

El primer episodio psicótico (PEP) es la aparición de un episodio de síntomas psicóticos por primera vez en la vida, generalmente se presenta cuando las personas se encuentran en la juventud, una etapa clave para el desarrollo social, educativo y laboral. Tras un episodio psicótico se pueden presentar disfunciones conductuales y sociales, así como alteraciones comórbidas como depresión y ansiedad. A partir de los años noventa, se han desarrollado diversos programas exitosos de intervención temprana en psicosis alrededor del mundo, estos programas multidisciplinarios utilizan intervenciones farmacológicas y psicosociales, dentro de estas últimas, la Terapia Cognitivo Conductual es la que presenta mayor evidencia de eficacia para el manejo de síntomas. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la fase inicial de una intervención cognitivo conductual para el manejo de síntomas psicóticos y síntomas comórbidos (depresión y ansiedad), en un caso de primer episodio psicótico en la clínica de intervención temprana en psicosis (CITEP) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tras la primera fase de intervención, se observaron cambios clínicos significativos en síntomas de ansiedad y depresión, así como en psicopatología global del paciente.

Palabras clave. Psicosis, primer episodio psicótico, intervención temprana, terapia cognitivo conductual, evaluación, formulación de caso, normalización, objetivos.

I. Trastornos psicóticos

La psicosis se refiere a un conjunto de síntomas en donde existen interpretaciones erróneas de la naturaleza de la realidad. La clasificación de la psicosis depende de la duración, intensidad y frecuencia de los síntomas, así como de su etiología. Los sistemas de clasificación más utilizados como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) enlistan trastornos psicóticos específicos, sin embargo, puede ser muy complicado realizar una distinción clara entre categorías diagnósticas en una etapa temprana de la experiencia psicótica, ya que estos diagnósticos requieren perfiles sintomáticos claros y una duración específica de los síntomas, los cuales parecen más apropiados para realizarse en un contexto de cronicidad (Couroupis et al., 2016). En un contexto de intervención temprana, es recomendable referirse a este conjunto de síntomas como trastornos psicóticos o psicosis.

La clasificación de síntomas psicóticos, de acuerdo a los principales sistemas de clasificación están principalmente divididos en las siguientes categorías (APA, 2013, 2000; OMS, 1992):

- Síntomas positivos: Ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento desorganizado, experiencia de pasividad y control.
- Síntomas negativos: Afecto aplanado, alogia, abulia, anhedonia y aislamiento social.
- Síntomas cognitivos: Se puede presentar deterioro cognitivo en alguno de los siguientes dominios: velocidad de procesamiento, atención, orientación, juicio, abstracción y memoria de trabajo.
- Síntomas psicomotores: Agitación psicomotriz o actividad motora excesiva, comportamiento sin propósito (manierismos, estereotipias, inhabilidad para sentarse o mantenerse quieto, retardo psicomotor, o enlentecimiento generalizado de movimientos y habla), síntomas catatónicos como excitación, mantenimientos de posturas, flexibilidad cética, negativismo, mutismo o estupor.

Algunos síntomas psicóticos, tales como las experiencias alucinatorias, el pensamiento mágico o los síntomas delirantes, son un fenómeno psicológico bastante común entre la población general y no necesariamente están asociados con la presencia de un trastorno. Se considera que los síntomas forman parte de un trastorno dependiendo de su frecuencia e intrusión, así como factores culturales y personales como el afrontamiento y la tolerancia social, entre otros (van Os et al., 2008).

Se han intentado explicar las variables asociadas al inicio de los trastornos psicóticos a través de diversos modelos de vulnerabilidad al estrés. El primer modelo de vulnerabilidad al estrés fue propuesto por Zubin en 1977 y plantea que la interacción entre vulnerabilidad (diátesis), capacidad de afrontamiento y estresores determinará si ocurrirá una disminución en el funcionamiento normal. De acuerdo con Ingram y Luxton (2005), el estrés puede ser definido como la ocurrencia de un proceso ordenado externamente y que abarca una serie de facetas, como los eventos importantes de la vida. La vulnerabilidad se entiende como factores que hacen que los individuos sean susceptibles o disminuyan su capacidad de defenderse ante un evento desorganizado y/o repentino.

En el modelo de estrés-vulnerabilidad de la esquizofrenia, la vulnerabilidad y los primeros episodios psicóticos se consideran un estado-rasgo, mientras que los síntomas psicóticos se consideran provocados por hechos de la vida o una situación de estrés prolongado. Sin embargo, estos síntomas también pueden resolverse espontáneamente sin provocar psicosis (Yung & McGorry, 1996).

Como podemos observar en la Tabla 1, diversas variables biológicas, psicológicas y sociales están involucradas en el modelo de vulnerabilidad - estrés en los trastornos psicóticos. Estas variables pudieran causar una desregulación en las vías biológicas que están involucradas con las respuestas al estrés (Couroupis et al., 2016).

Tabla 1

Variables que influyen en la vulnerabilidad y/o estrés y por lo tanto pudieran influir en el inicio de la psicosis

Factores de riesgo distales (premórbidos)	Factores de riesgo próximos
<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones perinatales - Historia familiar de trastornos psicóticos - Genes candidatos (DTNBP1, NRG1, DAOA, RGS4, COMT, DISC1, DISC2, BDN) - Retraso en el desarrollo - Ser miembro de una minoría social - Calidad de los estilos de crianza temprana - Trauma (abuso o negligencia) - Personalidad vulnerable 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad (infancia tardía y adolescencia) - Urbanismo - Abuso de sustancias - Traumatismo craneoencefálico - Eventos de vida estresantes - Acoso escolar - Bajo funcionamiento - Deficiencias sutiles en la cognición - Migración

Respecto a las variables psicosociales relacionadas con la vulnerabilidad, se ha demostrado que existe un incremento en el riesgo de psicosis asociado a trauma infantil derivado de abuso sexual y acoso escolar, migración y desarrollo en ambientes urbanos. También se ha encontrado una relación entre el desarrollo de desorganización del pensamiento y que los cuidadores primarios tuvieran un estilo de discurso alterado (desviaciones en la comunicación) durante la crianza, independientemente de la presencia de predisposición genética. Por otro lado, se ha observado que un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis es la experiencia de ser separado de algún padre en combinación con desventajas subsecuentes en la historia de vida (Bentall et al., 2014; Read et al., 2005; Sousa et al., 2013).

Asimismo, se ha estudiado que algunos procesos cognitivos y comportamientos asociados con ansiedad son comúnmente manifestados en personas con

experiencias psicóticas en cualquiera de sus etapas; estos procesos pudieran influir en el desarrollo y mantenimiento de las experiencias psicóticas (Morrison, French y Wells, 2007).

En la propuesta de modelo de funcionamiento cognitivo denominada “*Self-regulatory Executive Function* (S-REF)” se sugiere que la vulnerabilidad y mantenimiento de una disfunción psicológica está asociada con sesgos atencionales caracterizado por preocupación/rumiación, monitoreo de amenazas y estrategias de autorregulación adversas. (Morrison, 2007). En este modelo están implicados dos subtipos de creencias metacognitivas: creencias positivas y negativas de la preocupación. Modelos recientes de experiencias psicóticas sugieren que las creencias positivas de la preocupación de las experiencias psicóticas están asociadas con la ocurrencia de alucinaciones y delirios y que las creencias negativas de la preocupación están asociadas con angustia en respuesta a estos fenómenos. Una alta presencia de ambas creencias podría ser una combinación altamente patológica, ya que las personas tendrían miedo de sus cogniciones intrusivas (creencia negativa) y, a la vez, sienten que deben preocuparse para poder afrontarlos. Es posible que las creencias metacognitivas negativas sobre los pensamientos sean factores causales iniciales, mientras que las creencias positivas sobre la preocupación contribuyan a la intensificación y persistencia de los síntomas que conducen a la psicosis total (Morrison, 2007).

Algunos de estos procesos son la atención auto enfocada, los comportamientos de seguridad y la evitación, las interpretaciones catastróficas, creencias metacognitivas desadaptativas como: la supresión del pensamiento en las experiencias de las alucinaciones y delirios, entre otras (Morrison, 2001).

Los trastornos psicóticos tienen una prevalencia mundial del 3% (Celso Arango et al., 2017). En México, tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 1%, lo cual, coincide con las cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (Herrera et al., 2014).

Los trastornos psicóticos (TP) generalmente se manifiestan durante la adolescencia o adultez temprana, un periodo crítico que pudiera determinar la prognosis del trastorno.

Los TP tienden a caracterizarse inicialmente por una serie de cambios emocionales, conductuales, así como alteraciones en la personalidad y el funcionamiento social antes del inicio clínico del trastorno (Coates et al., 2019; Couroupis et al., 2016; Keshavan et al., 2005; Yung et al., 2006).

Para entender el curso de los trastornos psicóticos, McGorry (2007) propuso el modelo de etapas clínicas o *Clinical Staging Model*, donde definió el curso de la enfermedad como un continuo. Es un sistema flexible que incluye las interacciones genéticas y ambientales implicadas en el inicio y curso del trastorno que ha demostrado ser útil para diferenciar fenómenos subclínicos tempranos de las características observadas en pacientes con un trastorno severo y crónico. El objetivo de este modelo es definir la extensión de la progresión del trastorno en un punto particular en el tiempo y donde se encuentra actualmente una persona a lo largo del curso continuo del trastorno. Además de tomar en cuenta la severidad, persistencia y recurrencia de los síntomas, también incluye los cambios biológicos y el impacto social del trastorno.

Según este modelo, las etapas se dividen en:

0. Riesgo incrementado de psicosis, sin síntomas.

1 a. Síntomas leves o inespecíficos de psicosis: existe un cambio o disminución funcional leve.

1 b. Riesgo ultra alto de psicosis: con síntomas moderados, pero por debajo del umbral, con cambios neurocognitivos moderados y deterioro funcional.

2. Primer episodio del trastorno psicótico: se presenta el umbral completo del trastorno con síntomas de moderados a graves, se presentan deficiencias neurocognitivas y deterioro funcional. Esta etapa incluye el período de recuperación agudo y temprano.

3 a. Remisión incompleta desde la atención inicial del primer episodio psicótico.

3 b. Recurrencia o recaída de un trastorno psicótico, que se estabiliza con el tratamiento, pero con un nivel de funcionalidad, síntomas residuales o neurocognitivos por debajo del mejor nivel alcanzado después de la remisión del primer episodio.

3 c. Múltiples recaídas, se presenta un empeoramiento en la dimensión clínica y en el impacto de la enfermedad.

4. Enfermedad grave, persistente o sin remisión basándose en los síntomas, alteraciones en cognición y discapacidad global.

Los pacientes jóvenes que experimentan las etapas tempranas de un trastorno mental varían a lo largo de un continuo por variables que incluyen la gravedad, la duración de los síntomas y el curso de la enfermedad. Dichas variables están asociadas con diferentes patrones de respuesta frente a las intervenciones farmacológicas y psicológicas (Iorfino, 2019).

Por otra parte, el modelo cognitivo genérico actualizado de Beck (2014) también plantea la existencia de un continuo entre lo adaptativo y lo desadaptativo. Nuestros sistemas cognitivos, afectivos y conductuales funcionan para cubrir necesidades básicas y nos equipa de estrategias para protegernos del daño físico o interpersonal. Cuando la activación de estos sistemas adaptativos es desproporcional a eventos de la vida, podemos experimentar diferentes niveles de problemas psicológicos culminando en un trastorno diagnosticable. En nuestras vidas cotidianas nos basamos en una amplia variedad de estrategias adaptativas para afrontar problemas, sin embargo, estas estrategias pueden volverse disfuncionales (Beck y Haigh, 2014).

Strauss (1969) concluyó que la experiencia psicótica no debería ser establecida en un continuum separado, sino que se representan puntos en un solo *continuum* de funcionamiento. El considerar el fenómeno psicótico como varios puntos en un *continuum* podría resultar útil para identificar objetivos para intervenciones futuras y minimizar la cronicidad del trastorno, así como la mortalidad asociada a esta.

II. Intervención temprana en psicosis

Las primeras clínicas de intervención temprana en psicosis se desarrollaron en Melbourne, Australia y poco después en el Reino Unido, Europa, Norteamérica y Asia. La Asociación Internacional de Psicosis Temprana se incorporó oficialmente en agosto de 1998 en el estado de Victoria, Australia. La Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA, por sus siglas en inglés), es una organización internacional que busca mejorar el conocimiento, la atención clínica y la reforma de servicios en la psicosis temprana. Los programas de intervención temprana buscan proporcionar un manejo clínico multidisciplinario durante las primeras fases de la enfermedad teniendo como uno de sus principales objetivos lograr la recuperación clínica y funcional de los pacientes con psicosis (Ayesa-Arriola, 2019).

Los programas de intervención temprana en psicosis generalmente incluyen tres tipos de intervención, los cuales tienen como objetivo que la detección y el tratamiento sean lo más oportunos posibles:

a) Los programas que se orientan a la detección y al tratamiento precoz de los síntomas prodrómicos del trastorno. Esta fase de la intervención temprana se caracteriza por los esfuerzos para identificar con precisión a aquellos individuos que están en riesgo de presentar un trastorno psicótico y las intervenciones correspondientes para prevenir la transición. El objetivo principal de la intervención antes de la aparición de la psicosis es prevenir, retrasar o mejorar la aparición del trastorno.

b) Los programas que se centran en aumentar la detección y derivación de posibles casos de psicosis con el objetivo de reducir el tiempo de psicosis sin tratar, mejorar el pronóstico, el sufrimiento, la carga personal y familiar.

c) Los programas dirigidos a lograr un tratamiento temprano, por tiempo e intensidad suficiente, de los primeros episodios de psicosis ya identificados. Se enfocan en la recuperación funcional y sintomática (Killackey & Yung, 2007).

Los servicios de intervención temprana en psicosis (ITP) se conforman por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, entre otros, quienes brindan tratamientos multimodales que incluyen diferentes intervenciones farmacológicas, psicosociales y de salud física (Coates et al., 2019).

En México, existe un programa de intervención temprana en psicosis, dentro del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. La Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP) fue formada en 2015, y está compuesta por un equipo multidisciplinario de psiquiatras (adscritos y residentes), psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales que brindan atención tanto en modalidad de consulta externa como en hospitalización breve a pacientes que presenten alto riesgo de psicosis o un primer episodio psicótico (Ramírez et al., 2016). Todos los pacientes que acuden a dicha clínica reciben intervención farmacológica y sesiones de psicoeducación, algunos pacientes reciben talleres de rehabilitación cognitiva, así como módulos psicoeducativos de metacognición. Los familiares o cuidadores primarios informales también reciben un taller psicoeducativo, así como intervención de apoyo grupal (Rosas-Santiago et al., 2022).

Siguiendo las recomendaciones de los programas internacionales de intervención temprana en psicosis, las intervenciones psicosociales tienen un rol muy importante en las diferentes etapas del primer episodio psicótico. En general, las intervenciones se enfocan en tratar los síntomas de la enfermedad que pueden incluir síntomas positivos y negativos, así como déficits cognitivos (Killackey, 2009). Una de las intervenciones recomendadas, por su evidencia, para el manejo de síntomas y prevención de recaídas en los trastornos psicóticos es la terapia cognitivo conductual (NICE, 2014; Couroupis, 2016).

Se ha planteado la hipótesis de que los primeros 5 años de tratamiento son un “período crítico”, y que, durante este tiempo, las posibilidades de cambiar el curso a largo plazo de los trastornos psicóticos son mejores que en las etapas posteriores (Nordentoft et al., 2014). Es importante considerar que durante los primeros 3 años de

este periodo existe un riesgo alto de abandono del tratamiento antipsicótico y recaídas (González-Ortega et al., 2021; Pardo-de-Santayana, et al., 2020).

Otro aspecto importante a considerar en la intervención temprana es la duración de psicosis no tratada (DPNT), que se refiere al periodo que abarca desde el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento de dichos síntomas (Farooq, 2009) Se ha encontrado una posible relación entre una DPNT prolongada y a un empeoramiento de los resultados funcionales y sintomáticos (Pardo-de-Santayana, et al., 2020).

En Estados Unidos la media de DPNT es de 38 semanas, en México de 35 semanas (Fresan, et al., 2020). En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de México, se reportó una media de 42.7 ± 48.8 semanas en mujeres y 36.9 ± 30.5 en hombres (Buchan y Corona, 2019).

III. Primer episodio psicótico

El primer episodio psicótico (PEP) es la aparición de un episodio de síntomas psicóticos por primera vez en la vida. Abarca un período, de hasta cinco años, posterior al tratamiento inicial del episodio psicótico (Herrera Estrella et al., 2014). De acuerdo con Arango y Crespo (2018), el primer episodio psicótico suele aparecer en jóvenes, entre los 14 y los 35 años, cerca del 68% de los hombres y el 51% de las mujeres han debutado con el trastorno antes de los 35 años de edad.

La fase aguda del primer episodio psicótico se caracteriza por la presencia de rasgos psicóticos como delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento, usualmente esta es la fase donde los pacientes se ponen por primera vez en contacto con los servicios de salud mental (Couropis et al., 2016).

Durante esta fase y a lo largo del curso del trastorno se ha observado que los pacientes presentan una alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos (Welfare y Jones, 2015; Sönmez, 2016). Se ha observado una relación entre ansiedad y la gravedad de los delirios y las alucinaciones. Por otra parte, los síntomas depresivos han sido asociados con la presencia de evaluaciones negativas del trastorno y el

diagnóstico, así como con sentimientos de vergüenza y valoraciones negativas de pérdida.

En ese sentido, en el transcurso de este periodo existe un mayor riesgo de presentar ideación y conductas suicidas en comparación con otras etapas más avanzadas. Algunas variables relacionadas con la ideación suicida en esta etapa incluyen tener antecedentes de intento de suicidio, síntomas depresivos y ansiosos, desesperanza, síntomas psicóticos y una mayor duración de psicosis no tratada (Welfare y Jones, 2015; Bornheimer, 2018).

Las personas que experimentan un primer episodio psicótico también pudieran presentar percepciones elevadas de soledad, afectaciones en su funcionamiento psicosocial y global, una baja percepción de apoyo social, así como afectaciones en su autoestima y autoeficacia (Lecomte et al., 2008; Stefanidou et al., 2021). Esta fase también está asociada con factores como el abuso de sustancias. Los antecedentes de abuso de sustancias pudieran influir en el comienzo del episodio y el tiempo de hospitalización (Romain et al., 2021)

En algunos casos, tanto el paciente como su familia no comprenden el impacto y las consecuencias del episodio, su conocimiento sobre este y cómo manejarlo puede ser insuficiente en el momento del inicio, lo que puede llevar a altos niveles de carga familiar (Nordentoft et al., 2014).

Durante este periodo los pacientes responden adecuadamente a los medicamentos antipsicóticos y casi el 96% alcanzan una remisión clínica de sus síntomas (Álvarez-Jiménez et al., 2009; Penn et al., 2005). Sin embargo, el pronóstico de estos trastornos es muy heterogénea y variable, diferentes estudios reportan que al realizar un seguimiento a largo plazo las recaídas son numerosas y recurrentes.

El porcentaje de recaída en el primer año posterior a un PEP es del 60% entre los que no utilizan tratamiento farmacológico y hasta del 40%, incluso apegándose al tratamiento. El porcentaje de reingreso a los seis meses es del 33% de los pacientes. A los dos años, del 55 % y a los cinco años el 80 %. Inclusive, si existe una mejora

general en los síntomas, los individuos con PEP tienden a presentar, a largo plazo, deficiencias generales en el funcionamiento social y ocupacional, así como en la calidad de vida (Gómez de Regil, Kwapil et al., 2010; Penn et al., 2005).

La terapia cognitivo conductual es una de las intervenciones psicosociales con mayor respaldo de evidencia para el tratamiento de trastornos psicóticos, por lo que gran parte de las guías clínicas de intervención temprana sugieren su uso como complemento al tratamiento farmacológico (APS, 2018).

IV. Intervención cognitivo conductual para primer episodio psicótico

Se puede definir a la terapia cognitiva conductual (TCC) como una aproximación terapéutica estructurada, activa, directiva y limitada en tiempo usada para el tratamiento de una variedad de trastornos psicológicos/psiquiátricos (Beck, 1979). A partir de los 90s, particularmente en el Reino Unido, aumentó el interés en el uso de esta terapia para el tratamiento de pacientes con psicosis. La TCC en la psicosis ha sido desarrollada a partir de los principios de intervención cognitivo conductual previamente aplicados en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, pero ha sido modificada y adaptada basándose principalmente en dos paradigmas: el modelo de vulnerabilidad al estrés (Travé y Pousa, 2012) y el paradigma centrado en la formulación individual de los síntomas (Morrison, 2004).

Lewis et al. (2002), realizaron un estudio controlado aleatorizado conformado por 309 pacientes con un primer o segundo episodio psicótico en etapa aguda; se compararon los efectos en la sintomatología psicótica de tres grupos de tratamiento: TCC, tratamiento de rutina y consejería de apoyo. Los resultados mostraron una tendencia de mayor rapidez en la mejora de síntomas agudos en el grupo con TCC en comparación a los otros grupos de tratamiento, así como una tendencia de mayor velocidad en la reducción de alucinaciones auditivas en comparación al grupo que recibió consejería de apoyo.

En seguimiento al estudio anterior, se realizó una evaluación posterior a los 18 meses de la intervención inicial, en esta fase se encontró una mejora en síntomas psicóticos

en los grupos de tratamiento TCC y consejería de apoyo en comparación al tratamiento de rutina. No existieron diferencias entre grupos en adherencia a la medicación, mejora del funcionamiento social y calidad de vida. Tampoco se encontraron ventajas sobre recaídas y re hospitalizaciones (Tarrrier et al., 2004).

En otro estudio controlado aleatorizado realizado por Lecomte et al. (2008) se compararon los efectos de una intervención cognitivo conductual grupal con un grupo de entrenamiento social y el tratamiento rutinario, los resultados mostraron una diferencia significativa a favor de la TCC en la reducción de síntomas positivos y negativos, así como una mejora en el apoyo social, autoestima y estrategias de afrontamiento.

En contraste, Jackson et al., (2005) realizaron un ensayo clínico donde se aplicó una intervención cognitivo conductual cuyo objetivo principal, a diferencia de otros estudios, era intentar mejorar el ajuste de los pacientes después del PEP, reducir las comorbilidades secundarias y cambiar actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad, sin ser los síntomas positivos el principal objetivo de intervención. La intervención se comparó con un grupo que recibió una terapia control denominada *Befriending*. Los resultados mostraron que en las evaluaciones a la mitad, seis meses después de la evaluación basal, y al finalizar las intervenciones doce meses después, había una tendencia en la disminución de síntomas negativos y un aumento en el funcionamiento de la vida cotidiana para los participantes en el grupo de la TCC. Sin embargo, no se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos en el seguimiento realizado un año después de finalizar las intervenciones. Ambos grupos mejoraron los síntomas al final del seguimiento del tratamiento.

Por otra parte, en un estudio realizado para determinar la viabilidad de llevar a cabo un ensayo controlado aleatorizado en donde se busca comparar los efectos de la TCC, el tratamiento farmacológico de rutina y la combinación de ambos en adolescentes y jóvenes adultos, se observaron cambios favorables en las 3 condiciones de tratamiento a los 6 y 12 meses.

En un estudio controlado aleatorizado realizado por González-Ortega y sus colaboradores (2021), en donde comparan los efectos de la TCC en conjunto con el tratamiento de rutina (TCC + TR) y el tratamiento de rutina (TR) por sí mismo en pacientes experimentando un PEP posterior a su alta hospitalaria, se encontró una mejora más robusta en el funcionamiento global del grupo TCC + TR, así como una mayor reducción de síntomas psicóticos positivos, negativos y generales y síntomas depresivos.

Recientemente, se han realizado estudios cuyo principal objetivo fue evaluar los efectos de proporcionar TCC de forma exclusiva en comparación con los efectos del tratamiento antipsicótico, sin encontrar diferencias significativas, ya que se observan efectos favorables a corto y mediano plazo en ambos grupos (Morrison et al., 20018; Pyle et al., 2019; Francey et al., 2020).

Algunos servicios de intervención temprana internacionales evaluaron los efectos de brindar una combinación de intervenciones farmacológicas, sociales, y psicosociales, donde incluyeron terapia Cognitivo Conductual. En estos estudios se detectó que algunos pacientes con psicosis temprana que fueron atendidos por un equipo de especialistas aumentaron la probabilidad de mantenerse en contacto con los servicios de intervención, menos reingresos y días en el hospital que los pacientes que reciben atención estándar, así como una tendencia en la mejora de la calidad de vida de sus cuidadores. (Craig, 2004; Kuipers et al., 2004; Srihari et al., 2015). En un estudio realizado en la Clínica de Intervención Temprana del Centro de Salud Mental de Connecticut se observó que los pacientes tenían una mayor reducción de síntomas psicóticos en comparación con el grupo control, es importante tomar en consideración que en este estudio la TCC era una de las posibles opciones de tratamiento psicosocial a considerar por el paciente, por lo que no todos los participantes recibieron esta intervención (Srihari et al., 2015).

Tabla 2
Intervenciones cognitivo-conductuales en primer episodio psicótico

Estudio	Total de participantes	Tipo de TCC	Duración y frecuencia del tratamiento	Grupo control	Resultados	Seguimiento
Lewis <i>et al.</i> (2002)	203	TCC individual	15 a 20 horas durante 5 semanas con sesiones extras a las 2 semanas, 1, 2 y tres meses	Tratamiento de rutina de clínicas de salud mental locales	Mayor rapidez en la mejoría de síntomas positivos en el grupo con TCC	
Craig <i>et al.</i> (2004)	131	Tratamiento especializado (TE) que incluía: TCC individual	Sin especificar	Tratamiento de rutina (TR)	Los pacientes que recibieron TE mantuvieron un mejor contacto con los servicios y tuvieron menos reingresos al hospital que los pacientes que recibieron TR.	
Kuipers <i>et al.</i> (2004)	59	TCC individual, revisión y monitoreo de medicamentos, ayuda vocacional, información sobre psicosis.	Sin especificar	Tratamiento de rutina (TR)	No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos	6 y 9 meses
Tarrier <i>et al.</i> (2004)	309	TCC individual		Tratamiento de rutina (TR) y terapia de apoyo (TA)	TCC=TA Las alucinaciones auditivas responden mejor a la TCC que a la terapia de apoyo	
Jackson <i>et al.</i> (2005)	62	TCC individual: terapia orientada a aspectos cognitivos		<i>Befriending</i>	ACE>Control en términos de desaparición de los síntomas negativos y mayor funcionamiento a mitad de tratamiento y, en menor medida, al final del tratamiento	12 meses

Estudio	Total de participantes	Tipo de TCC	Duración y frecuencia del tratamiento	Grupo control	Resultados	Seguimiento
Lecomte <i>et al.</i> (2009)	75	TCC grupal para primer episodio psicótico	24 sesiones, dos veces a la semana durante 3 meses	Tratamiento de rutina (TR)	TCC>ES en reducción de síntomas positivos y negativos	
Srihari, <i>et al.</i> (2015)	117	STEP: TCC, educación familiar, medicamentos, apoyo para empleabilidad y educación*	Sin especificar	Tratamiento de rutina (TR)	Grupo STEP tuvo menos hospitalizaciones, mejor funcionamiento vocacional, mayor reducción de síntomas psicóticos	12 meses
Pyle <i>et al.</i> (2019)	60	TCC para adolescentes	15 sesiones durante 6 meses.	Antipsicóticos (AP) y tratamiento combinado (TCC y AP)	Los tres grupos tuvieron efectos favorables sin encontrar diferencias significativas entre ellos.	12 meses
Francey (2020)	27	TCC individual	Media de 8 sesiones durante 6 meses	TCC y placebo y tratamiento combinado (TCC y antipsicóticos)	No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos	12 y 24 meses
González-Ortega <i>et al.</i> (2021)	177	TCC individual + Tratamiento de rutina (TR)	14 sesiones quincenales durante 7 meses en promedio	Tratamiento de rutina (TR)	El grupo TCC + TR mostró una mejora en funcionamiento global, adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, mayor reducción de síntomas depresivos, negativos y psicóticos generales después del tratamiento	

Una de las ventajas de implementar la TCC en el PEP, es que existe un abanico de técnicas flexibles para intervenir en las diferentes necesidades y problemáticas de los pacientes, algunas de estas técnicas son:

Descubrimiento guiado, monitoreo de síntomas, estrategias de exposición para el manejo de voces, pruebas de hipótesis y realidad, reestructuración de atribuciones, desarrollo y/o mejora de estrategias de afrontamiento, técnicas de distracción, técnicas de relajación, estrategias de control de síntomas de ansiedad y depresión, programación de actividades, trabajo de autoestima, reestructuración de esquemas y creencias, prevención de recaídas y mantenimiento de estrategias de bienestar (Haddock et al., 1999; Lecomte, 1999; Morrison, 2017).

Después de un PEP, las personas necesitan entender su condición, cambiar aspectos en sus vidas que pudieran agravar los síntomas y desarrollar diversas estrategias de afrontamiento para prevenir recaídas posteriores (Lecomte et al., 2008). Para que el aprendizaje de estas técnicas y herramientas sea óptimo es muy importante que a lo largo de las sesiones de intervención se incorporen principios básicos para establecer una adecuada alianza terapéutica y de trabajo (Morrison & Barrat, 2009; Brabban et al., 2016; Morrison, 2017). Algunos de estos principios son:

La evaluación y la formulación de caso, los cuales son un primer paso importante para establecer las bases necesarias para el cambio terapéutico y puede generar un cambio en sí mismo. El proceso de evaluación implica hacer preguntas que puedan contribuir a que los pacientes se familiaricen con el modelo cognitivo. Por lo tanto, pedir a los pacientes que describan qué pensamientos pasan por su mente, cómo esto los hace sentir y cómo los hace comportarse puede ayudarlos a establecer los vínculos entre estos factores por sí mismos (Morrison et al., 2004).

La evaluación puede ayudar a establecer una relación con el paciente y desarrollar la relación terapéutica que se requiere para facilitar el cambio terapéutico, también es una oportunidad ideal para compartir información de normalización sobre los síntomas de un paciente. Por ejemplo, puede ser útil proporcionar información sobre la prevalencia mundial de “escuchar voces” o tener creencias inusuales, ya que el

normalizar sus experiencias podría influir en la reducción de angustia percibida (Morrison et al., 2004).

La formulación se puede definir como una hipótesis sobre la naturaleza de las dificultades psicológicas que subyacen a los problemas en la lista de problemas del paciente. La formulación de los problemas psicológicos puede realizarse tanto a nivel de mantenimiento, lo que mantiene un problema una vez iniciado, como a nivel histórico o de desarrollo, lo que puede haber causado el problema. Las técnicas y herramientas de la terapia cognitiva deben implementarse sólo en el contexto de una comprensión entre el terapeuta y paciente de por qué se desarrolló el problema, cómo se ha mantenido, y por qué una intervención en particular puede ser eficaz (Morrison et al., 2004).

Las formulaciones en el trabajo clínico guían a los terapeutas a comprender las dificultades y angustias de los pacientes, guían en la elección de estrategias de intervención y ayudan al paciente a desarrollar una comprensión alternativa de sus problemas (Morrison et al., 2004).

Establecer un enfoque normalizador, utilizando procesos de validación de experiencia y empatía. La normalización es un proceso que enfatiza que las experiencias que una persona encuentra perturbadoras existen dentro del rango de funcionamiento normal y se pueden experimentar en ausencia de angustia o discapacidad. El modelo cognitivo de síntomas psicóticos como el del trastorno obsesivo compulsivo argumenta que el desarrollo de creencias delirantes o alucinaciones tiene su origen en experiencias normales (Morrison et al., 2004).

La diferencia entre experiencias no angustiantes y angustiantes no radica en la ocurrencia, el contenido o incluso la falta de control de estas experiencias, sino en la interpretación por parte de la persona del significado de la experiencia. Algunos autores sugieren el establecimiento de una relación positiva con el paciente antes de intentar normalizar sus experiencias (Morrison et al., 2004; Lecomté et al., 2016).

Algunos puntos clave que se sugieren al utilizar un enfoque normalizador son:

- Utilizar preguntas periféricas suaves para comenzar a comprender la experiencia del paciente y reconocer las respuestas afectivas resultantes en el paciente.
- Utilizar las palabras y expresiones del paciente al resumir o discutir sus experiencias, de manera consistente a lo largo de la terapia.
- Evitar trabajar demasiado para persuadir al paciente, a través de la discusión o el debate, de que una lógica normalizadora es la verdadera y única explicación de sus experiencias. El modelo cognitivo se presenta como una explicación alternativa para su consideración y exploración.
- Establecer objetivos terapéuticos compartidos que sean realizables y significativos para el paciente.
- Mantener una colaboración (retroalimentación, trabajo en equipo, revisión continua de metas).
- Fomentar participación en las sesiones.
- Impulsar la esperanza centrándose en los objetivos personales del individuo como pueden ser los resultados esperados al concluir la terapia.
- Asignar tareas entre sesiones.

Con frecuencia, los objetivos de la TCC no están directamente relacionados con la psicosis y pueden plantearse metas de recuperación más amplias, por ejemplo, optimismo para un futuro mejor; comprenderse a sí mismos y aumentar la confianza; mejorar las redes sociales y las relaciones; actividades y propósitos significativos. Las metas también pueden estar relacionadas con otros problemas de salud mental comunes en personas con psicosis como ansiedad, depresión, trauma severo, entre otros (Morrison, 2017).

El modelo cognitivo conductual específico para la psicosis se centra en el manejo de síntomas que anteriormente se creían estáticos o sin posibilidad de intervención como los delirios y las alucinaciones. En los pacientes con psicosis, se han encontrado algunos sesgos cognitivos comunes como son saltar a conclusiones y lectura de

pensamiento asociados a delirios, como atribuciones externas asociados a las alucinaciones (Lecomte, 2016).

V. Planteamiento del problema

El primer episodio psicótico se presenta principalmente en la juventud, la cual es una etapa de la vida clave para el desarrollo personal, social, educativo y laboral de las personas (Couroupis, 2016). Independientemente de la eficacia del tratamiento farmacológico y la disminución o remisión de algunos síntomas positivos y negativos, muchos de los pacientes continúan experimentando disfunciones de tipo social y funcional, así como alteraciones comórbidas como depresión y ansiedad. Todo esto condiciona la posibilidad de presentar recaídas, las cuales implican un aumento de malestar físico y psicológico, la pérdida de autonomía, autoeficacia y deterioro funcional (A.E.N, 2009). Para potencializar los efectos del tratamiento, en los programas de intervención temprana también se incorporan intervenciones psicosociales; las guías clínicas recomiendan incluir de manera integral psicoeducación, terapia familiar y terapia cognitivo conductual.

En México, de acuerdo con un proyecto presentado en 2014, casi el 30% de las personas valoradas en urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, cuentan con diagnóstico de PEP, las cuales pueden recibir tratamiento en la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP).

Justificación

Conforme a las recomendaciones de tratamiento sugeridas en las guías clínicas internacionales, la CITEP busca incluir en su repertorio de tratamiento una intervención Cognitivo Conductual para el abordaje de los pacientes que experimentan un primer episodio psicótico (Herrera-Estrella et al., 2014; Tarrier et al., 2004; Couroupis et al., 2016).

Dadas las características del servicio, la intervención utilizada se basa en un modelo de intervención individual (Morrison, 2004), en donde se realiza una fase de

evaluación y compromiso compuesto de 6 sesiones. Se utilizan formulaciones de síntomas, un enfoque normalizador de la experiencia psicótica, establecimiento de objetivos terapéuticos y personales, programación de actividades, psicoeducación sobre psicosis, así como estrategias conductuales y cognitivas.

Por otro lado, de acuerdo a la revisión de la literatura disponible hasta el momento, en México no se han realizado estudios que evalúen los efectos de la terapia cognitivo conductual en personas que experimentan un primer episodio psicótico. El presente estudio pretende abrir futuros espacios de investigación para contar con la evidencia necesaria para la toma de decisiones sobre su implementación en el sistema de salud del país.

VI. Método

Objetivo general

El objetivo del presente estudio es describir los efectos de la fase inicial de una intervención cognitivo conductual, basada en el modelo cognitivo para psicosis de Morrison et al., (2004), sobre la experiencia psicótica global, los síntomas positivos y negativos, así como síntomas relacionados con ansiedad y depresión en un paciente que se encuentra en el periodo crítico posterior a un primer episodio psicótico de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Pregunta de investigación

¿La implementación de la fase inicial de una intervención cognitivo conductual para un paciente que experimentó un primer episodio psicótico logrará cambios en los síntomas asociados a una experiencia psicótica?

Diseño y alcance del estudio

Estudio de caso clínico, cuasi-experimental y prospectivo con una medición previa y una medición posterior al tratamiento.

Muestreo

Muestra no probabilística por cuota

Tabla 3

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión	Exclusión	Eliminación
<p>Edad: desde 18 a 35 años cumplidos.</p> <p>Diagnóstico: Primer episodio psicótico establecido en la CITEP</p> <p>Usuarios que acepten participar firmando el consentimiento informado</p> <p>Contar con medios electrónicos para recibir intervención en línea.</p>	<p>Pacientes con diagnóstico previo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno neurológico -Enfermedad sistémica descompensada -Discapacidad intelectual 	<p>Más de tres inasistencias seguidas y sin justificación</p>

Análisis de datos

Se calculó el porcentaje de cambio clínico objetivo de los síntomas evaluados (Cardiel, 1994).

Instrumentos

- Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS)

Escala para valorar síntomas de la esquizofrenia que consta de 30 reactivos, 7 para la escala de síntomas positivos, 7 para la escala de síntomas negativos y 16 para la escala de psicopatología general. Fue adaptada a la población mexicana por Herrera-Estrella et al. (1993), Cuenta con una consistencia interna de .92, y una correlación de Pearson entre observadores de .81 a .99.

- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Instrumento de autoinforme que proporciona una evaluación de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes, compuesto por 21 reactivos tipo Likert. Cada reactivo está conformado por una escala descriptiva de cuatro opciones, donde una mayor puntuación indica una mayor gravedad de la sintomatología. La puntuación puede ir de 0 a 63 puntos. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV. La escala presentó una confiabilidad alfa de Cronbach de .88 en población mexicana (Contreras-Valdez et al., 2015).

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrumento de autoinforme que mide la gravedad de los síntomas de ansiedad en población clínica y no clínica, consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad, cada reactivo se evalúa en una escala Likert de 4 puntos, de 0 (nada) a 3 (severamente), el puntaje se obtiene con la sumatoria de los 21 reactivos. La puntuación global puede oscilar entre 0 y 63 puntos. Las propiedades psicométricas del BAI en la población mexicana presentan una alta consistencia interna con alphas de .84 y .83 y un alto coeficiente de confiabilidad test-retest de $r = 0.75$ (González, Reséndiz y Reyes-Lagunes, 2015).

- Entrevista semi estructurada

Ver Anexo 1.

- Escala de malestar psicológico

Se indica diariamente el nivel de malestar psicológico definido por el paciente, en una escala del 1 a 10, siendo este último el valor de la máxima intensidad. Ver Anexo 2. Malestar psicológico: "Sentir que las cosas se salen de control, miedo a volverme a enfermar. No sentir sensaciones naturales."

Paciente

Tabla 4
Datos generales del paciente.

Sexo	Hombre
Edad	21 años
Fecha de nacimiento	26/ 12/ 1998
Lugar de nacimiento	San Miguel Topilejo Tlalpan, CDMX
Estado Civil	Soltero
Ocupación	Trabaja como ayudante de mantenimiento
Escolaridad	Preparatoria trunca
Vive con	Madre y hermana mayor
Religión	Testigo de Jehová
Tratamiento farmacológico	Risperidona 2mg 1-0-0
DPNT*	2 años 5 meses

*Duración de Psicosis no Tratada

Periodo de psicosis no tratada

Menciona que a los 18 años se enfermó de hepatitis por lo que tuvo que ser hospitalizado un mes, motivo por el cual tuvo que interrumpir sus estudios en la preparatoria, aunado a fuertes problemas económicos en casa. Tras estos eventos estresantes presentó conductas asociadas a un trastorno depresivo mayor, sin recibir diagnóstico ni tratamiento, “Fue como si me olvidara completamente de la escuela, de todo, tuve que empezar a trabajar por los problemas económicos, me sentía triste y culpable todo el tiempo, sentía que ya no iba a poder lograr nada” (Sic. Paciente).

Su primer trabajo fue como vigilante y estuvo expuesto a muchas horas de privación de sueño, 4 meses aproximadamente, durante este periodo comenzó a presentar síntomas psicóticos como musitaciones y soliloquios, delirios de grandeza “sentía como si fuera famoso y muy importante” e ideas de referencia “cuando leía un libro sentía que algunas líneas hablaban de mí y a veces me parecía que me estaban molestando, a veces sentía mucha energía”. Comenzó a consumir tabaco, de 5 a 10 cigarrillos diarios. Dejó este trabajo a finales de 2017, refiere reducción de síntomas y consumo de cigarrillos.

Refiere haber sentido mucho estrés durante el periodo que estuvo desempleado (3 meses aproximadamente) ya que su madre le expresaba malestar “me decía o estudias o trabajas, pero yo no me sentía muy bien, sentía presencias, empecé a sentir que hablaban de mí en la tele, a veces sentía mucha energía, cómo euforia, pero yo no le decía nada a mi mamá, a nadie”. Posteriormente comenzó a trabajar como ayudante, en este periodo presentó una crisis de ansiedad “empecé a sentir muchos nervios, como que me seguían” posteriormente comenzó a presentar pensamientos intrusivos de contenido que refiere como altamente perturbador “sentía culpa de que iba a pensar mi mamá, era como si no lo pudiera controlar”, refiere disminución de síntomas. En enero de 2019 comenzó a trabajar con su papá, consumir alcohol, con una ingesta diaria de 5 a 6 cervezas de 600 ml, por un periodo de dos meses “me empecé a sentir como desubicado, como si mi mente estuviera en blanco, no podía hablar bien con nadie porque a veces me reía solo”.

Regresó a vivir con su mamá, pero persistían síntomas de ansiedad, hipersensibilidad a estímulos auditivos estridentes ej. pirotecnia o claxons, poca tolerancia a la frustración, irritabilidad emocional y conductas agresivas dirigidas a los demás “me contó mi mamá que una vez le empecé a decir de groserías a una señora viejita porque creí que me estaba viendo feo, sentía que me quería hacer daño”.

En octubre de 2019 persistían las ideas de referencia y persecución, motivo por el cual sus familiares decidieron ingresarlo al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, en donde lo derivaron a la CITEP, no tuvo internamiento, comenzó tratamiento farmacológico y psicoeducativo, derivado de esta intervención disminuyeron los síntomas positivos y hubo un aumento en la funcionalidad, logrando obtener un nuevo empleo. Persisten algunas ideas de referencia, depresión leve y ansiedad moderada.

Datos relevantes de la historia clínica

Nacimiento vía cesárea. No reporta complicaciones en el desarrollo del embarazo, parto y post parto. Recibió leche materna por un periodo corto. Atención completa de la madre durante el primer año. Gateó después del primer año, camino al año y medio, comenzó a hablar después de año y medio. Tartamudeo hasta los 5 años, durante este periodo su madre reporta que tuvo una caída desde aproximadamente un metro, se golpeó la cabeza, no requirió internamiento.

Durante la etapa escolar se reporta tímido, poco expresivo, calmado y reservado, no socializaba mucho con sus compañeros. Tuvo cambio de escuela en quinto grado. Durante la secundaria menciona presentar excelente rendimiento académico (promedio final 9.8) y mostró dificultades de adaptación con sus pares ya que estaba totalmente enfocado en su rendimiento académico. Menciona que no recibió acoso escolar durante esta etapa. Reporta bajar rendimiento escolar en el último año, durante este periodo comenzó a invertir tiempo en su cuidado personal (cuidado de la piel, del pelo, ejercicio para mantenerse en forma). Durante la preparatoria, refiere haber percibido rechazo por parte de sus compañeros atribuyéndolo a su condición económica. Esta percepción de rechazo lo hacía sentir solo y presentaba conductas de evitación y escape (regresar a casa temprano, no asistir a clases, dormir durante la tarde, dejar de practicar fútbol, no realizar tareas escolares, evitar comunicarse con sus compañeros, entre otras). Debido a esta situación, se dio de baja antes de que finalizara el primer año de preparatoria. A los 5 meses de su baja escolar se incorporó nuevamente, en esta ocasión pudo socializar mejor y entablar amistades.

En el área de salud se encontró que tuvo internamiento hospitalario de un mes para intervención de Hepatitis C. En cuanto a antecedentes familiares, se encontró diabetes mellitus (+) por parte de abuela materna, hipertensión arterial por parte del padre. Tío materno con episodio depresivo grave que requirió internamiento. Un tío de la familia materna manifiesta conductas extrañas, sin diagnóstico.

El tratamiento farmacológico del paciente es Risperidona 2mg 1-0-0. No ha recibido terapia psicológica.

En el área social, menciona compararse con sus pares. Reporta utilizar redes sociales (Facebook y WhatsApp) para estar al tanto de sus ex compañeros de la escuela, condicionando pensamientos y emociones de desvalorización y culpa.

Procedimiento

Debido a la situación de confinamiento derivada de la contingencia sanitaria por el virus SARS COV 2, las sesiones de evaluación e intervención se realizaron vía remota (llamadas y videollamadas). Se contactó por teléfono a 3 posibles candidatos de la CITEP, estos pacientes ya contaban con un diagnóstico correspondiente de primer episodio psicótico realizado por un psiquiatra experto en Psicosis, así como con una evaluación neuropsicológica que descarta deterioro cognitivo. Se les hizo una invitación para recibir una Intervención Cognitivo Conductual para Primer Episodio Psicótico a través de llamadas y videollamadas por la plataforma Zoom y/o WhatsApp; existen múltiples estudios que respaldan el uso de herramientas como el teléfono para brindar atención a distancia, en donde se ha encontrado que al completar sesiones por teléfono hay una reducción significativa en síntomas depresivos y de ansiedad, mayor apego a tratamiento en comparación con sesiones presenciales (Coughtrey y Pistrang, 2018; Hernández-Tejada et al., 2014). Se les explicaron las generalidades y posibles beneficios de la intervención. Dos pacientes rechazaron la intervención: Una de las pacientes rechazó la invitación ya que sus horarios laborales no le permitían participar, el otro paciente refirió no contar con la suficiente privacidad en casa para tomar las sesiones. Al paciente que aceptó participar se le envió una carta de consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento, se le realizó una entrevista semi estructurada vía remota para recabar datos generales y específicos, así como información para la PANSS. Se le envió en un formulario de Google Forms la Escala de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, mientras que el termómetro de malestar psicológico fue enviado por WhatsApp.

A continuación, se detalla el contenido de las sesiones de evaluación e intervención (Ver Tabla 5).

Tabla 5
Sesiones de evaluación e intervención

Sesión	Características	Duración
2 sesiones de Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación - Evaluación a través de una entrevista semi estructurada. - Programación de actividades. Se entrega un registro para que el paciente anote las actividades que realiza diariamente y el placer que experimenta cuando realiza las actividades. Ver anexo 3. - Se envía formulario con Beck Ansiedad y Beck depresión. - Se define malestar psicológico y se califica el termómetro. 	3 horas
Sesión de intervención 1.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación del modelo cognitivo. - Normalización de la experiencia psicótica. Psicosis como continuum. - Revisión del registro de actividades. - Retroalimentación de la sesión. 	1 hora
Sesión de intervención 2.	<ul style="list-style-type: none"> - Formulación de mantenimiento de un evento de la semana y/o síntoma identificado como problemático. - Se realiza una lista de actividades relacionadas con objetivos personales y objetivos relacionados con 	1 hora

	la terapia.	
	- Revisión del registro de actividades.	
	- Retroalimentación de la sesión.	
Sesión de intervención 3.	- Formulación de mantenimiento de un evento de la semana y/o síntoma identificado como problemático.	1 hora
	- Psicoeducación estrés	
	- Revisión del registro de actividades.	
	- Retroalimentación de la sesión.	
Sesión de intervención 4.	- Formulación longitudinal con la información brindada por el paciente durante la evaluación inicial y las sesiones posteriores. Ayuda a contestar la pregunta <i>¿Por qué a mí?</i> Ver anexo 5.	1 hora
	- Revisión del registro de actividades.	

Consideraciones éticas

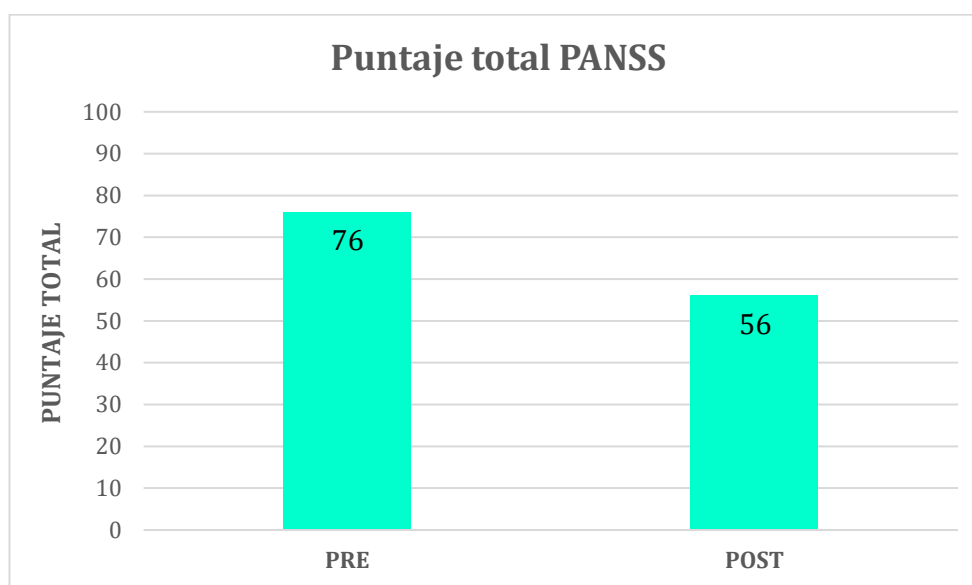
De acuerdo con la Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación publicada en 2018, se realizó y entregó una carta de consentimiento informado al participante del estudio. El consentimiento informado es un proceso mediante el cual un individuo, después de recibir la información necesaria, toma la decisión voluntaria de participar o no en un estudio de investigación.

Conforme a lo establecido en el artículo 17 del capítulo 1 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la presente será una investigación con riesgo mínimo. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez: HFBA/CEI0042-19.

VII. Resultados

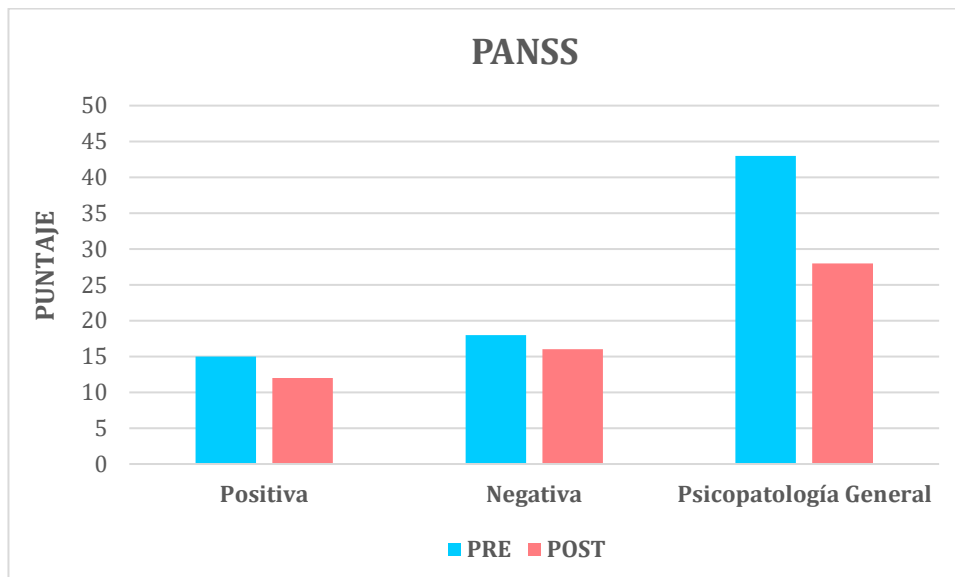
Se calculó el porcentaje de cambio clínico objetivo obtenido de la evaluación pre-post del puntaje global de la PANSS (PC=26%), este porcentaje se obtiene de la resta del puntaje de la pre evaluación al puntaje de la evaluación posterior dividido entre el puntaje de la pre evaluación, el porcentaje se considera significativo cuando es mayor al 20% (Cardiel, 1994). En la Figura 2 se observa una disminución en el puntaje de los síntomas globales de la PANSS en la evaluación post tratamiento (56) en comparación al puntaje de la primera evaluación (74).

Figura 2 Puntaje total de la escala PANSS antes y después de la intervención.



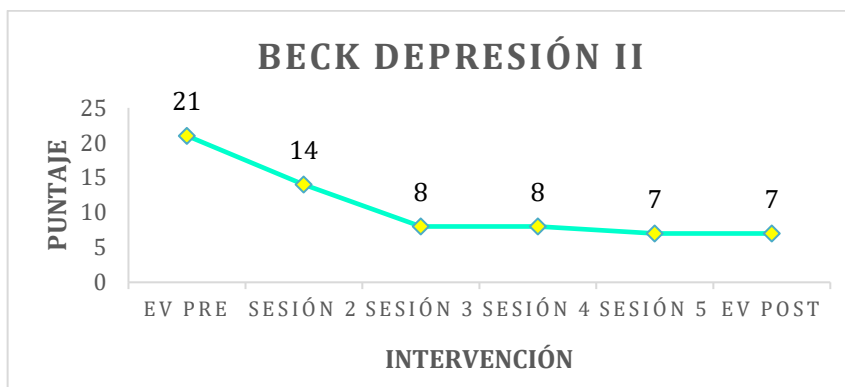
Como se muestra en la Figura 3, se encontraron cambios clínicos significativos en la escala de psicopatología general de la PANSS PC= 34% pero no se encontraron cambios clínicos al tomar en cuenta el pre y post tratamiento para las escalas de síntomas positivos PC= 2% y negativos PC= 11%.

Figura 3 Puntaje de las subescalas de la PANSS antes y después de la intervención.



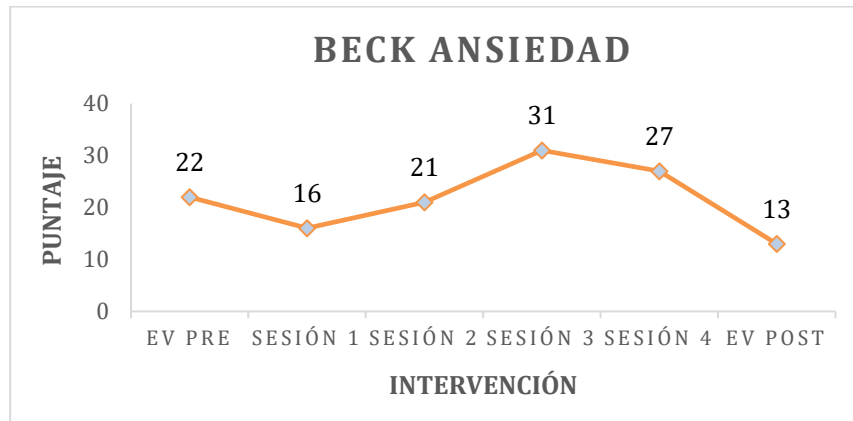
Se calculó el porcentaje de cambio clínico objetivo obtenido de la evaluación pre-post de la BDI-II (PC=66%), mostrando una disminución clínicamente significativa en la sintomatología relacionada con depresión. Se pueden observar los resultados en la Figura 4.

Figura 4 Puntaje del inventario BDI-II antes y después de la intervención.



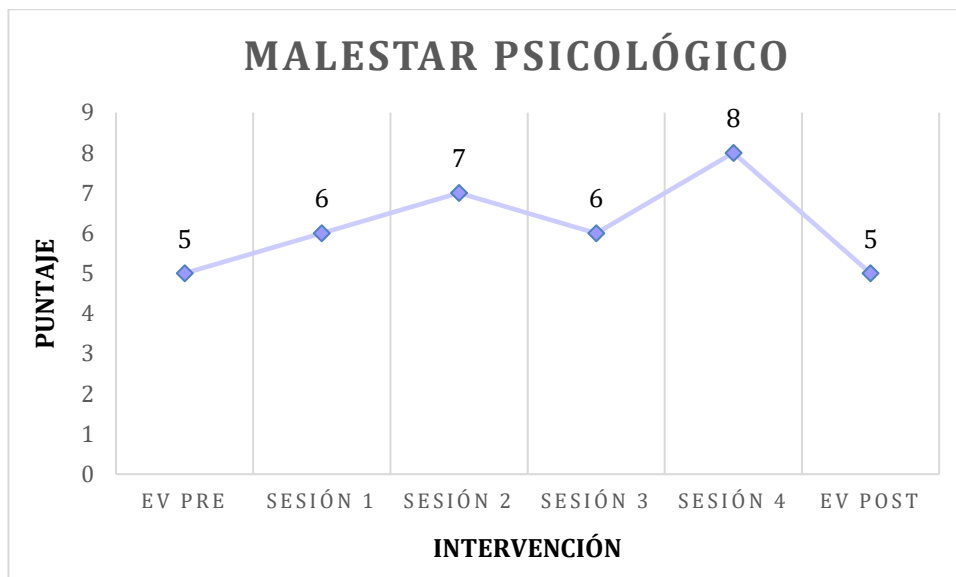
Se calculó el porcentaje de cambio clínico objetivo obtenido de la evaluación pre-post del Inventario de Ansiedad de Beck (PC=40%), mostrando una disminución clínicamente significativa en la sintomatología relacionada con ansiedad.

Figura 5 Puntaje del inventario de Ansiedad de Beck antes y después de la intervención.



En la Figura 6 se presentan los puntajes obtenidos en el termómetro de malestar psicológico a lo largo de las sesiones. En la ordenada se representan los puntajes de la escala y en las abscisas la fecha de aplicación. No se presentaron cambios clínicos significativos entre la pre y post evaluación.

Figura 6 Puntajes del termómetro de malestar psicológico antes, durante y después de la intervención.



VIII. Discusión

El objetivo general del presente estudio fue evaluar el efecto de la fase inicial de una intervención cognitivo conductual individual, basada en un modelo cognitivo para psicosis (Morrison et al., 2004), sobre sintomatología psicótica, así como síntomas depresivos y ansiosos en un paciente que se encuentra en el periodo crítico posterior a un primer episodio psicótico, esto con la intención de integrar esta intervención al tratamiento usual de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. La intervención en esta población requiere un trabajo multidisciplinario y basado en la evidencia para promover el uso de herramientas efectivas que optimicen el proceso de recuperación global de los pacientes.

Posterior a la fase inicial de la intervención, se observaron cambios clínicos significativos en la disminución del puntaje total de la PANSS, principalmente en el puntaje de psicopatología general. La disminución del puntaje total coincide con lo reportado por Lewis y sus colaboradores (2002), en donde un grupo de pacientes hospitalizados que recibió TCC mostró una disminución en el puntaje total de la PANSS desde la primera fase de tratamiento (\bar{X} : 70.83) en comparación con la línea base (\bar{X} : 87.47).

Asimismo, Lecomte et al. (2008) observaron una disminución de los síntomas psicóticos de los pacientes que recibieron TCC después de ser dados de alta del hospital; esta intervención fue grupal, sin embargo, la etapa clínica basada en el modelo de etapas clínicas de Mcgorry (periodo de recuperación temprano del PEP) de los pacientes que recibieron TCC coincide con la del paciente del presente estudio. Cabe señalar que algunos estudios realizaron sus intervenciones en el periodo de recuperación agudo del PEP (Lewis et al., 2002; Tarrier et al., 2004; Jackson et al., 2009), cuando los síntomas psicóticos están más exacerbados.

Por otra parte, en lo que respecta a la sintomatología comórbidas de la experiencia psicótica, en este caso se evaluaron síntomas de depresión y ansiedad, teniendo como resultado una disminución de las puntuaciones generales de las mismas. Esto

coincide con la disminución significativa de síntomas depresivos y ansiosos de pacientes PEP que recibieron intervención cognitivo conductual combinada con tratamiento farmacológico en estudios recientes (Francey et al., 2020; González-Ortega et al., 2021).

Los síntomas depresivos en pacientes con psicosis temprana están asociados a conductas, intentos y consumación de suicidio, siendo el primer año el más vulnerable, sin embargo, solo hasta años recientes ha sido objeto de intervención dentro de esta población (Welfare y Jones, 2015; Sönmez, 2016; McGinty y Upthegrove, 2020).

De igual forma, algunos estudios sugieren que los síntomas de ansiedad tienen un impacto negativo en la gravedad de los síntomas positivos y negativos, en el funcionamiento general, así como en la calidad de vida de los pacientes con psicosis en cualquiera de sus etapas. Sin embargo, son pocos los estudios que han evaluado estos síntomas en las etapas tempranas. (Karpov et al., 2021)

En las sesiones 3 y 4 (**Ver Figura 5**) se pueden observar picos de los síntomas globales relacionados con ansiedad, esto pudiera relacionarse con un evento con violencia que ocurrió cercano al domicilio del paciente días previos a la sesión 3, motivo por el cual se dispararon pensamientos de preocupación referentes a su seguridad, así como miedo a perder el control lo cual el paciente refiere como problemático.

Al realizar la formulación de mantenimiento, se pudo realizar la hipótesis sobre el uso de la preocupación como una estrategia de afrontamiento, la cual paradójicamente mantenía su malestar, así como con el uso de conductas de seguridad como evitar pasar la calle donde ocurrió el evento aun cuando esto representaba un incremento en el tiempo para llegar a casa por la noche, lo que condicionaba y aumentaba emociones como miedo y ansiedad. Esto concuerda con los resultados arrojados en un estudio realizado por Freeman y colaboradores (1999) donde encontraron que las personas que tenían un delirio de persecución experimentaban *meta* preocupaciones como estrategia de afrontamiento a su delirio y estudios que exploran el papel de las

creencias positivas de la preocupación en el mantenimiento de delirios en psicosis (Morrison, 2007).

Por otro lado, se observó una disminución de verbalizaciones referentes a culpa y vergüenza por la experiencia psicótica del paciente. En cuanto a la organización de sus actividades diarias, se observó un aumento en la frecuencia de actividades relacionadas con tiempo libre y socialización.

La sub escala de psicopatología general de la PANSS evalúa, entre otros, síntomas de ansiedad, depresión, preocupación, sentimientos de culpa y evitación social, por lo que su disminución en la evaluación posterior, cambios observados sería congruente con la disminución de síntomas depresivos y ansiosos descritos anteriormente.

Con respecto al termómetro de malestar psicológico, cabe mencionar, que en la primera sesión de evaluación se realizó una definición colaborativa, entre paciente y terapeuta, del concepto “malestar psicológico”, sin embargo, a lo largo de las sesiones no se realizó un refuerzo del significado del concepto.

Finalmente, a lo largo de las sesiones se cultivó una relación terapéutica basada en la empatía y la aceptación de las experiencias del paciente. El paciente mostró una alta adherencia al tratamiento tomando en consideración que acudió puntualmente a todas las sesiones y realizó la mayoría de los registros y actividades.

Implicaciones clínicas

El presente estudio busca establecer un precedente en México sobre la importancia de investigar los efectos de intervenciones basadas en evidencia, como la terapia cognitivo conductual, durante las etapas tempranas de la experiencia psicótica. También se pretende destacar la evaluación e intervención de los síntomas de depresión y ansiedad al ser parte integral de la experiencia psicótica.

Si bien algunos estudios sugieren la necesidad de implementar intervenciones cognitivo conductuales de más de 20 sesiones (Jackson, 2008; Tarrier, 2004), es importante tomar en consideración las condiciones de los servicios de salud mental en México, en donde existen déficits de recursos humanos, económicos y de infraestructura, por lo que se sugiere continuar evaluando los efectos de intervenciones breves y orientadas a las problemáticas y objetivos que sean relevantes para los pacientes. Tomando en consideración que la experiencia psicótica es variable para cada persona, este tipo de intervención abarca las características que se tienen en común pero también se ajusta a las necesidades individuales a través del uso de formulaciones.

Limitaciones y sugerencias

Existieron diversas limitaciones en el desarrollo del presente estudio de caso. En primer lugar, derivado de las medidas sanitarias establecidas, no se pudo contar con el apoyo de otro profesional de la salud mental independiente del estudio para realizar las evaluaciones pre y post, lo que pudiera disminuir la confiabilidad de los resultados.

Por otra parte, si bien se observó una disminución clínicamente significativa en la sintomatología relacionada con depresión y ansiedad, no se realizaron los controles necesarios para conocer cuáles fueron las estrategias que específicamente impactaron estos síntomas.

La principal limitación de esta variable fue que únicamente se evaluó al concluir las sesiones.

Se han observado deficiencias en funciones cognitivas posterior a un primer episodio psicótico (Bora, 2018), variables como una psicosis no tratada en un tiempo prolongado, el uso de fármacos antipsicóticos, síntomas relacionados con depresión y/o ansiedad, trauma, entre otros, influyen en procesos de atención y consolidación/evocación de información por lo que se sugiere realizar evaluación y seguimiento de dichas funciones.

Por último, se sugiere realizar estudios que valoren los efectos de la TCC sobre otras variables que también son de relevancia durante el primer episodio psicótico como el funcionamiento psicosocial, la percepción de soledad, ansiedad social, el abuso de sustancias, entre otras. Así como evaluar el efecto de esta intervención en combinación con otras intervenciones psicosociales como la terapia familiar.

Referencias

- Álvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D. y Gleeson, J. F. (2009). Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619–630. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp129>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Cuaderno técnico 10: Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis*. Madrid: Autor. Recuperado de: <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>
- Ayesa-Arriola, R., Ortiz-García de la Foz, V., Martínez-García, O., Setién-Suero, E., Ramírez, M. L., Suárez-Pinilla, P. y Crespo-Facorro, B. (2019). Dissecting the functional outcomes of first episode schizophrenia spectrum disorders: a 10-year follow-up study in the PAFIP cohort. *Psychological Medicine*, 1–14. <https://doi:10.1017/s0033291719003179>
- Beck, A. T., y Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Bentall, R. P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M. y Read, J. (2014). From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7), 1011-1022. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0914-0>
- Brabban, A., Byrne, R., Longden, E. y Morrison, A. P. (2016). The importance of human relationships, ethics and recovery-orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis. *Psychosis*, 9(2), 157–166. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1259648>
- Bora, E., Yalincetin, B., Akdede, B. B. y Alptekin, K. (2018). Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 193, 3–10. <https://doi:10.1016/j.schres.2017.06.021>

- Bornheimer, L. A. (2018). Suicidal Ideation in First-Episode Psychosis (FEP): Examination of Symptoms of Depression and Psychosis Among Individuals in an Early Phase of Treatment. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(2), 423–431. <https://doi.org/10.1111/sltb.12440>
- Buchán-López, R., Corona, F. (2019) Duración de psicosis no tratada en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Revista Salud Jalisco* 6 (1), 38-47
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill
- Celso, A., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., ... Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 10(2), 78-86
- Chang, W. C., Kwong, V. W. Y., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M. y Chen, E. Y. H. (2016). Relationship of amotivation to neurocognition, self-efficacy and functioning in first-episode psychosis: a structural equation modeling approach. *Psychological Medicine*, 47(04), 755–765. <https://doi.org/10.1017/s0033291716003044>
- Cheng, S. C., Walsh, E. y Schepp, K. G. (2016). Vulnerability, Stress, and Support in the Disease Trajectory from Prodrome to Diagnosed Schizophrenia: Diathesis–Stress–Support Model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 810–817. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.008>
- Coates, D., Wright, L., Moore, T., Pinnell, S., Merillo, C. y Howe, D. (2019). The psychiatric, psychosocial and physical health profile of young people with early psychosis: Data from an early psychosis intervention service. *Child & Youth Services*, 1–23. <https://doi:10.1080/0145935x.2018.1553613>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. A. (2015). Validez de Constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 195-203. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>

- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
- Couropis, A., Francey, S., Gregory, K. y Stavely, H., (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, Second Edition*, Orygen, National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Fresan, A., Apiquian, R., Robles-García, R., Zarate, C.T., Balducci, P.M., Broussard B., Wan, C.R. y Compton, M.T. (2020). Similarities and Differences in Associations Between Duration of Untreated Psychosis (DUP) and Demographic, Premorbid, and Symptom Severity Measures in Two Samples of First-Episode Psychosis Patients from Mexico and the United States. *The Psychiatric quarterly*, 91(3), 769–781. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09736-3>
- García, I., Fresan, A., Medina-mora, M. E. y Ruiz, G. M. (2008). Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 31(6), 479–485.
- Gómez de Regil, L., Kwapil, T. R., Rosado Franco, A. y Barrantes Vidal, N. (2010). Predictors of short-term course in Mexican first-episode psychosis patients. *Salud Mental*, 33(6), 507-515.
- González-Ortega, I., Vega, P., Echeburúa, E., Alberich, S., Fernández-Sevillano, J., Barbeito, S., ... González-Pinto, A. (2021). A Multicentre, Randomised, Controlled Trial of a Combined Clinical Treatment for First-Episode Psychosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7239. <https://doi:10.3390/ijerph18147239>
- González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 38(4), 237–244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R. y 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. <https://doi.org/10.1007/s001270050141>

- Herrera Estrella, M., Torner, C., González, G., Olivares, M., Calzada, J. L., Guzmán, I., Delgado, V., Vázquez, S. y Castañeda-González, C. J. (1993). Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. *Psiquis*, 2(2), 47-51.
- Herrera Estrella, M., Falconi Santiago, R., Bautista Gómez, P., Ramírez Gutierrez, J. Á. y Ramírez Espinosa, I. G. (2014). Clínica de intervención temprana en pacientes con primer episodio psicótico y personas con alto riesgo de psicosis. *Secretaría de Salud*.
- Iorfino, F., Scott, E. M., Carpenter, J. S., Cross, S. P., Hermens, D. F., Killedar, ... M., Hickie, I. B. (2019). Clinical Stage Transitions in Persons Aged 12 to 25 Years Presenting to Early Intervention Mental Health Services with Anxiety, Mood, and Psychotic Disorders. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.236010.1001/jamapsychiatry.2019.236
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Harrigan, S., ... Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. *Psychological medicine*, 35(9), 1295–1306. <https://doi.org/10.1017/S0033291705004927>
- Jackson, H.J., McGorry, P.D., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., ... Harrigan, S. (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*, 38(5), 725–35. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002061>
- Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., ... Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362–72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632>
- Karpov, B., Kieseppä, T., Lindgren, M., Wegelius, A. y Suvisaari, J. (2021). Anxiety symptoms in first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 15(3), 569–576. <https://doi.org/10.1111/eip.12986>

- Killackey, E. y Yung, A. R. (2007). Effectiveness of early intervention in psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 121-125. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328017f67d>
- Killackey, E. (2009). Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements for recovery. *Early Intervention in Psychiatry*, 3 Suppl 1, S17–S21. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00126.x>
- Kuipers, E., Holloway, F., Rabe-Hesketh, S. y Tennakoon, L. (2004). An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 358–363. <https://doi:10.1007/s00127-004-0754-4>
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T. y Lecomte, J. (2003). Group CBT for Clients with a First Episode of Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 375–383. <https://doi.org/10.1891/jcop.17.4.375.52538>
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J. y Spidel, A. (2008). Group Cognitive Behavior Therapy or Social Skills Training for Individuals with a Recent Onset of Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866–875. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31818ee231>
- Lecomte, T., Leclerc, Claude, y Wykes (2016). *Group CBT for Psychosis: A Guidebook for Clinicians*. Oxford University Press.
- Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, ... Dunn G. (2002). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *The British journal of psychiatry*, 43, 91-97. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s91>
- McGinty, J. y Uptegrove, R. (2020). Depressive symptoms during first episode psychosis and functional outcome: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 218, 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.12.011>
- McGorry, P. D., Purcell, R., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C. y Jackson, H. J. (2007). Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *The Medical*

Journal of Australia, 187(S7), 40-42. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01335.x>

Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., Bentall, R. (2004). *Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based Approach*. Brunner-Routledge.

Morrison, A. P., French, P. y Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2241–2246. <https://doi.org/doi:10.1016/j.brat.2007.01.002>

Morrison, A. P. y Barratt, S. (2009). What Are the Components of CBT for Psychosis? A Delphi Study. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 136-142. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp118>

Morrison, A. P. (2017). A manualized treatment protocol to guide delivery of evidence-based cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials. *Psychosis*, 9(3), 271–281. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1295098>

Morrison, A. P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Pyle, M., French, P., ... Haddad, P. (2018). Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 5(4) 11-23. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30096-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30096-8)

Nordentoft, M., Rasmussen, J. Ø., Melau, M., Hjorthøj, C. R. y Thorup, A. A. E. (2014). How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(3), 167–172. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000052>

OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor

Ortega–Soto, H.A., García, S., Imaz, M., Pacheco, J., Brunner, E., Apiquian, R. y de la Torre, M.P. (1994). Validez y Reproducibilidad de una escala para evaluar depresión en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 17(3), 7–14.

- Pardo-de-Santayana, Guillermo; Vázquez-Bourgon, Javier; Gómez-Revuelta, Marcos; Ayesa-Arriola, Rosa; Ortiz-García de la Foz, Víctor; Crespo-Facorro, Benedicto; Pelayo-Terán, José María (2020). Duration of active psychosis during early phases of the illness and functional outcome: The PAFIP 10-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 220, 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.009>
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T. y Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220–2220. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2220>
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. y Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1785–1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>
- Read, J., Os, J., Morrison, A. P., y Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Francisco Javier Rosas-Santiago, F., Jiménez, J. Sotelo, I. y Ramírez, V. (2022). Psychoeducation and group acceptance and commitment therapy as psychological support strategies for informal caregivers of patients with a first psychotic episode: an experimental study. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2061041>
- de Sousa, P., Varese, F., Sellwood, W., y Bentall, R. P. (2013). Parental Communication and Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 756-768. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt088>
- Stefanidou, T., Wang, J., Morant, N., Lloyd-Evans, B., y Johnson, S. (2021). *Loneliness in early psychosis: a qualitative study exploring the views of mental health practitioners*

in early intervention services. BMC Psychiatry, 21(1). <https://doi:10.1186/s12888-021-03138-w>

- Tarrier, N., Lewis, S.N, Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, ... Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 184(23)*, 1–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.231>
- Torres, A., Olivares J.M., (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría, 33(4)*, 216-20.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39(2)*, 179-195. <https://doi.org/10.1017/s0033291708003814>
- Welfare-Wilson y Jones, A. (2015). A CBT-based anxiety management workshop in first-episode psychosis. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 24(7)*, 378–382. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.7.378>
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy.* Wiley.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet, 382(9904)*, 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)1575-1586](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)1575-1586)

Anexo 1

Datos generales

Nombre
Edad
Fecha de nacimiento
Lugar de nacimiento
Grado de escolaridad
Estado civil
Ocupación actual
Religión
Dirección
Celular/Teléfono
Vive con

- Motivo de consulta/internamiento:

Historia personal

- Etapa prenatal
- Desarrollo psicomotriz
- Infancia
- Área escolar (explorar acoso escolar en escuela o trabajo)

-Preescolar
-Primaria
-Secundaria
-Preparatoria
-Licenciatura

- Área laboral
- Área social
- Área familiar

- Hábitos alimenticios
- Hábitos de sueño
- Hábitos de cuidado personal
- Hábitos de consumo de sustancias
- Medicamentos

- Antecedentes patológicos

-Personales
-Heredofamiliares

- Variables que hacen sentir al paciente diferente a otras personas
- Influencias y experiencias religiosas
- Experiencias sexuales no consensuadas
- Peleas (violencia física)

Historia del problema:

Inicio, curso, mantenimiento, disparadores

Problema actual:

Frecuencia, intensidad, nivel de malestar, consecuencias, preocupaciones

Formulación de caso:

¿Qué sucedió? ¿Cómo lo interpreté? ¿Cómo me sentí? ¿Qué hice?

- ¿Cómo lo interpreté?

Intrusiones cognitivas

- "¿Qué sucedía en tu mente en ese momento?"
- "¿Qué fue lo primero que pensaste?"

Evaluaciones e interpretaciones de las intrusiones cognitivas

Las intrusiones cognitivas pueden ser interpretadas de tal manera que aumentan la probabilidad de incrementar el malestar asociado a ellas y pudiera incrementar la frecuencia de las intrusiones. Estas evaluaciones pueden ser exploradas usando las siguientes preguntas:

- "¿Tuviste algún pensamiento negativo acerca de este pensamiento/imagen/voz?"
- "¿Qué significó para ti el tener ese pensamiento?"
- "¿Consideras que algo podría suceder como resultado de tener ese pensamiento?"
- "¿Para ti es normal/aceptable el tener estos pensamientos? Si la respuesta es no ¿Por qué no?" • "¿Qué pasaría si no pudieras detener estos pensamientos?"
- "¿Tener estos pensamientos dice algo sobre ti?"
- "¿Existe alguna ventaja de tener estos pensamientos?"

Atención

Es importante evaluar los factores atencionales que pudieran estar implicados en el desarrollo o mantenimiento de un problema. Estos factores pueden ser evaluados usando preguntas como las siguientes:

- "¿Qué llamaba más tu atención durante esa situación?"
- "¿Qué notaste primero?"
- "¿Cuándo te sentiste asustado/triste/enojado de qué eras más consciente?"
 - ¿Cómo me sentí? (Emociones y reacción fisiológica)

Se sugiere que las respuestas emocionales sean evaluadas y medir su intensidad en relación a las situaciones individuales, pensamientos y comportamientos. Evaluar cuando la emoción se detecta en relación a otros componentes ya que puede actuar como disparador. Es importante usar los términos utilizados por el paciente a la hora de evocar y medir las emociones y verificar que existe un entendimiento en común del término.

Evaluar las reacciones fisiológicas presentes durante el evento, se pueden evaluar utilizando las siguientes preguntas:

- “¿Notaste algún cambio en tu cuerpo en respuesta a lo que te pasó?”
- “¿Cuándo estabas en esa situación que estaba pasando en tu cuerpo?”
- “¿Cuándo estabas pensando eso, ¿qué le pasaba a tu cuerpo?”
- “¿Sentías algo en tu cuerpo que te hacía creer que esto estaba sucediendo realmente?”
- “¿Qué hice?”

Conductas de seguridad

Es muy importante evaluar las conductas de seguridad que buscan los pacientes para prevenir la ocurrencia de un evento que les causa miedo o malestar. Es importante evaluar el impacto que tienen las conductas de seguridad en la frecuencia e intensidad de las intrusiones cognitivas. Una vez que han sido identificadas, estas conductas se pueden manipular para probar hipótesis y facilitar la reestructuración de creencias o interpretaciones de las intrusiones.

- “¿Cuándo pensaste que esto te estaba sucediendo/que te iba a suceder, qué fue lo que hiciste para prevenir que siguiera sucediendo/sucediera?”
- “¿Qué hubiera pasado si no hubieras hecho eso?”
- “¿Haces algo o varias cosas para controlar tu malestar/síntoma?”
- “¿Haces algo que te ayude a afrontar o esconder tu malestar/síntoma?”

Evitación y escape

Se evalúan utilizando preguntas cómo:

“¿Hay algo que evites hacer debido a este problema/malestar/síntoma?”

“¿Alguna vez has tratado de escapar de esta situación?”

“¿Este problema te impide ir a cualquier parte?”

Anexo 2

malestar
Psicológico

1	Mínimo
2	Mínimo
3	Leve
4	Leve
5	Moderado
6	Moderado
7	Fuerte
8	Fuerte
9	Muy Fuerte
10	Muy Fuerte

Anexo 3

Registro semanal de actividades

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
00:00							
1:00							
2:00 – 5:00							

Anexo 4

Sesiones

Sesión 1

- Evaluar los problemas y preocupaciones actuales, explicar la relación existente entre pensamientos, emociones, conductas y reacciones fisiológicas.
- Psicoeducación de la experiencia psicótica (Psicosis como continuum)
- Revisar y comentar el registro de actividades.

El enfoque cognitivo conductual se enfoca en la forma en la que nuestros pensamientos, emociones (lo que sentimos), comportamientos (lo que hacemos), experiencias físicas (lo que nuestro cuerpo hace) y los eventos en nuestras vidas están relacionados.

Ejemplo:

1. Jorge está acostado, a punto de dormirse, cuando de pronto escucha un golpe fuerte en la puerta de su casa. Pensó "sólo es el viento golpeando la puerta" se sintió calmado y se colocó en su posición favorita para dormir, minutos después se quedó dormido.
2. Mario está acostado, a punto de dormirse, cuando de pronto escucha un golpe fuerte en la puerta de su casa. Pensó "eso fue un asaltante tratando de entrar en la casa" sintió miedo y ansiedad y se escondió bajo las cobijas intentando escuchar más sonidos.

Evento	Golpe fuerte	Golpe fuerte
Pensamientos	"Sólo es el viento golpeando la puerta"	"Eso fue un asaltante tratando de entrar a la casa"
Emociones y sensación física	Calma	Miedo, ansiedad. Sudoración en la espalda.
Conductas	Colocarse en posición favorita y quedarse dormido	Escondarse bajo las cobijas, intentar escuchar otros sonidos relacionados.

Este proceso puede ser aplicado a la experiencia de _____, si tratamos esta experiencia como un evento.

Continuum de la Psicosis

No psicosis



- Estrés
- Experiencias de vida
- Trauma
- Sustancias
- Privación de sueño

Psicosis

Sesión 2

- Se realiza una formulación con un síntoma identificado como problemático
- Se realiza una lista de actividades relacionadas con objetivos personales y objetivos relacionados con la terapia.
- Se revisa el registro de actividades

Formulación de síntoma

¿Qué sucedió? → ¿Cómo lo interpreté? → ¿Cómo me sentí? → ¿Lo que hice?



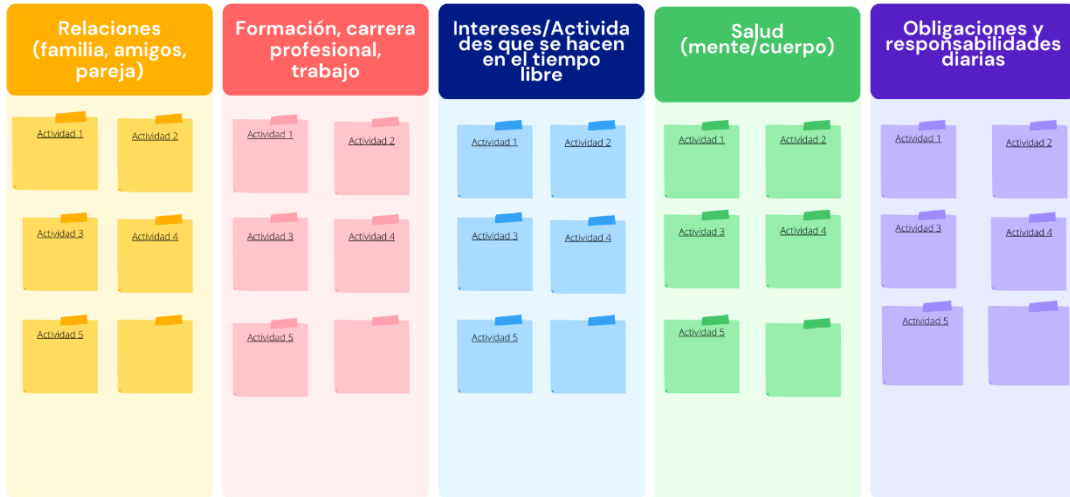
(Morrison, 2001)

- Realizar una lista de objetivos relacionados con la terapia y actividades relacionadas con objetivos personales.

Mis objetivos personales:

Objetivos de la terapia:

Selección de actividades relacionadas con sus objetivos personales.



(Adaptado de Lejuez et al., 2011)

Sesión 3

- Psicoeducación sobre estrés
- Trabajar sobre la formulación de síntoma problemático
- Se revisa registro de actividades

Psicoeducación estrés

¿Qué es estrés?

El estrés es una reacción humana normal que tiene efectos sobre el cuerpo, los pensamientos y las emociones. La primera explicación de estrés fue dada por Hans Selye, un investigador que trabajaba en Montreal, Canadá a mediados del siglo 20. Él estaba interesado en la reacción ante la estimulación: es decir, la experiencia del estrés. Descubrió cómo reaccionamos al peligro: podemos luchar o huir hasta quedar agotados. De cualquier forma, muchas cosas están pasando en el cuerpo, los pensamientos y las emociones, estas reacciones son efectos del estrés y surgen cuando la persona está experimentando un evento importante.

- **Un evento importante:**

Las personas no son las mismas y no atribuyen la misma importancia a eventos similares. El mismo evento puede tener un significado o importancia completamente diferente para dos personas diferentes. Por ejemplo, perder 200 pesos puede ser un evento muy estresante para una persona y sin importancia para otra.

1. Menciona un evento importante para ti:

Puedes experimentar físicamente los efectos del estrés

2. Lee con atención los siguientes posibles efectos físicos del estrés y subraya los que hayas experimentado con mayor frecuencia:

- Los latidos de mi corazón son más rápidos
- No puedo dejar de comer
- No me puedo quedar dormido
- Me sonrojo
- Me despierto seguido durante la noche
- Me pongo pálido
- Duermo mucho, más de lo usual
- Mi boca está seca
- Me siento cansado

- Siento dolores por todo mi cuerpo
- Me siento débil
- Mis músculos se ponen tensos
- Sudo más de lo usual
- Tengo que ir constantemente al baño
- Mi voz tiembla
- No puedo parar de moverme
- Siento náuseas o ganas de vomitar
- Me siento entumido
- No me da hambre
- Necesito caminar todo el tiempo
- No puedo parar de hacer lo mismo una y otra vez

Otros (describe):

- **Puedes experimentar en tus pensamientos los efectos del estrés:**

3. Lee con atención los siguientes posibles efectos del estrés en tus pensamientos y marca los que has experimentado más frecuentemente

- Mis ideas se aceleran
- Me siento como atrapado
- No sé qué pensar
- Tengo dudas acerca de todo
- No puedo recordar nada
- No puedo deshacerme de un pensamiento
- Mis ideas no son claras
- Quiero olvidar todo
- Estoy demasiado exaltado y no puedo aclarar mi mente
- Sólo estoy pensando en cosas malas
- No puedo entender lo que está pasando
- No me puedo concentrar
- No puedo organizar mis pensamientos

Otros:

Puedes experimentar con diferentes emociones los efectos del estrés:

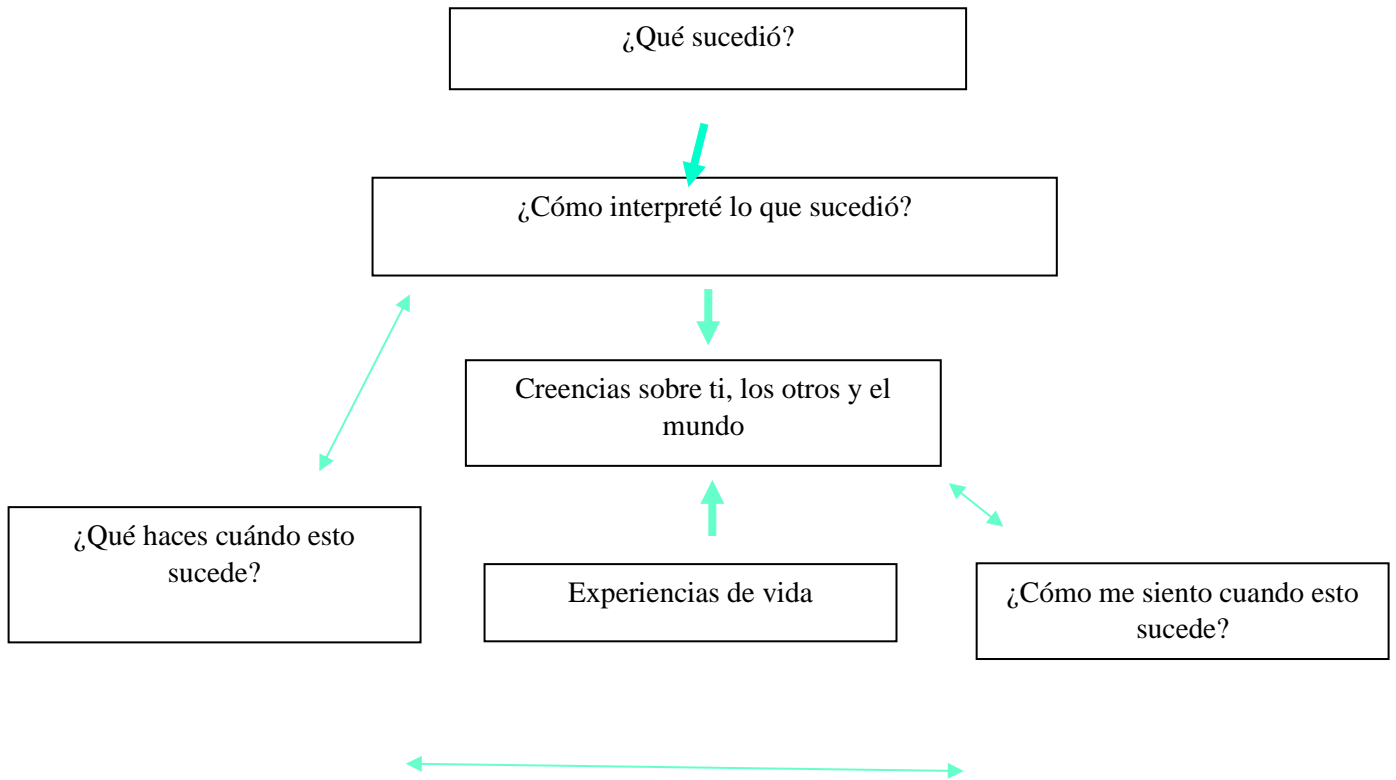
4. Lee con atención los siguientes posibles efectos del estrés en las emociones y marca las que hayas experimentado con mayor frecuencia

- Me siento asustado
- Siento ganas de ocultarme, alejarme de todos
- Me siento desalentado
- No quiero hacer nada
- No me puedo calmar
- No me preocupa mi apariencia física o higiene
- Quiero que todo termine
- Quiero hacer algo atrevido
- Estoy enojado
- Quiero lastimar a alguien
- Quiero desaparecer
- No quiero hablar con nadie
- No me reconozco a mí mismo
- Me siento como basura
- No confié en mis mejores amigos
- Me siento culpable
- No confié en mí
- Me siento responsable por una situación que yo no cause
- Quiero resolver un problema actuando agresivamente contra alguien o algo
- Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo

Otro (describe):

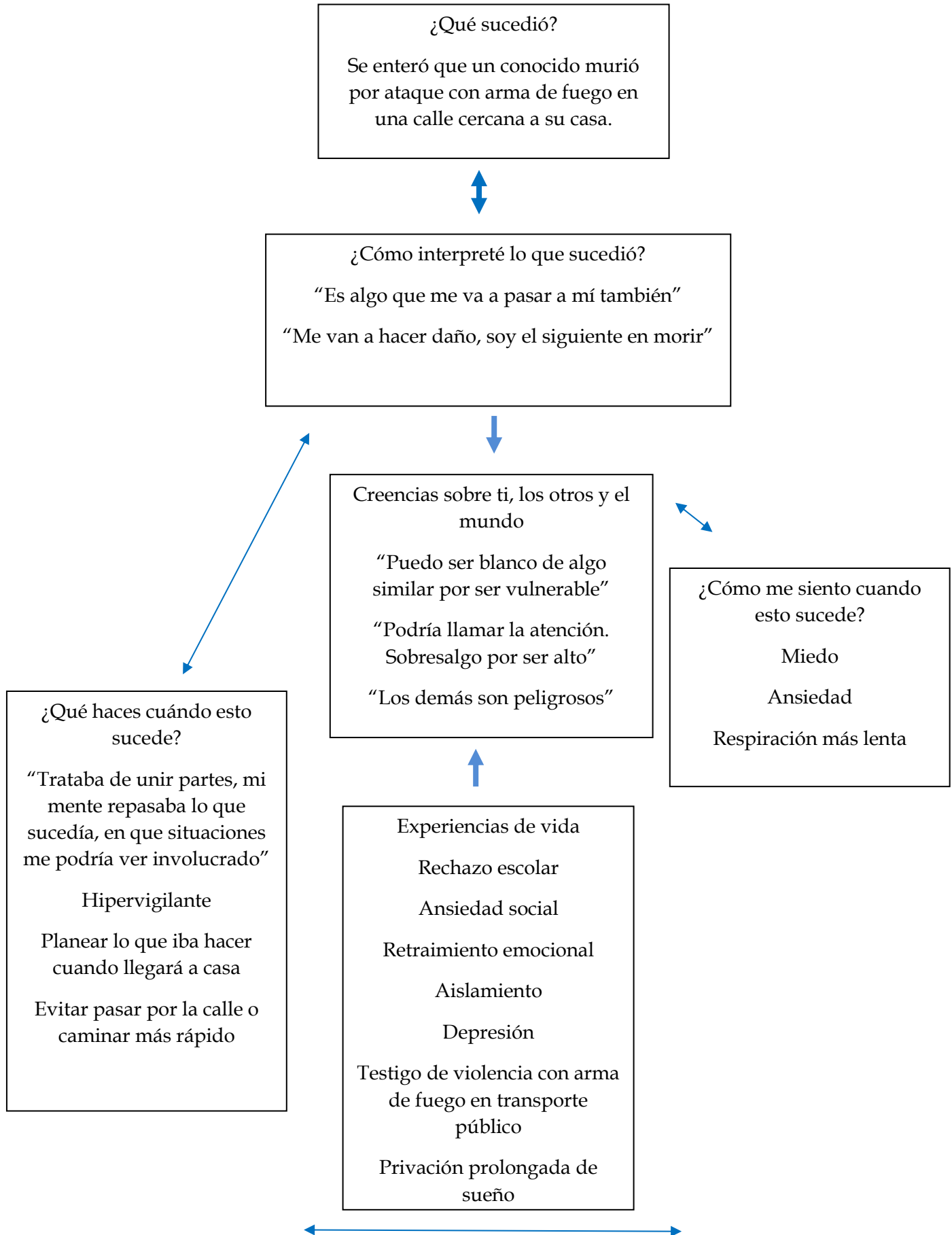
Sesión 4

- Se realiza una formulación longitudinal con la información brindada por el paciente durante la evaluación inicial y las sesiones posteriores. Ayuda a contestar la pregunta *¿Por qué a mí?*
- Se evalúa registro de actividades



(Morrison, 2001)

Anexo 5



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ
SERVICIO DE INVESTIGACIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO
DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROTOCOLO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN PRIMER
EPISODIO PSICÓTICO

El propósito del estudio es implementar un programa de intervención basado en la terapia cognitivo – conductual para pacientes con primer episodio psicótico, con la finalidad de evaluar los resultados como apoyo al tratamiento usual que reciben los pacientes en la CITEP de tal manera que se puedan afrontar adaptativamente diferentes situaciones de la vida cotidiana.

El lugar donde se llevará a cabo la investigación **CLÍNICA DE INTERVENCIÓN TEMPTRANA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÀLVAREZ, MÉXICO D, F A _____ DE _____ DEL 2020.**

Beneficios: a través de la aplicación de una intervención cognitivo conductual se busca obtener una mejora en la autoeficacia y afrontamiento adaptativo de situaciones asociadas a estrés de los participantes que tuvieron un primer episodio psicótico.

Riesgo del estudio: no se identifica riesgo alguno en la aplicación de escalas y obtención de datos demográficos, se identifica un riesgo mínimo al recibir la intervención cognitivo conductual, ya que no se utilizarán técnicas ni procedimientos que influyan en contra de su bienestar. En caso de obtener una respuesta conductual o emocional del paciente, tendrá que ser comentada con el investigador.

Aclaraciones:

- Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- En caso de no aceptar participar en el estudio, no existirá algún tipo de consecuencia perjudicial hacia mi persona.
- Mi participación en el estudio no tiene costo monetario.
- No se me otorgará dinero por mi participación en el estudio.
- La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad.

Habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ declaro que acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: Intervención cognitivo conductual en primer episodio psicótico.

Firma de la participante

Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Datos del investigador principal:

Nombre: Sarah Sandra Fuentes Limas

Número de cédula: 10490218

Teléfono: 55 17 03 12 92

Correo electrónico: sarahfuli13@gmail.com

Servicio: Jefatura de Investigación 8° PI